



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS**

**GLADSON ROSAS HAURADOU**

**A Saúde Auditiva em Manaus:** Reflexões sobre os serviços de atenção à saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)

**Orientadora:** Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

**Manaus – AM  
2016**

**GLADSON ROSAS HAURADOU**

**A Saúde Auditiva em Manaus: Reflexões sobre os serviços de atenção à saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa 02: Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

**MANAUS – AM  
2016**

**GLADSON ROSAS HAURADOU**

**A Saúde Auditiva em Manaus:** Reflexões sobre os serviços de atenção à saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Eneida Baçal de Oliveira  
Universidade Federal do Amazonas  
**Presidente da Banca**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Amélia Regina Batista Nogueira  
Universidade Federal do Amazonas

**Membro da Banca**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Júlio Cesar Schweickardt  
Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ  
**Membro da Banca**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

H375s Hauradou, Gladson Rosas  
A saúde auditiva em Manaus : reflexões sobre os serviços de atenção à saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) / Gladson Rosas Hauradou. 2016  
217 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Simone Eneida Baçal de Oliveira  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Política Pública. 2. Pessoa com Deficiência. 3. Saúde Auditiva. 4. Reabilitação. I. Oliveira, Simone Eneida Baçal de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

*Ao meu pai Armando Silva Hauradou (em memória), razão da minha vida... À Saviana Rosas Hauradou, minha mãe, por seu infinito amor e respeito. À minha Grande Família com todo o amor. Ao Gabriel, ao Pedro e ao Moisés (Meus Filhos) amores de minha vida que a distância insiste em se fazer presente (fisicamente), mas que de minha mente e meu coração não escapam ...!!!!*

## **Agradecimentos**

*Aqui expresso reiteradamente, os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente neste processo de construção de conhecimento. E com especial afeto e apreço:*

*À minha mulher, esposa, amiga, companheira de vida e de luta **Luziene Batalha Lima** e meu enteado **David** (tartaruga), presentes de uma vida recheada de aprendizado e de experiências tão nossas....!!!!;*

*Ao meu irmão amado e eterno **Gladmilson Rosas Hauradou** e sua mulher minha cunhada e irmã **Ecilda de Souza Pimentel (incomparáveis)**, por sua presença e incentivo constante...;*

*Ao meu irmão caçula **Glaucenildo**, meus sobrinhos e sobrinhas: **Joeferson, Juliana, Samantha, Luana Yasmim, Yako, Anabel** e **Paulo Victor**, permitirem tardes e manhãs maravilhosas ao longo caminhada quando de minha estadia em Manaus...;*

*Ao meu irmão **Gladimir Rosas Hauradou** por sua colaboração ambígua, mas colaboração e às minhas irmãs **Glaucineide** e **Glaucenira** pela presença e contribuição quando necessária...!!!*

*À minha irmã **Glaucenilde Rosas Hauradou**, seu esposo **Fernando Farias** e Minha sobrinha **Amanda Hauradou** pela revisão de parte de meu material e incentivo...;*

*À minha orientadora **Professora Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira**, por contribuir substantivamente com este processo;*

*Às minhas amigas do **Programa Observatório dos Direitos da Criança e do Adolescente (PRODECA)**, **Márcia Irene Pereira Andrade, Marilaine Queiroz, Ivamar Moreira da Silva, Thalita Renata, Hellen Bastos** e **Silviane Campos** por toda contribuição e presença nesta etapa de minha vida;*

*Às minhas amigas e amigo de mestrado PPGSS/UFAM turmas 2014 e 2015, **Hudson, Jéssica, Júlia, Juliana, Ana Rafaela, Leiliane Amazonas, Janaina, Camila, Glacy; Damares; Josiara; Naiara; Jéssica Marinho; Viviane; Edielle; Maria, Jane, Etyanne; Natália; Jeane, Lidiane** e **Kelem** pelo aprendizado recíproco e por todas as intervenções junto à secretaria do PPGSS.... Sem vocês, não teria o gosto que tem....!!!*

*À minha amiga **Rozilda Alves do Nascimento**, por seu incentivo constante;*

À minha amiga **Fátima Elecy e seu Filho Guto** por todo o suporte material e espiritual dispensados a mim quando de minha estadia em Manaus...!!!

À **Família Terapia Comunitária do Amazonas** por ser fonte de conforto e alívio coletivo e estarem presente comigo neste caminhar....!!!

À minha amiga **Maria Rosa e Maria Natividade** por contribuírem com atenção, ação e reflexões na construção deste estudo...;

Ao meu amigo **Francisco Amarantes**, por seu carisma e as várias contribuições advindas de suas experiências enquanto sujeito histórico. Estou fechando mais um ciclo;

À **Josiane Messias Ribeiro**, prima, professora, colega de madrugadas de estudo por todo seu esforço em contribuir com esta conquista;

Ao querido **Josimar Nascimento** e sua esposa **Ruth**, pelas contribuições e pesquisas sempre que eu requisitava;

Ao **David Yoshii** pela revisão do texto integral e por atender minhas demandas sempre que necessário...!

Aos amigos **Keurianne Guerreiro** e **João Afonso** por infinitas contribuições...;

Aos meus orientandos e orientandas pela compreensão **Wallace, Fiana, Rosimara, Natalino, Jucinete e Cleovanei** por compreenderem este momento e ao **Jhonatha Santana Pereira** pelo suporte técnico em conversão de arquivo ...;

Aos professores e amigos do colegiado do **Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia (ICSEZ) da UFAM/Campus/Parintins**, **Patrício Ribeiro, Milena Barroso, Sandra Helena, Valmiene Florindo, Andreza Weil, Dayana Rolyim e Alice Ponce** por todo apoio possível;

Aos Colegas do ICSEZ, professor **José Luiz, Maria Eliane e Antônia Mara** por estarem na torcida sempre...;

Ao professor **Dr. João Luiz da Costa Barros** do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia – PPGSC do ICHL/UFAM por possibilitar maiores reflexões na trajetória da pesquisa;

À professora **Dr. Lucilene Ferreira de Melo** pelas contribuições durante a qualificação do projeto...!

À coordenação do **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS do ICHL/UFAM** por disponibilizar tempo e recursos necessários a esta realização;

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS, **Cristiane Bonfim Fernandez, Débora Cristina, Roberta Coelho, Yoshiko Sasaki, Socorro Chaves, Noval Benayon Mello** e demais professores por todo compromisso com a qualificação profissional e acadêmica....;

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)** por fomentar parcialmente meus estudos;

À professora **Dr<sup>a</sup> Amélia Regina Batista Nogueira** e ao professor **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** pelo atendimento ao convite em compor esta Banca de Defesa de Dissertação e por contribuírem com o processo contínuo de qualificação acadêmico-científico;

À toda a equipe do **Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)**, sobretudo à enfermeira **Josenira Araújo** e à Assistente Social **Sandra Eugênia**, sujeitos desta pesquisa, sem os quais não haveria razão de ser deste trabalho;

*A todos e a todas, o meu muito obrigado!*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I.....	20
O DIREITO À SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	20
1.1 A Saúde como Direito: Da Reforma Sanitária ao SUS.....	21
1.2 Doutrina do SUS: integralidade, equidade e universalidade em saúde	33
1.3 Breve Reflexão sobre o “Novo” Modelo Assistencial de Atenção à Saúde, As Normas Operacionais e o papel do Pacto Pela Saúde (2006).....	42
1.4 Na Contra - Corrente da Universalidade: Desafios para a consolidação do SUS em tempos neoliberais.....	54
CAPÍTULO II.....	66
SAÚDE AUDITIVA: UM CONTÍNUO DEVIR.....	66
2.1 Pessoas com Deficiência e a Política de Atenção à Saúde: universalizando o acesso à saúde?.....	66
2.2 A Saúde Auditiva no contexto do SUS: um ensaio de integralidade no atendimento à Pessoa com Deficiência Auditiva.....	84
CAPÍTULO III.....	101
A SAÚDE AUDITIVA EM MANAUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA, FÍSICA E VISUAL (CER III).....	101
3.1 Conhecendo os serviços de atenção à Saúde Auditiva em Manaus.....	101
3.2 O Lócus da pesquisa: CER III: Infraestrutura, Recursos Humanos e Materiais.....	115
3.3 Desafios e perspectivas na atenção à saúde auditiva a partir da visão da equipe técnica do CER III.....	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público - privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

Paim et al. (2011, p. 28)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Princípios Doutrinários do SUS.....	33
Figura 02: Atenção Integral à Saúde.....	39
Figura 03: Mapa dos distritos de saúde manauaras.....	103
Figura 04: Fluxograma de atendimento no CERIII.....	123
Figura 05: Fluxograma do Módulo Auditivo do CERIII.....	165

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Atendimento CER III de 2006 a 2015. ....	125
Gráfico 02 - Cadastro (1ª Vez e Reabertura/Usuários) por Módulo.....	135
Gráfico 03 - Cadastro (1ª Vez) Variável Sexo. ....	136
Gráfico 04 - Procedência dos Usuários do CER III. ....	137
Gráfico 05 - Concessão de Equipamentos. ....	137

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Princípios Organizativos do SUS.....	40
Quadro 02 - Quadro 02 - Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde.....	45
Quadro 03 - Momentos relevantes da Reforma Sanitária e o Pacto pela Saúde	47
Quadro 04 - Principais modelos de função e disfunção humana.....	73
Quadro 05 - Normatização das demandas por Saúde Auditiva.....	86
Quadro 06 - Objetivos da Política Nacional de Saúde Auditiva.....	88
Quadro 07 - Esfera Administrativa (Gerência) .....	106
Quadro 08 - Detalhamento da Rede Estadual na Capital do Amazonas – 2014.	109
Quadro 09 - Unidades que prestam serviços de consulta em otorrinolaringologia.....	112
Quadro 10 - Exames relacionados à saúde auditiva.....	112
Quadro 11 – Procedimentos em saúde auditiva.....	113
Quadro 12 - Unidades que prestam serviços de consulta em otorrinolaringologia e fonoaudiologia.....	114
Quadro 13 - Tipos de atenção e Estabelecimentos de Saúde em Manaus.....	119
Quadro 14 - Atendimento no CER III 2015.....	127
Quadro 15 - Recursos Humanos do CER III.....	129
Quadro 16 - Equipe Mínima do CER III.....	132
Quadro 17 - Equipamentos e Estrutura Física da Policlínica Codajás.....	141
Quadro 18 - Sujeitos da Pesquisa.....	147
Quadro 19 - Perfil dos Sujeitos Investigados (CER III/Módulo Auditivo).....	148
Quadro 20 - Serviços do Módulo Auditivo do CER III.....	150
Quadro 21 - Composição de Profissionais Mínima para o Serviço Especializado 164 Serviço de Órteses Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação.....	151
Quadro 22 – Materiais e Equipamentos do Serviço de Reabilitação Auditiva.....	157

## RESUMO

A política de saúde brasileira é elevada ao status de política pública, dever do Estado e direito de cidadania, ao ser consagrada na Carta Magna de 1988 juntamente com a Previdência e a Assistência Social. A partir de então se tem presenciado um movimento contínuo de avanços e regressos na ampliação do acesso aos vários bens e serviços na área da saúde individual e coletiva. Dentre os avanços destaca-se a crescente ampliação de bens e serviços destinados às pessoas com deficiência. Tal ampliação é resultado de vários movimentos sociais e de intelectuais ligados à causa tanto nacional quanto internacionalmente. Assim, data de 2002 a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência e em 2004 a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência Auditiva que fora revogada com a emergência da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no ano de 2012 como parte do Plano Viver Sem Limite. Nesse contexto, situam-se os Centros Especializados em Reabilitação os quais pressupõem a promoção do atendimento integral conforme os princípios e determinações da política de saúde brasileira. Desse modo, buscou-se com o presente estudo analisar os serviços de atenção à saúde auditiva dispensados pelo Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) em Manaus. A metodologia adotada desenvolveu-se considerando três momentos distintos, porém, articulados entre si. Os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa referem-se ao uso da abordagem qualitativa, com aplicação de um roteiro de entrevista com questões abertas e fechadas à equipe técnica do Módulo Auditivo do CER III e junto à coordenadora do referido centro. Destaca-se que os sujeitos potenciais da pesquisa foram 10 (Dez) em sua totalidade, mas a pesquisa atingiu 90% do que se propôs investigar. Os resultados expressam desafios que se configuram na escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais que guardam relação, em parte, com a insuficiente destinação de recursos financeiros que deem conta das demandas por saúde, bem como em relação às limitações ligadas ao processo vigente de reforma do CER III. Contudo, a equipe vê como positiva a concretização cotidiana do acesso aos bens e serviços em saúde auditiva ainda que se constatem as limitações nas ordens antes mencionadas. Além disso, destacam que com a finalização da reforma do CER III, e o retorno das atividades regularmente com recursos humanos, materiais e equipamentos em conformidade com as determinações da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência vislumbra-se a materialização do atendimento integral aos demandantes por saúde auditiva no CER III em Manaus.

**Palavras-chave:** Política Pública. Pessoa com Deficiência. Saúde Auditiva.

## ABSTRACT

The Brazilian health policy is elevated to the status of public policy, duty of State and right of citizenship, to be enshrined in the Brazilian Constitution, together with the Welfare and Social Assistance. Since then, we have witnessed a continuous movement of advances and returns on the expanding access to various goods and services in the area of individual and collective health. Among those advances, we highlight the growing expansion of goods and services for people with disabilities. This expansion is the result of various social movements and intellectuals linked to the national and international causes. In 2002, there was the creation of the "Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência", and in 2004, the establishment of the "Política Nacional das Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva", which was repealed with the emergency of the "Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência", in 2012, as part of the "Plano Viver sem Limite". In this context, there are the Specialized Centers of Rehabilitation which presuppose the promotion of comprehensive care according to the principles and provisions of the Brazilian health policy. Thus, we aim to analyze the hearing health care services dispensed by the Specialized Centers for Rehabilitation of Hearing Health, Physical and Visual (CER III) in Manaus. The methodology was developed considering three different times, but articulated. The methodological procedures used in the study refer to the use of qualitative approach, applying an interview script with open and closed questions to the technical team of the Auditory Module, besides of its coordinator. It is noteworthy that of all potential research subjects (10 people) was reached only 90% of what is proposed to investigate. The results show challenges which are by the shortage of human resources, equipment and materials which are related in part to insufficient allocation of financial resources that give account of the demands for health as well as in relation to the constraints linked to the current reform process of CER III. However, the team sees as positive the daily realization of access to hearing health in goods and services, even if they verify the limitations on the orders mentioned before. Also, we point out that with the completion of the reform of the CER III, and the return of the activities regularly with human, material and equipment in accordance with the care network insight the materialization of comprehensive care to the plaintiffs by hearing health in CER III in Manaus.

**Keywords:** Public Policy. Person with Disabilities. Hearing Health.

## INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Constituição Federal de 1988, Art.196.

A temática em tela tem relação com os estudos que tenho desenvolvido desde a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social, em que realizei a pesquisa intitulada: *A Saúde Auditiva em Análise: Um Estudo na Policlínica Dr. José Lins*, realizada no ano de 2010 na capital amazonense, no qual se evidenciou melhoria substantiva na qualidade de vida das pessoas atendidas na policlínica em questão após o uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), concedido pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM).

Na ocasião da pesquisa supracitada, houve a necessidade de aprofundamento desta discussão tendo em vista abarcar a visão institucional (profissionais da SUSAM) sobre o processo de concessão de aparelhos auditivos e sua relação com os usuários atendidos. Contudo, seria necessária uma demanda maior de tempo em razão da própria complexidade da dinâmica institucional em que se operava o antigo Programa de Atenção Integral ao Deficiente (PAID), agora redimensionado para Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III), a partir da criação do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência em 2011-2013.

Cabe, ainda, uma observação acerca do percurso de construção deste estudo. A proposta inicial de pesquisa voltava-se para a apreensão tanto da visão da equipe técnica, quanto dos usuários atendidos no Módulo Auditivo do CER III. Todavia, a mesma dinâmica cotidiana e os percalços inerentes a qualquer projeção que envolva seres humanos só nos permitira abarcar a dimensão da equipe técnica do CER III que opera no Módulo Auditivo em Manaus.

É notório que as pessoas com deficiência estão entre os diversos segmentos sociais demandatários por políticas públicas na sociedade brasileira contemporânea.

Isto pode ser constatado mediante a emergência dos vários mecanismos destinados a intervir nesta questão, a exemplo das portarias infraconstitucionais que asseguram e regulamentam a atenção à saúde às pessoas com deficiência e a mais recente Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Dados do IBGE (2010) acusam que 45.606.048 de brasileiros, ou seja, 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência – visual (18,60%), auditiva (5,1%- aproximadamente 2.325,908 pessoas com deficiência auditiva), motora (7%) e mental ou intelectual (1,4%); 25.800.681 (26,5%) são mulheres e 19.805.367 (21,2%) são homens; 38.473.702 pessoas vivem em áreas urbanas e 7.132.347 em áreas rurais (OLIVEIRA, 2012).

Em 2013, Manaus apresentava 1.982.179 habitantes, dos quais, infere-se, 101.091 (5.1%) proporcionalmente referem-se a pessoas com deficiência auditiva. Esse quantitativo expressa a demanda por bens e serviços no âmbito das políticas públicas, de modo que se propicie a inclusão das pessoas com deficiência nos diversos dispositivos de promoção de cidadania, corroborando a premência de se elaborar estudos voltados à inclusão social desse segmento em todos os campos das políticas públicas, dentre os quais se situa a política de saúde.

“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”. (BRASIL, 2007). Deste fragmento, emerge a dimensão da responsabilidade do poder público quanto à promoção da cidadania para o segmento das pessoas com deficiência em nossa sociedade.

Nesse sentido, criou-se a Portaria MS/GM nº 1.060/02, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência. Esta viria reafirmar a ampliação de direitos do segmento. Seu surgimento se configura como o reflexo das mobilizações empreendidas em torno dessa questão, tanto ao nível nacional quanto internacional. São exemplos: a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Pessoa “Portadora” de Deficiência, (Convenção da Guatemala) e a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), realizada em 1989. As discussões empreendidas nesses eventos permitiram a definição de um referencial conceitual cujo conteúdo revela-se em elementos voltados para a elaboração de políticas públicas para o segmento.

Nessa perspectiva, ocorre a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência Auditiva mediante a Portaria MS/GM nº 2.073. Esta política, *a priori*, teria “[...] por objetivo atender a população brasileira com deficiência auditiva, criando condições de acesso desta população a todos os procedimentos de saúde auditiva” (ABA, 2010), isto é, em todos os níveis de atenção.

Ressalta-se que, a partir da criação desta, foram instituídas duas novas portarias de modo que se pudesse nortear e organizar os procedimentos neste âmbito, a saber: Portaria nº 587/2004, que estabelece os procedimentos para a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva com a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva; e a Portaria nº 589/2004 que estabelece os Mecanismos de Registros das Informações (MANZONI; ALMEIDA, 2010). Tais portarias constituem-se como um reforço à superação do hiato herdado das formas pretéritas de se gestar as políticas públicas e sociais, sobretudo para este segmento populacional na sociedade brasileira.

Contudo, com a instituição do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Plano Viver sem Limite), em 2011, e a criação de Centros Especializados em Reabilitação (CERs) como parte do Plano, além da criação, em 2012, da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência, por meio da Portaria 793/12, ocorrera a revogação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Em 2013, retomou-se a implantação dos CERs, pressupondo ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados às pessoas com deficiência. Esse processo levou ao redimensionamento de antigos programas que prestavam atendimento para esse segmento, tendo em vista a adoção do novo formato proposto pelo “Plano Viver sem Limite”, pois, de acordo com as determinações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013), os CERs são entendidos como ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, é imprescindível desvelarmos as nuances que perpassam o processo de atendimento às pessoas com deficiência por meio dos serviços de atenção à saúde auditiva no Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) em Manaus, sob o prisma do Plano Viver Sem Limite e os princípios do SUS enquanto ampliação do acesso à saúde.

Minayo (1999) sustenta que “Do ponto de vista prático *O objeto* é geralmente colocado em forma de pergunta – é uma questão - e se vincula a descobertas anteriores e a indagações provenientes de múltiplos interesses (de ordem lógica e sociológica)” (p. 97). Em outras palavras, trata-se de problematizar e, nessa direção, refere-se à contextualização do problema. Sendo assim, questionamos: quais seriam os desafios e perspectivas na atenção a Saúde Auditiva em Manaus a partir da visão da equipe técnica do CER III? Como se desenvolvia a prestação de serviços, no campo da Saúde Auditiva em Manaus, na relação entre o CER III e as instituições conveniadas? Como se realizava a articulação entre o CER III e os demais estabelecimentos de saúde em seus distintos níveis de complexidade (baixa e alta). O quantitativo de profissionais habilitados no CER III, para lidar com a saúde auditiva, atende às demandas? Como se dá o diálogo entre a equipe técnica do CER III e os usuários acerca do atendimento oferecido? Responder às questões levantadas apresentou-se como eixo central da pesquisa empreendida.

Para tanto, o estudo fez uma análise dos serviços de atenção à saúde auditiva dispensados pelo Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) em Manaus, assim como foi possível também: 1) Discutir sobre a Política de Saúde e Saúde Auditiva no Brasil com ênfase na Política de Saúde Auditiva desenvolvida no Estado do Amazonas; 2) Desvelar as ações e serviços oferecidos no CER III bem como sua natureza e operacionalização; 3) Conhecer as unidades que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) em Manaus e ofertam serviços direcionados à saúde auditiva; e 4) Identificar a visão dos membros da equipe técnica que atua no CER III sobre os desafios e perspectivas na atenção à Saúde Auditiva.

A construção desta dissertação fora precedida de pesquisa bibliográfica, análise documental e pesquisa de campo com a utilização de técnicas qualitativas para a aquisição dos dados. Destacamos a observação assistemática, diário de campo e aplicação de roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A e B),

previamente elaborados. Todas as informações foram coletadas com prévia autorização dos sujeitos mediante apresentação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

Lançamos mão da abordagem qualitativa das informações de acordo com os objetivos supracitados sem desprezo aos dados quantitativos, pois “A associação das duas abordagens possibilita um aprofundamento cada vez maior das facetas do objeto de estudo” (QUEIROZ, 2008, p. 24-25).

O universo da pesquisa fora composto por 10 sujeitos em potenciais segundo descrição abaixo. Contudo, somente conseguiu-se entrevistar 09 (nove) (90%) do que se propôs. Estes profissionais são os responsáveis pela atenção à saúde auditiva por meio do Módulo Auditivo do CER III. A pesquisa de campo ocorrera durante os meses de março, abril, maio e junho de 2016, conforme disponibilidade dos participantes.

Os sujeitos da pesquisa assim estavam situados no Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) da Policlínica Codajás, a saber: Coordenação do CER III: uma Enfermeira.

Técnicos do Módulo Auditivo: duas fonoaudiólogas; um médico otorrinolaringologista; uma Assistente Social; uma Psicóloga; uma Terapeuta Ocupacional; uma Nutricionista; uma Agente/Técnica Administrativa e uma Auxiliar/Técnica de Enfermagem.

Como critério de inclusão, determinamos que os profissionais de nível superior, nível médio e a coordenação do CER III a serem pesquisados, deveriam possuir no mínimo 01 (um) ano de tempo de atuação na instituição e estivessem efetivamente lotados no quadro técnico-profissional do CER III mediante decreto estadual ou portaria, além da disponibilidade para participar desta investigação.

Foram excluídos da pesquisa os servidores selecionados que por algum motivo apresentassem algum desconforto pessoal durante a realização das entrevistas, pois consideramos que tais manifestações comportamentais poderiam comprometer a fidedignidade das informações coletadas. Foram excluídos, além disso, os servidores selecionados que não aceitassem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a análise dos dados, lançamos mão do aporte teórico-metodológico com o aprofundamento das seguintes categorias e unidades de análise respectivamente:

**Políticas Públicas (privilegiaram-se as categorias secundárias como se poderá constatar ao longo deste estudo):** Os direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil; As Políticas de atenção às Pessoas com Deficiência no Brasil; SUS / Saúde Auditiva: Os marcos normativos de atenção à Saúde à Pessoa com Deficiência brasileira; A emergência e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS e da Política de Atenção à Saúde Auditiva; A atenção do SUS no Amazonas e sua relação com a Saúde Auditiva; Análise da Saúde Auditiva em Manaus a partir do CER III; Pessoa com Deficiência: Mudança de Paradigmas que perpassam a questão (excepcionais, deficientes, portadores de deficiência, pessoa com deficiência, etc.).

Para melhor apresentar o estudo em tela, esta dissertação está organizada em três capítulos, de acordo com o detalhamento a seguir:

O primeiro capítulo, cujo título é *O Direito à Saúde: Avanços e Desafios no Sistema Único de Saúde (SUS)*, possui os seguintes subtemas: 1.1 A Saúde como Direito: Da Reforma Sanitária ao SUS; 1.2 Doutrina do SUS: integralidade, equidade e universalidade em saúde; 1.3 Breve Reflexão sobre o “Novo” Modelo Assistencial de Atenção à Saúde, As Normas Operacionais e o papel do Pacto Pela Saúde (2006) e 1.4 Na Contracorrente da Universalidade: Desafios para a consolidação do SUS em tempos neoliberais.

O segundo capítulo versa sobre *Saúde Auditiva: Um Contínuo Devir*. Este se desenvolve com os seguintes subtemas, a saber: 2.1 Pessoas com Deficiência e a Política de Atenção à Saúde: universalizando o acesso à saúde?; 2.2 A Saúde Auditiva no contexto do SUS: um ensaio de integralidade no atendimento à Pessoa com Deficiência Auditiva.

O terceiro capítulo intitula-se *A Saúde Auditiva em Manaus: Desafios e Perspectivas no Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)* e seu desenvolvimento se dá com os seguintes subtemas: 3.1 Conhecendo os serviços de atenção à Saúde Auditiva em Manaus; 3.2 O Lócus da pesquisa: CER III - Infraestrutura, Recursos Humanos e Materiais e 3.3 Desafios e perspectivas na atenção à saúde auditiva a partir da visão da equipe técnica do CER III.

## **CAPÍTULO I**

### **O DIREITO À SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

[...] a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer [...].

Polignano (2014, p. 02).

A epígrafe que introduz este primeiro capítulo mostra-se como uma luz a clarear a trajetória de construção de uma política de saúde num momento histórico adverso e insensível a movimentos sociais. Nesse sentido, pretendemos neste capítulo apresentar, de forma introdutória, a trajetória de constituição da Política de Saúde no Brasil enquanto conquista protagonizada pelos trabalhadores aliados aos movimentos sociais pela democratização da saúde, com destaque para o Movimento pela Reforma Sanitária iniciado na década de 1970 do século XX.

A abordagem se desenvolve no sentido de se esclarecer o papel da sociedade civil e do acesso desta às informações concernentes ao processo de implantação/implementação do Sistema único de Saúde (expressão maior da Política Nacional de Saúde), tendo em vista a sua consolidação enquanto direito de cidadania. Não se pretende fazer um detalhamento do SUS, mas apresentar elementos que o expressem enquanto patrimônio da cidadania brasileira. Destacam-se, ainda, os desafios presentes no desenvolvimento dessa política pública advindos, sobretudo, das investidas neoliberais presentes na condução das políticas de saúde brasileiras na contemporaneidade.

Dessa forma, o mesmo está organizado em quatro tópicos, sendo eles: 1.1 A Saúde como Direito: Da Reforma Sanitária ao SUS; 1.2 Doutrina do SUS: integralidade, equidade e universalidade em saúde; 1.3 Breve Reflexão sobre o “Novo” Modelo Assistencial de Atenção à Saúde, As Normas Operacionais e o papel do Pacto Pela Saúde (2006) e 1.4 Na Contra - Corrente da Universalidade: Desafios para a consolidação do SUS em tempos neoliberais.

## 1.1 A Saúde como Direito: Da Reforma Sanitária ao SUS

Como se configurou a Política de Saúde no Brasil ao longo dos anos? Quais sujeitos contribuíram para que esta alcançasse o estágio atual de estatuto de Política Pública como direito do cidadão e dever do Estado? Sobre quais modelos de saúde lançou-se mão para fazer frente às demandas por saúde? Quais interesses vinculam-se à materialização ou não de uma política de saúde de caráter universal no Brasil? Como se mostra o quadro atual para o acesso universal à saúde segundo os pressupostos da Constituição Federal de 1988? Quais desafios se fazem presente diante das demandas pela atenção à saúde no âmbito do SUS? Estas são algumas das inquietações que pretendemos responder ao longo deste capítulo.

Tais reflexões, a nosso ver, são fundamentais para que se apreenda a dinamicidade da política de saúde, sua historicidade e desenvolvimento no bojo do andamento do atual estágio capitalista em curso no país, bem como as inflexões desse processo nas políticas de saúde.

Existem distintas interpretações acerca do desenvolvimento da política, ou das políticas, de saúde no Brasil. Contudo, o entendimento do qual partilhamos relaciona-se à constituição desta política mediada pelo Estado brasileiro, portanto, na condição de política pública. Este entendimento, porém, não despreza a relação público-privada que acompanha a política de saúde desde sua gênese.

Isto posto, consideramos que a emergência da saúde enquanto questão política se mostra mais concretamente a partir das intervenções estatais nos problemas atinentes às situações de higiene da população alocada nos grandes centros urbanos – sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo – ou seja, em razão das precárias condições sanitárias em que as pessoas se encontravam, dentre as quais se destaca a grande massa de trabalhadores urbanos brasileiros no limiar do século XX (BRAVO, 2009). As investidas estatais estão respaldadas no “[...] modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social [que] data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho” (PAIM et al., 2011, p. 14).

Antes dessas intervenções, as alternativas criadas para lidar com a manifestação de doenças tinham como fundamento os conhecimentos populares (curandeiros) e o uso dos recursos da natureza (da terra) pela população

(POLIGNANO, 2014), além de iniciativas filantrópicas características das ações da Igreja Católica (Santas Casas de Misericórdia) em vários estados ou mesmo mediante as práticas de atenção à saúde na sua dimensão “liberal”, a qual se expressava em formas de “[...] preservação, manutenção e conservação da ‘força de trabalho’ [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 109) e que fora desenvolvida na Europa do século XVIII ao revelar “[...] o surgimento da saúde e do bem-estar físico da população em geral como um dos objetivos essenciais do poder político [...]”. (op. cit.<sup>1</sup>).

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a **vigilância do exercício profissional** e a realização de **campanhas limitadas**. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. (BRAVO, 2009, p. 89, grifos da autora).

Uma característica das iniciativas públicas de organização do setor se refere à realização de campanhas para a intervenção em determinadas epidemias, já que as consequências negativas advindas desse quadro de morbidade comprometia seriamente a população, bem como se desdobravam em problemas que afetavam as relações comerciais do Brasil com o exterior ao inviabilizar a permanência de navios estrangeiros nos portos brasileiros.

Durante a República Velha (1889-1930), criou-se, por exemplo, a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897), deu-se ainda sua reforma sob a responsabilidade de Oswaldo Cruz em 1907; surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) – como veremos adiante – e o que poderíamos caracterizar como de prevalência dicotômica “entre saúde pública e previdência social” (PAIM et al. 2011). Ressalta-se que as ingerências estatais nesse período se desenvolviam com base no modelo conhecido como **campanhista**, sendo o uso da força e da autoridade, arbitrariamente, os mecanismos preferenciais de atuação do poder vigente. (POLIGNANO, 2014). Um exemplo emblemático destas intervenções fora a

---

<sup>1</sup> Vide: A Política da Saúde no Século XVIII. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Disponível em <http://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca>>. Acesso em 10 de jul. 2015.

recusa popular materializada na Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro no início do século XX.

Uma abordagem esclarecedora da constituição histórica das políticas de saúde no Brasil pode ser visualizada, também, nos trabalhos realizados por Marcus Vinícius Polignano (2014). Segundo o autor, para se compreender esse processo de constituição da política de saúde no Brasil em seus muitos desdobramentos, algumas premissas devem ser consideradas. Nesse sentido, Polignano destaca que:

1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. [...]
4. as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e preferencialmente tem sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização;
5. a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer.
6. devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos.
7. a dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos. (POLIGNANO, 2014, p. 02).

Percebemos, nas premissas supracitadas, a intrínseca relação entre o aprofundamento da *lógica de mercado*, expressada na constituição urbano-industrial de desenvolvimento nacional, como um dos muitos determinantes do processo evolutivo da política de saúde no Brasil, quiçá o principal determinante. Nesse contexto, as contradições *engendradas* por essa lógica de mercado toma visibilidade na conquista dos direitos sociais como fruto da organização combativa dos trabalhadores (POLIGNANO, 2014). Essas inflexões são reveladoras do modo como o setor saúde tem se constituído e que pode ser traduzido numa relação contínua de avanços e retrocessos mediada pelo Estado brasileiro.

Consideramos que, dentre estas mediações, está a criação da Lei Elói Chaves, em 1923, conhecidas como Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). A instituição desta lei, em particular, demarca o início da Previdência Social no Brasil e, apesar de pairar certa confusão entre a emergência da previdência e o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, o que nos chama a atenção é o papel interventivo desempenhado pelo Estado quando da atenção às demandas por saúde por parte dos trabalhadores. As CAPs eram:

[...] financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, p. 90, 2008).

É no interior dessas caixas que se dá, em 1926, a efetiva incorporação da assistência médica enquanto atribuição das mesmas. Posteriormente, evidenciou-se um processo sucessivo de universalização das formas de seguro social dos trabalhadores brasileiros, permitindo-nos apreender os primeiros sinais de conformação de uma posterior política pública de saúde efetivamente de caráter nacional, posto que:

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (BRAVO & MATOS, 2006, p. 26).

Desta feita, a saúde pública ficara voltada para a ênfase em campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate à endemia e a medicina previdenciária destinada à criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) (Ibid).

Os institutos surgem mediante a unificação das CAPs inicialmente com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos – IAP. Este instituto foi o passo inicial para a estruturação das demais organizações direcionadas às outras categorias de trabalhadores, o que lhes garantia, dentre outras intervenções,

o direito à assistência médica. Estes institutos foram criados em 1933, a partir da unificação de algumas CAPs (digam-se aquelas com maior força organizativa e financeira) (COUTO, 2004). No caso dos IAPs, estes “[...] asseguravam basicamente aposentadorias, pensões, auxílio-doença e funeral e assistência médica aos filiados, [...] [e] a medicina previdenciária. Mas esses benefícios variavam de instituto para instituto [...]” (SIMÕES, 2009, p. 147).

No entanto, persistia a diferenciação atinente ao poder de recolhimento pecuniário entre institutos com prestação de bens e serviços com qualidades diferenciadas. Em outras palavras, existiam institutos nos quais a acumulação de reservas financeiras para o atendimento das demandas dos trabalhadores se mostrava de modo mais expressivo.

A absorção de recursos financeiros, destinados a atender essas necessidades, variava de acordo com cada categoria. Nas categorias com “maior poder de acumulação”, a capitalização lhes era, desproporcionalmente, favorável em relação às categorias de trabalhadores com menor poder de recolhimento. Não obstante, é possível vislumbrar nesse processo gradativo de constituição da previdência social a materialização das mediações que aos poucos viriam conformar as primeiras sistematizações de uma política de saúde de matiz nacional historicamente determinada. Como sustenta Bravo (2009, p. 92):

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930 [do século XX], foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado<sup>2</sup>.

Com o rápido processo de industrialização vivido pela sociedade brasileira no período referente à década de 1950, determinante para que houvesse um acentuado deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos, houve o crescimento da massa operária que necessitava ser atendida pelos serviços de

---

<sup>2</sup> Quanto à construção das políticas sociais, num contexto amplo, Mota (2009, p. 40) afirma que: “As políticas de proteção social, [...], saúde, previdência e assistência social, são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, [...]. Quaisquer que sejam seus objetos específicos de intervenção, saúde, previdência ou assistência social, o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistados pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho”.

saúde. (ANDRADE, 2007), pois, enquanto a economia brasileira tinha como base a produção agroexportadora, o que se exigia da saúde pública era o saneamento dos espaços “[...] de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60 [do século XX], predominou o modelo do **sanitarismo campanhista**” (MENDES, 1992 *apud* POLIGNANO, 2014; grifos do autor).

A partir da década de 1960 do século XX, passa a se configurar o que se convencionou chamar de modelo “[...] médico-assistencial privatista [...]”<sup>3</sup> (MENDES, 1994 *apud* CORREA, 2007, p. 111), referência no trato com a saúde da população até a primeira metade dos anos 1980. Esse período é caracterizado pelo processo privativo da atenção à saúde de modo que somente os trabalhadores formais (com vínculo empregatício mediado pelo contrato via carteira de trabalho) e as famílias abastadas possuíam o acesso aos benefícios médico-assistenciais. Há, portanto, a emergência da denominada “medicalização da vida social”. Esse processo adviria da forma como a atenção à saúde estava se desenvolvendo no exterior de tal modo que suas inflexões passaram a se fazer presente na vida dos brasileiros.

Para Bravo (2009, p. 93-94):

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor em 1966.

Cabe destacar que este contexto é caracterizado pela repressão militar iniciada com o historicamente conhecido *Golpe Militar em 1964*. A literatura evidencia que ações governamentais realizadas nesse período contribuíram, decisivamente, para o agravamento da denominada “questão social”<sup>4</sup>. É nesse

---

<sup>3</sup> O modelo médico assistencial privatista se gestou em paralelo com o movimento de crescente integração e universalização da Previdência social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 1920, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 1930 a 1960, até o Instituto Nacional da Previdência Social. (SILVA, 2010, p. 16).

<sup>4</sup> “A questão social resulta da divisão da sociedade em classes e da disputa pela riqueza socialmente gerada, cuja apropriação é extremamente desigual no capitalismo. Supõe, desse modo, a consciência da desigualdade e a resistência à opressão por parte dos que vivem do seu trabalho. Nos anos recentes, a questão social assume novas configurações e expressões, e as necessidades sociais das majorias, as lutas dos trabalhadores organizados pelo reconhecimento de seus direitos e suas refrações nas políticas públicas, [...] ‘sofrem a influência do neoliberalismo,

período, também, que emergem formas interventivas, peculiares ao Estado Ditatorial, para lidar com a questão da saúde mediante imposição do controle sobre a sociedade, visando à manutenção da ordem social vigente.

Em 1966, foram unificados, de cima para baixo, os institutos de previdência em um único organismo, dentro da política centralizadora do governo federal, que nomeava inclusive os governadores. Assim foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja administração ficou nas mãos da tecnocracia. Foram feitos convênios entre o INPS e grandes empresas para que o trabalhador fosse atendido no local de trabalho, usando-se o esquema de Saúde e Segurança no Trabalho que deveria contribuir para o aumento na produtividade. *Vários industriais contribuíam também para o financiamento dos órgãos de repressão*<sup>5</sup>. (FALEIROS, 2000, p. 47; grifos nossos).

Algumas características podem ser destacadas desse modelo de atenção à saúde, configurado a partir de 1966, as quais foram sintetizadas por Oliveira e Teixeira (*apud* ANDRADE, 2007). Assim, as ações de intervenção no contexto da saúde no período se voltaram para: Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural; Privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; Criação, mediante intervenção estatal, de um complexo-médico industrial; Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, propiciando capitalização da medicina e privilegiamento da produção privada desses serviços. (*Ibid*).

Em termos fáticos, isto se referia ao financiamento efetivo das ações de saúde pelo Estado por meio da Previdência Social, ficando o setor privado (nacional) assistencial-curativo o responsável maior pela prestação de serviços e o setor internacional com a maior parcela da produção de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos (ALMEIDA, 1995 *apud* ANDRADE, 2007).

---

em favor da economia política do capital'. Esta constatação refere-se à contradição capital x trabalho entendida como a matriz comum das diversas expressões desta questão. (IAMAMOTO, 2008, p. 107).

<sup>5</sup> Outro ponto destacado pelo autor refere-se ao fato de que, os mecanismos destinados a "intervir" neste campo orientavam-se pelo contexto "[...] político populista onde o governo fazia apelo a uma ideologia difusa de adesão das massas [...]". Tais ações eram conduzidas em obediência à denominada "ótica do favor", segundo as estratégias populistas/assistencialistas desenvolvidas e reproduzidas mais intensamente pelos governos subsequentes à denominada Era Vargas. (FALEIROS, 2000, p. 45).

Entre os anos 64 e 74, face às manifestações da “questão social”, dentre as quais se sobressaem os problemas relativos à saúde individual e coletiva, o mecanismo utilizado pelo Estado Ditatorial para sua afirmação frente à sociedade fundamentava-se no binômio repressão-assistência. (FALEIROS, 2000). A mediação da questão da saúde ficara “[...] baseada na compra dos serviços de terceiros via Estado, resultando no fortalecimento da mercantilização da saúde no Brasil [...]” (KUJAU, 2007, p. 217), enquanto mecanismo de legitimação do poder vigente junto à sociedade aliado às demais políticas assistenciais.

Esse quadro de racionalização sobre a sociedade, por parte do Estado autoritário, propiciara a emergência de distintos movimentos voltados para o enfrentamento das medidas estatais até então empreendidas, como um reflexo da insatisfação social ante os padrões de saúde vigentes toma intensidade e expressividade o denominado Movimento da Reforma Sanitária. Esse fora responsável pela ampliação dos debates que culminaram com a determinação da saúde como direito de cidadania, isto é, como dever do Estado e direito dos cidadãos e cidadãs. Tal movimento fora:

[...] composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Trata-se da RSB, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde (PAIM, 2009, p. 40).

Esse movimento emerge pela necessidade de se empreender mudanças e transformações na atenção à saúde, cujas mudanças não se limitavam ao sistema, mas sim em todo o setor, por considerar como premissa que a saúde relaciona-se com a melhoria nas condições de vida da população (LIMA, 2007). Para Vasconcelos (2003, apud LIMA, 2007):

[...] a Reforma Sanitária, foi um processo pela democratização da saúde no qual estavam envolvidos profissionais e intelectuais da saúde, estudantes, a sociedade em geral, cujo princípio era a crítica ao modelo de saúde pautado na dimensão biológica e individual, com ênfase na relação entre organização social, os serviços de saúde e prática médica. Este movimento

afirmava a importância da determinação social da doença para se pensar propostas na área da saúde. (op. cit. p. 24)

Consideramos que a mobilização social, na perspectiva materializada no Movimento Sanitário brasileiro, decorre ainda da influência de vários acontecimentos ao nível internacional. Pontua-se, por exemplo, a realização da “[...] Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos à maioria da população”. (SILVA, 2010, p. 06).

Estas demandas exigiam respostas governamentais concretas que se traduzissem em práticas cotidianas na vida da grande maioria da população brasileira e que levassem em consideração as reais necessidades desta, no que se refere às questões inerentes à saúde ao considerar anacrônico o modelo vigente no país. Nos dizeres de Rodriguez Neto (2003, p. 36):

A necessidade de uma resposta técnica às pressões sociais e políticas, gerais e específicas do setor da saúde, levou à criação de mecanismos de coordenação interministerial assim como de um grupo técnico responsável pela elaboração de um projeto de grandes proporções para o reordenamento do setor.

Como resultado, obteve-se, por parte do Estado, a incorporação das demandas dos movimentos populares pela democratização da saúde com efetiva participação/contribuição de intelectuais afeitos à área e alinhados ao Movimento da Reforma Sanitária. Dentre estes resultados está, por exemplo, o que poderíamos denominar de uma “protoforma” do SUS, a saber: o *Pró-Saúde* convertido posteriormente em *Prevsáude*. Fruto dos primeiros trabalhos interinstitucionais o qual sinalizava a constituição “[...] eminentemente [de] um programa de serviços básicos de Saúde e estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada<sup>6</sup>”. (op. cit. p. 37). Todavia, a correlação de forças internas, assimétrica e desfavorável aos interessados no novo modelo de atenção à saúde, não permitiu o

---

<sup>6</sup> Quanto ao Prevsáude, Rodriguez Neto (2003, p. 38) destaca que “O fato de nunca ter sido apresentado oficialmente por supostamente ferir interesses que as instituições proponentes não quiseram ou não conseguiram contornar, transformou o Prevsáude num verdadeiro paradigma das reformas desejadas pela sociedade civil e não atendidas pelo governo”.

desenvolvimento das alternativas ora mencionadas e nem sequer sua exposição ao público, segundo o autor suprarreferido.

Entretanto, a partir das manifestações de repúdio que se contrapunham ao regime autoritário predominante e das frágeis respostas estatais concedidas às exigências sociais e políticas no contexto da questão da saúde materializadas, também, na corporificação do Movimento da Reforma Sanitária, deu-se início a um novo estágio nas relações sociais que passa a ser baseado em princípios e valores democráticos, uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado brasileiro. Esses princípios e valores orientarão a construção do texto constitucional que trata da garantia da saúde enquanto política pública, assegurada no Artigo 196 da Carta Magna de 1988, de onde se extraíram as bases para a criação, regulamentação e financiamento do SUS.

Esta conquista teve como marco histórico a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, na cidade de Brasília. Organizado pelo Ministério da Saúde, esse evento contou com a participação de vários segmentos de classe, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores, para a discussão de temáticas como a universalização do acesso aos serviços de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

A 8ª Conferência reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1000 delegados, para debater acerca dos rumos da saúde no Brasil. As discussões pautaram-se nos seguintes temas: “[...] I – A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III - Financiamento Setorial [...]”. (BRAVO, 2009, p. 96). Fora com base no seu Relatório Final que surgiram as recomendações para que os defensores da Reforma Sanitária, organizados na Assembleia Constituinte de 1987<sup>7</sup>, reformulassem a Constituição Federal em 1988 incorporando as propostas do Movimento da Reforma Sanitária e criassem o capítulo que trata da ordem social. Neste capítulo, precisamente, no Título II está contemplada a Seguridade Social<sup>8</sup> onde se situa a política de saúde.

---

<sup>7</sup> O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (Op. cit. p. 96-97).

<sup>8</sup> A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e

Com a nova Constituição Federal, a sociedade brasileira passa a ter garantido o acesso à saúde como política pública, isto é, na condição de política de Estado. O Artigo 196 da Carta Magna é categórico ao determinar que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, de 1988, p. 134).

É a partir desse artigo que se criou, em 1990, a Lei 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e, com base no Artigo 198, institui-se a Lei 8.142/90 que regulamenta o seu Controle Social, mediante a participação da sociedade por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Estas duas leis, portanto, plasam a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e dão materialidade formal ao nosso sistema público de saúde universal, o qual deve ser conduzido com base em princípios e diretrizes como se verá mais adiante.

A edificação desse sistema, que no artigo 2º da LOS confere à saúde o estatuto de “[...] direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...]” (Ibid), exprime a grandeza desta política para uma sociedade caracterizada pela profunda desigualdade social, ao passo que imprime ao SUS o caráter de instrumento imprescindível ao enfrentamento das questões inerentes à iniquidade em saúde.

Quanto à participação social, mediante ações dos conselhos e conferências de saúde, esta se apresenta como condição indispensável à progressiva qualificação do SUS por ser uma das engrenagens mobilizadoras da ampliação desta política e, por consequência, da qualidade requerida de uma política pública de caráter universal e equânime. Sem incorrer em simplismos, desta legislação pode-se extrair a seguinte equação, a existência:

- de um lado a oferta de bens e serviços segundo os princípios organizativos e doutrinários do SUS a serem disponibilizados pelo

---

assistência social. (BRASIL, 2007, p. 39). Recentemente tem-se constatado um processo gradativo de desmonte da Seguridade Social, por meio de Medidas provisórias e propostas de lei, que desvirtuam seus objetivos consagrados na CF de 1988. Vide: CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

Estado nas três esferas de governo (e Distrito Federal) enquanto dever; e

- de outro, a recepção destes bens e serviços por todos os cidadãos e cidadãs, o que não pode ser confundido como uma relação passiva, pois requer participação maciça e efetiva nos conselhos e conferências, e acompanhamento cotidiano de como deve se processar a atenção à saúde nos diversos estabelecimentos situados nos três entes federativos com base nos pressupostos do Sistema Único de Saúde.

Estas duas dimensões e a trama das contradições que as envolvem podem revelar os conflitos pelos quais a materialidade da proposta consagrada na Constituição Federal de 1988 encontra limites. Nessa perspectiva, há de se ratificar o ideal dos defensores da Reforma Sanitária no Brasil ainda que diante das adversidades – de ordem exógena (vinculadas à corrente neoconservadora materializada nas prescrições do Consenso de Washington e posterior reação ligada ao *neodesenvolvimentismo*) e, mais recentemente, de ordem endógena, cuja maior expressão é a propalada “Agenda Brasil” – presentes na condução das políticas de estado.

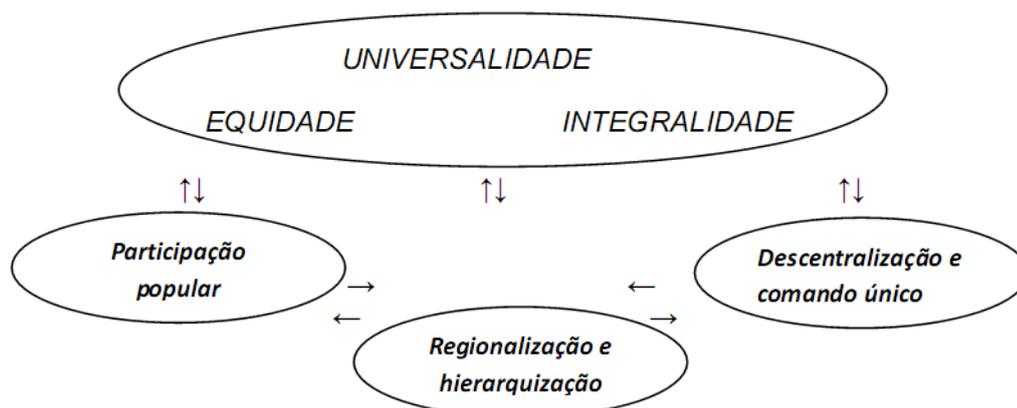
O entendimento a que chegamos, para o encaminhamento e equacionamento dessa relação, refere-se à necessária disposição de um alto grau de maturidade política por parte da sociedade, sem o qual as demandas sociais não podem ser traduzidas em direitos mediante políticas sociais. Tal debate será mais bem aprofundado no tópico 1.4.

Conhecer essas dimensões da relação entre Estado e sociedade nos permite compreender mais precisamente onde e como se devem fazer intervenções na perspectiva do direito universal à saúde no contexto do SUS. Nesse mesmo sentido, no tópico seguinte, faremos uma reflexão sobre os princípios doutrinários e organizativos do SUS, por entendermos que estes princípios são os pilares de sustentação do sistema público de saúde brasileiro, pois neles se revela a integralidade com a qual a atenção à saúde deve ser, *a priori*, realizada, o que torna imprescindível a exposição dos mesmos.

## 1.2 Doutrina do SUS: integralidade, equidade e universalidade em saúde

Os desdobramentos que levaram à configuração do SUS nos anos 1980 e 1990 o expressam enquanto “processo”. Na qualidade de “processo”, sua materialização tem se refletido numa arena de disputa a qual se traduz numa *correlação de forças* que tem posto em risco o projeto da Reforma Sanitária. Todavia, para que o SUS se materialize segundo os pressupostos enunciados pela referida Reforma, o que sinaliza para a efetividade do que determinam os princípios e diretrizes orientadoras da atenção à saúde no Brasil, há de se empreender o fortalecimento desta política mediante a participação efetiva da sociedade em todas as esferas federativas de deliberação, o que não prescinde da apropriação desta política pública, pela totalidade social, ou seja, do conhecimento sobre sua natureza, objetivos e finalidade.

Nesse sentido, Cunha & Cunha (1998) sustentam que o SUS pode ser compreendido a partir da seguinte representação: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, que correspondem aos princípios organizativos. A título de ilustração, a figura abaixo expõe esta configuração:



**Figura 01:** Princípios do SUS

Fonte: Adaptação com base em Cunha & Cunha (1998).

A articulação entre esses distintos princípios deve-se dar de forma contínua para que ocorra o pleno funcionamento do SUS, tendo em vista o atendimento às demandas individuais e coletivas em saúde. Exprime, portanto, seu caráter universal na condição de política pública e reafirma sua unicidade enquanto responsabilidade de todas as esferas de governo, assim como da sociedade civil. Infere-se que, ao

apreendermos estas dimensões, reforça-se o processo ininterrupto de materialização do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Em sua origem, o SUS, adota o conceito ampliado de saúde, isto é:

[...] incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p. 03-04).

A construção desse conceito coaduna-se com a noção/definição propagada desde a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, que a considera nas suas dimensões biopsicossociais. Para a OMS (2006), a saúde representa e deve ser entendida como o completo estado de bem estar em suas dimensões, física, mental e social. Assim, ao se defender esse conceito nega-se que saúde é ausência de doença ou enfermidade. “Como efeito desse processo, no contexto sanitário dos países industrializados, emergiu um movimento ideológico, com características ecumênicas, denominado de promoção da saúde” (ALMEIDA-FILHO, 2011, p. 09).

Nesse movimento, encontram-se vários eventos internacionais nos quais a questão da saúde (o que envolve também sua definição bem como os meios de promovê-la) fora posta em pauta. Dentre estes eventos, destacamos: O Relatório Lalonde (Relatório publicado pelo Ministério do Bem Estar do Canadá em 1974) entendido como expressiva representação do modelo ecossistêmico de saúde; A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas - URSS) e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada, também, pelo Ministério da Saúde do Canadá juntamente com a OMS e a Associação de Saúde Pública do Canadá (CPHA). Esta última ocorrera em 1986, mas, apesar de ter se desenvolvido um ano antes da Constituinte de 1987, considera-se que seus efeitos enquanto referência na atenção à saúde se fazem presentes, em larga medida, na constituição da política de saúde no Brasil.

Para Almeida-Filho (2011), existem limitações de ordem epistemológica quanto à definição do que realmente seja a “saúde”. O autor considera que a proposta da OMS apresenta inúmeras limitações, assim como as demais propostas

construídas ao longo do século XX e início do século XXI. Essa questão apresenta-se como um dos “pontos cegos” paradigmáticos das ciências da saúde<sup>9</sup>.

Entretanto, partilhamos do entendimento de que, para efeito de elaboração de políticas públicas e sociais no contexto da saúde, a definição de parâmetros é fundamental, pois sob tais parâmetros (e aqui podemos situar, também, a noção de “promoção da saúde” e seus desdobramentos) são estabelecidas as diretrizes necessárias à materialização dos direitos sociais. É assim que se deu a incorporação do conceito ampliado de saúde na proposta consagrada na Constituição Federal de 1988 e nas leis infraconstitucionais que regulamentam o SUS. Tal conceito guarda íntima relação com o princípio de integralidade o qual encontra limites para sua efetiva concretização no contexto de SUS.

Como alternativa a esses limites, Campos (2003) propõe o modelo da Vigilância da Saúde como meio para se vencer os desafios da integralidade na atenção à saúde. Trata-se, portanto, de uma nova abordagem neste contexto. O autor advoga que:

[...] O modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo. (p. 578)

Partimos do entendimento que esse modelo de atenção à saúde “toma corpo” com a determinação dos princípios doutrinários, organizativos e orientadores do SUS segundo o previsto na Política Nacional de Saúde conforme representação antes descrita. Assim, os princípios doutrinários de *universalidade*, *equidade* e *integralidade*; e os princípios organizativos baseados na *participação popular*, na *regionalização* e *hierarquização*, na *resolubilidade* e na *descentralização* com *comando único* permitem a apreensão da materialidade, *a priori*, conferida à noção ampliada de saúde no contexto do SUS. Porém, o que significa o princípio

---

<sup>9</sup> Vide: Almeida-Filho (2011)

doutrinário de universalidade (acesso universal) apregoado nas legislações que conformam o sistema de saúde brasileiro?

[...] Significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural. Acesso universal, repetindo, é para todos- ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independentemente de raça, etnia ou opção sexual. (PAIM, 2009, p. 45).

Por esta razão, pensar a atenção à saúde nessa perspectiva é entender que sua cobertura se dá de modo a alcançar a todos aqueles que necessitem desta atenção sem quaisquer distinções e que esta responsabilidade quanto à prestação das ações e serviços, neste campo, é do Estado. Até então, antes da criação do SUS, o direito às ações e serviços de saúde no Brasil destinava-se aos trabalhadores segurados do INPS e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Com o princípio de universalidade, rompeu-se com essa prática de atenção ao se estender o acesso a todos sem qualquer discriminação. Nas palavras de Nogueira & Mioto (2009, p. 222):

Sobressai, como um primeiro rompimento com a situação anterior, em relação ao plano jurídico e político, a ideia de universalidade. Ou seja, o direito de todo cidadão brasileiro ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, quebrando com uma desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe. Os de primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

Garante-se, assim, o direito a todos independentemente de seu “poder aquisitivo”, aspiração religiosa, cor, raça, orientação sexual, etc., ter acesso universal e igualitário aos vários bens e serviços de saúde em condições de igualdade. “[...] Significa que todas as pessoas, por terem direito à saúde, têm direito à igualdade de acesso, de chegada e de ingresso às ações e serviços de saúde, próprios estatais, ou nos privados conveniados com o público [...]”. (CARVALHO, 2002, p. 24).

Consideramos que o acesso universal guarda íntima relação com o acesso igualitário às ações e serviços de saúde pública. Todavia, há de se fazer uma ressalva quanto ao que se entende por igualdade de atendimento no âmbito do SUS. Esta ressalva refere-se à emergência da noção de equidade, ou mais precisamente à manifestação da equidade enquanto princípio do SUS por se entender que:

[...] em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo atingir a igualdade. Com vistas sobretudo à distribuição de recursos, cresce em importância a noção de equidade, que admite a possibilidade atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade [...] (PAIM, 2009, p. 45).

E como se situa a equidade enquanto princípio doutrinário do SUS? De acordo com legislação vigente, ainda que considerada as múltiplas formas de limitações do acesso à saúde presentes no SUS como se verá mais adiante, esta se situa de modo a:

[...] assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1990, p. 05).

Possibilitar à população usuária destes bens e serviços ser atendida segundo este princípio refere-se, por assim dizer, ao reconhecimento da dignidade humana; ao respeito à condição particular de saúde-doença que requer um grau maior de atenção, fazendo frente aos problemas de saúde segundo a noção de justiça social, isto é, atender igualmente a todos, mas levando em consideração as particularidades de cada caso até a última instância, desprezando-se prerrogativas pessoais que possam interferir de forma negativa no atendimento às questões de saúde sem que se comprometa o tratamento do indivíduo social requisitante destas ações e serviços.

Com o princípio da equidade, há a recuperação da ética e da justiça em valores e regras de distribuição, distinguindo-se, pois, da igualdade como princípio orientador das estratégias que focalizam, ao invés de estratégias que universalizem (ESCOREL, 2015). Em outros termos, a “[...] noção de igualdade só se completa se

compartida à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (SPOSATI, 1999, p. 128 apud ESCOREL, 2015<sup>10</sup>). A contribuição advinda com esse princípio revela um direcionamento das ações e serviços para o acesso aos segmentos sociais que passem a representar prioridade no atendimento às suas demandas de saúde, a exemplo das pessoas que necessitam da atenção no âmbito da saúde auditiva.

A discussão sobre os princípios doutrinários do SUS não pode ser desenvolvida de modo a desarticulá-los uns dos outros. Dessa forma, ao destacarmos a integralidade no atendimento que, assim como a Equidade e a Universalidade, deve convergir no sentido de assegurar a atenção à saúde do (a) cidadão (ã) em seus muitos aspectos, buscamos situá-la numa perspectiva de totalidade. Dessa forma:

O atendimento integral, [...] envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Mas, além de ser integral, o atendimento no SUS deve priorizar as atividades preventivas. Essas ações são realizadas para evitar que as pessoas adoçam, se acidentem ou se tornem vítimas de outros agravos (PAIM, 2009, p. 50).

Esta abordagem encontra-se plasmada na Política Nacional de Saúde, tendo em vista que a atenção à saúde, de acordo com esse princípio, deve se realizar de modo que haja o:

[...] reconhecimento na prática dos serviços de que:  
Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;  
As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;  
As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (op. cit.).

---

<sup>10</sup> Sarah Escorel “[...] apresenta uma abordagem conceitual de igualdade e equidade que os distingue e qualifica a partir da ideia que equidade é a introdução da diferença no espaço de igualdade e é parte do processo histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados. Discute-se [assim] o significado de diferença adotando-se a análise semântica feita por Silva & Almeida Filho (2000) para pensar equidade em saúde e reafirmar que não há como fugir de juízos de valor”. (2015, p. 02). A autora destaca, ainda, que: “[...] equidade não é uma categoria utilizada no discurso do movimento sanitário, não fez parte do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (exceto como equidade no acesso) e não está plasmada em lei” (op. cit.).

Isso representa o reconhecimento do usuário em suas muitas dimensões, ou seja, na totalidade de suas demandas de saúde que como tal deve ser percebido e atendido. Esta preocupação “[...] pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos [...]” (CUNHA & CUNHA, 1998, p. 02).

Significa dizer, em outros termos, que este direito será efetivado, também, mediante articulação com os distintos aparelhos públicos de prestação de bens e serviços à população, congregando ainda aqueles estabelecimentos de caráter privado – cuja atuação se dá de forma complementar – numa rede entre as várias instituições e modalidades de atendimento à saúde. Assim sendo:

É o conceito da integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente. (SANTOS & ANDRADE, apud SILVA, 2011).

Na figura a seguir, é possível visualizar a abordagem integral proposta pela Política Nacional de Saúde brasileira materializada no Sistema único de Saúde e para a qual os esforços devem convergir.



**Figura 02:** Atenção Integral à Saúde  
Fonte: Mesquita (2016).

Em outra dimensão, a organização e o funcionamento do SUS, conforme as determinações constitucionais e infraconstitucionais, deve-se processar segundo os princípios organizativos que regem sua operacionalização, de modo a possibilitar sua implementação atendendo, assim, às demandas de saúde da população usuária destes bens e serviços. A título de ilustração, no quadro abaixo, estão sintetizados estes princípios, como segue:

<b>Princípios Organizativos do SUS</b>	
<b>Regionalização e Hierarquização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência.</li> </ul>
<b>Resolubilidade:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.</li> </ul>
<b>Descentralização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde. É o que se chama de municipalização da saúde.</li> </ul>
<b>Participação Popular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde, como também nas Conferências de Saúde.</li> </ul>

**Quadro 01** - Princípios Organizativos do SUS.

**Fonte:** Adaptação com base em Brasil (1990)<sup>11</sup>.

Tal como exposto, os princípios supramencionados conformam o sistema de saúde brasileiro. O entendimento que fazemos destes é de que os mesmos representam os pilares do SUS, sustentando-o. Significa dizer que a não existência de efetiva articulação entre esses distintos princípios, as fragilidades na implementação/materialização dos compromissos que os mesmos exigem (como se

<sup>11</sup> Retomaremos parte desta discussão no Capítulo II, tópico 2.2. Trata-se da rede atenção à saúde que deve está disposta de forma “hierarquizada” e regionalizada para a prestação de serviços de acordo com as demandas e necessidades de saúde e as formas de intervenção determinadas pela Política Nacional de Saúde da qual o SUS é a maior expressão. A proposta é apresentar o SUS de forma mais acessível. Sabemos da complexidade do sistema. Para uma abordagem preliminar sobre o que é o SUS consultar Paim (2011).

pode observar, reiteradamente, nos meios de comunicação os limites da atenção plena em saúde), tende a manifestação de um ônus social de grandes proporções.

As dificuldades encontradas para que o SUS tome materialidade como o previsto pelos defensores da Reforma Sanitária, o respeito ao fato de que o SUS deve desenvolver-se com a articulação entre os distintos princípios com vistas a propiciar a promoção, a proteção, a recuperação e o tratamento da saúde, representam limites para os quais se tem envidado esforços no sentido de superá-los. Alguns desses limites referem-se à não disponibilidade de todas as condições necessárias ao pleno funcionamento do SUS. Isto se deve, sobretudo, em razão das restrições financeiras (como veremos a seguir), as quais impedem que se efetive a atenção com recursos materiais e humanos suficientes.

Um ponto a destacarmos refere-se à participação da iniciativa privada<sup>12</sup> na atenção à saúde. De acordo com os pressupostos constitucionais e da LOS, caso o Poder Público não disponha dos equipamentos e demais recursos necessários ao pleno atendimento das demandas da população em saúde, este mecanismo deve ser acionado. O Poder Público, portanto, deve lançar mão dos serviços ofertados pela iniciativa privada, ou seja:

A Constituição definiu que, quando por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições: 1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular; 2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; 3ª - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar. (BRASIL, 1990)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Ocké-Reis (2014) sustenta a reforma do mercado de planos de saúde “Com mobilização política e disputa de hegemonia ideológica. De um lado, barrando o parasitismo do mercado em relação ao Estado, ao padrão de financiamento público e ao SUS. De outro, conscientizando as centrais sindicais, o funcionalismo público e os movimentos sociais quanto à superioridade do modelo universal em relação ao seguro privado na área da atenção médica”.

<sup>13</sup> Paim (2011, p. 19) afirma que atualmente: O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços de saúde são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais.

Os serviços ofertados pela iniciativa privada, de forma complementar, deve ser realizado considerando as determinações da LOS, devendo aquela seguir as orientações, com base nos princípios doutrinários e organizativos do SUS contidos nesta última. Assim, a prestação de assistência à saúde por parte da iniciativa privada não prescinde da qualidade na atenção aos usuários requerida pela Política Nacional de Saúde que “[...] Como um bem não mercantil, supõe a sua desmercadorização para sua garantia, com as conseqüentes implicações na esfera da política e da economia” (NOGUEIRA & MIOTO, 2009, p. 223).

Podemos inferir, a partir destes princípios e diretrizes, o grande avanço alcançado pela sociedade brasileira no que se refere à questão da atenção à saúde, na perspectiva do direito de cidadania. Estas diretrizes representam, também, a responsabilidade pela permanente construção e consolidação do Sistema Único de Saúde, a qual perpassa uma relação de aproximação e de diálogo entre todos os “níveis societários”, isto é, tanto na sua dimensão governamental quanto em relação ao papel da sociedade civil.

Para tanto, os sujeitos envolvidos nesse processo de construção contínua devem estar atentos a estes passos de efetivação e, sobretudo, atentos ao papel fundamental que, por eles, deverá ser empreendido na condição de responsáveis pela defesa, manutenção e ampliação do SUS, pressupondo a elaboração, criação, implantação/implementação e avaliação dos meios necessários à contínua construção deste Sistema. A seguir, faremos uma breve discussão acerca da nova abordagem em saúde e dos mecanismos destinados a dar materialidade ao acesso em saúde.

### **1.3 Breve Reflexão sobre o “Novo” Modelo Assistencial de Atenção à Saúde, As Normas Operacionais e o papel do Pacto Pela Saúde (2006)**

Vimos anteriormente que o modelo “médico assistencial privatista” fora gestado paralelamente com o movimento de crescente integração e universalização da previdência social no Brasil (SILVA, 2010). Até meados da década de 80, este modelo de atenção fora referência no trato com a saúde da população brasileira,

---

Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

sobretudo destinado a atender aos trabalhadores formais (segurados pelo INPS) e aqueles que podiam despende recursos para suprir suas demandas em saúde.

Na década de 80, considerando as transformações atinentes à abertura democrática e a presença de novos valores que consubstanciaram a formatação da Carta Magna de 1988, presencia-se a mudança paradigmática ao se universalizar a saúde na condição de direito de cidadania com a assimilação das propostas do Movimento Sanitário, ainda que com fragilidades.

No entanto, a formalização constitucional não necessariamente imprime a operacionalização do direito à saúde mediante políticas sociais. Requer que se criem mecanismos que possibilitem a concretização destes direitos. No caso da saúde, isto se reflete, especialmente, na busca pela materialização e ampliação dos bens, ações e serviços mediante a formulação de instrumentos como os Decretos, Leis, Portarias, etc. Estes instrumentos permitirão o esclarecimento sobre como a operacionalização da política de saúde deve se processar, ou seja, sua regulamentação tendo em vista a efetivação de direitos. É assim que:

[...] a regulamentação infraconstitucional do SUS inicia-se com as leis 8.080 e 8.142 e é seguida por um conjunto de Leis, Decretos, Normas Operacionais (NOB) que originaram as normas operacionais de Assistência (NOAS<sup>14</sup>). Portaria criando políticas e sistemas de saúde setoriais e específicos bem como resoluções do Conselho Nacional de Saúde [...]. (ANDRADE, 2007, p. 45-46).

Não obstante a criação destes mecanismos, entre outros destinados a suprir as demandas e necessidades de saúde da população, persistem ainda muitos entraves relativos à organização do SUS, ao financiamento e aos processos de trabalho em saúde. Isto tem sido uma constante em razão da *correlação de forças* presente na contínua construção desta política pública plasmada nas “[...] heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, [...], [e] os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público,

---

<sup>14</sup> A NOB [era] um instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que regeram o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas normas se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema, apontando para uma reordenação do modelo de atenção à saúde (NOB/-SUS, 1996, p. 01 e NOB/RH-SUS, 2000, p. 14). Ressalta-se que, as três NOBs da década de 1990 apresentam diferenças importantes no que diz respeito ao contexto em que foram formuladas: intensidade do processo de negociação entre gestores para sua elaboração, conteúdo normativo, grau de implementação, resultados para o processo de descentralização em saúde e relação intergestores ou interníveis de governo. (LEVCOVITZ et al., 2001, p. 05).

e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos [...]”. (CAMPOS, 2003, p. 571). O autor destaca, ainda, que:

Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil, e lenta, transformação, a despeito de existirem propósitos políticos de mudança da parte da maioria dos atores sociais envolvidos no setor. [...]. Em se tratando do setor saúde porém, é justificável a impaciência verificada com relação à lentidão com que se dão as mudanças, frente às urgências da população por mais saúde. (Ibid).

Decorre dessas questões a necessidade de se desenvolver formas e processos de intervenção, tendo em vista a legitimidade conferida ao SUS enquanto institucionalização da Reforma Sanitária (ESCOREL, 2015). Entre os mecanismos adotados para que o processo de implementação do SUS fosse encaminhado, está a edição das NOBs. Estas representaram um rearranjo no processo de gestão do Sistema Único de Saúde<sup>15</sup> propiciando, inicialmente, os meios necessários para que se determinasse o seu funcionamento e operacionalização do SUS (POLIGNANO, 2014).

Nesse sentido, a partir da elaboração das NOBs houve a ampliação, ao nível federal, do “[...] poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais [...]” (LEVCOVITZ et al., 2001, p. 01), na perspectiva de atendimento integral como se pode visualizar no quadro abaixo.

---

<sup>15</sup> A NOB/SUS-96 estabelecia uma distinção entre gerência e gestão no que se refere à assistência à saúde. Assim, caracteriza-se como “[...] gerência a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federais [...]”. (BRASIL, NOB/-SUS, 1996, p. 03).

Norma Operacional Básica	Detalhamento
NOB_SUS 1/91 Resolução Nº 58/1991/INAMPS	Institui a UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial, para o financiamento das atividades ambulatoriais; Institui a AIH – Autorização de Internação Hospitalar, para o financiamento das internações hospitalares; Definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS; Definiu recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde.
NOB-SUS 01/92 Portaria Nº 234/1992/MS	Criou o CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Enfatizou a necessidade de centralização das ações e serviços de saúde; Normalizou o fundo Nacional de Saúde; Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas secretarias estaduais de saúde;
NOB-SUS 01/93 Portaria Nº 545/1993/MS	Lançou documento denominado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”; Deu maior ênfase à municipalização da saúde; Criou a CIT – Comissão Intergestores Tripartite e a CIB - Comissão Intergestores Bipartite, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente;
NOB-SUS 01/96 Portaria Nº 1.742/1996/MS	<b>Institui a Gestão Plena Municipal de Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde; O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; Os estados passam a ser meros mediadores; A União normaliza e financia o município gere e executa; Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena; Instituiu o PAB – Piso da Atenção Básica; Instituiu o PPI – Programação Pactuada e Integrada;</b>
NOAS-SUS 01/01 Portaria Nº 95/2001/MS	Os estados passam da função de meros mediadores para coordenadores do SUS em âmbito estadual; A ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização);
NOAS-SUS 01/02 Portaria Nº 373/2002/MS	Aperfeiçoou e revoga a NOAS-SUS 01/01

**Quadro 02** - Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde  
Fonte: Lima (2007).

Entendemos que estes novos meios de transferência de responsabilidades – sob a orientação da União – com inflexões nos estados e nos municípios, mudaram, sobremaneira, a concepção na administração dos recursos públicos destinados à operacionalização das políticas de saúde no Brasil, de modo a fazer com que a diretriz da descentralização fosse traduzida em ações. Na época, tais normas tinham como objetivo promover e consolidar o pleno exercício, por parte das esferas governamentais, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes com a consequente redefinição dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (op. cit.).

Polignano (2014) faz uma objeção ao tratar da edição das NOBs por considerar que estas modificaram substancialmente o artigo 35 da Lei 8.080/90, que

regulamenta o SUS (LOS). Segundo o Artigo 35, em se tratando dos repasses a serem realizados pela União aos Estados, Municípios e Distrito Federal, dever-se-ia considerar alguns critérios de acordo com a análise técnica de programas e projetos.

Assim, tal análise deveria levar em conta o perfil demográfico da região; I – perfil epidemiológico da população a ser coberta; II – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII – ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 2014). Para o autor, no entanto, o que houve fora a redefinição de:

[...] toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados. (2014, p. 26).

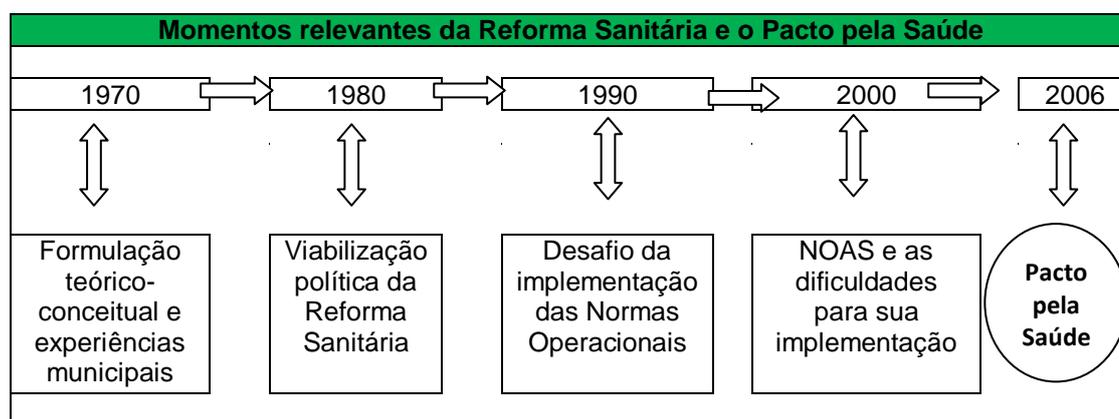
Com essas características, intensificaram-se as ações voltadas para que o SUS fosse implantado, porém, o modelo de atenção assentado na Vigilância da Saúde, na perspectiva da integralidade, não se transformou em realidade estando, pois estava distante do proposto pela CF de 1988 e das determinações da Lei 8080/90, cujo artigo 35:

[...] definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, dada a conjuntura (Op. cit.)

Entretanto, a necessidade de estruturação da saúde pública (pós-Constituição Federal de 1988 e regulamentação por meio da LOS - Leis 8080/90 e 8142/90) e as intervenções dos distintos interesses relativos ao setor culminaram com ações que materializam o SUS tal como o conhecemos hoje.

A edição das NOBs, enquanto “alternativa” de implantação/implementação do SUS, considerada a conjuntura da época, revela os conflitos presentes no contexto da saúde perpassados pelos diferentes projetos atinentes ao setor, como já fora sinalizado. Esta questão se revela numa arena de disputa na qual, acredita-se, o papel da sociedade mostra-se imprescindível para a efetiva materialização do SUS.

Esta constatação pode ser visualizada no quadro abaixo, onde distam os principais momentos de configuração do SUS ao longo dos seus quase 27 anos de história, tendo como marco mais recente a institucionalização do Pacto pela Saúde, no que se refere aos avanços desta política e na tentativa de se consolidar um modelo de atenção à saúde mais abrangente.



**Quadro 03** - Momentos relevantes da Reforma Sanitária e o Pacto pela Saúde  
 Fonte: Silva & Dobashi (2007) apud Silva; Júnior & Júnior (2011).

Como podemos ver, a trajetória de constituição da política de saúde brasileira está permeada por momentos significativos nos quais a organização desse setor toma materialidade. Esta materialização se efetua em decorrência de pesquisas, da realização de eventos sobre a “promoção da saúde” e de iniciativas municipais nesse âmbito (formulação teórico-conceitual e experiências municipais), da atuação da sociedade nesse processo de construção com destaque para a articulação entre distintos segmentos sociais pelo direito à saúde (viabilização política da Reforma Sanitária) e, por fim, de sua institucionalização por meio da regulamentação constitucional e infraconstitucional (Implementação das Normas Operacionais e NOAS e o Pacto pela Saúde). Esta percepção não é familiar ao usuário do SUS – razão pela qual as ofensivas ao sistema tendem a tomar força.

Consideramos que, no processo de construção do SUS, os avanços se apresentam mais efetivamente quando se constatam os desdobramentos advindos

da maior participação social em sua elaboração na direção de um modelo assistencial que atenda aos anseios da população que demanda por bens e serviços em saúde.

Nesse contexto, as respostas concedidas pelo Estado revelam-se, por demais, importantes quando estas institucionalizam medidas voltadas para o todo social a exemplo do Pacto pela Saúde instituído em 2006. A criação de mecanismos dessa natureza soma, em larga escala, ao fortalecimento do SUS. Reafirma-se, portanto, a indispensabilidade da elaboração dos meios destinados a assegurar, defender e ampliar o acesso aos bens e serviços disponibilizados pelo Estado na perspectiva da cidadania.

É assim que, em 2006, presencia-se o compromisso dos gestores do SUS de construção do referido pacto. Ao assumirem o compromisso público da construção do **Pacto Pela Saúde 2006**<sup>16</sup>, os gestores orientam-se pela materialização dos princípios constitucionais dando ênfase nas necessidades de saúde da população. Isto implica no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes, a saber: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2015).

Nos componentes “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS”, estão contidas as responsabilidades assumidas nos três níveis de governo, com a finalidade de se estabelecerem prioridades de atenção à saúde junto à sociedade, além dos dispositivos relacionados à manutenção e qualificação da Política Nacional de Saúde.

De acordo com as diretrizes do Pacto pela Saúde (2006), objetivou-se interferir nas questões que demandavam maior atenção, como por exemplo: a saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; promoção da saúde; mobilização social destinada a defender e expandir o direito à saúde como responsabilidade do Estado (recursos orçamentários e financeiros); definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, entre outros meios de promoção da cidadania no campo da saúde. Dessa forma:

---

<sup>16</sup> As prioridades deste Pacto são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no Documento Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde 2006. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

O Pacto pela Saúde, a partir de 2006, inaugura um novo momento, no qual se manifesta a intenção de romper com a predominância do padrão normativo e prescritivo vigente anteriormente e de inaugurar uma forma de implementação em que a pactuação entre gestores – particularmente nas regiões de saúde – passe a ser a principal estratégia. A definição do Pacto pela Saúde deixa essa característica clara. Ele é definido pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, como “*compromisso pactuado e assumido pelos gestores das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes*” (SILVA, JÚNIOR & JÚNIOR, 2011, p. 104; grifos dos autores).

O surgimento do Pacto Pela Saúde está intimamente ligado à excessiva complicação do processo de gestão dos SUS, sobretudo após alguns anos de vigência da NOAS. Estas complicações contribuíam para a burocratização da gestão, o que comprometia em larga medida o processamento de mudanças<sup>17</sup> (Ibid).

Chama-se a atenção para o fato de que, mediante ações ligadas ao componente *Pacto em Defesa do SUS*, visualiza-se o processo de *repolitização e mobilização da sociedade*, tendo em vista a consolidação do SUS enquanto política de Estado. A intervenção concreta deste componente pode ser encontrada na edição, em março de 2006, da **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS** (*esta carta traz consigo as informações acerca dos direitos ao passo que informa os DEVERES dos cidadãos e cidadãs no que se refere à promoção da saúde*), cujo conteúdo disseminava informações pertinentes à política de saúde na dimensão da cidadania, isto é, expressava-se para a sociedade em geral como o atendimento no contexto da saúde deve(ria) se desenvolver.

Inferimos, portanto, que com essa configuração caminha-se ao encontro das demandas de segmentos sociais que necessitam de atendimento segundo suas peculiaridades, a exemplo das pessoas com deficiência e da atenção em Saúde Auditiva, visando sua inclusão social em obediência aos princípios de universalidade, equidade e, sobretudo, integralidade.

Apesar da iniciativa presente na instituição do Pacto Pela Saúde, em 2006, a integralidade na atenção, como veremos mais adiante, que guarda relação com a

---

<sup>17</sup> Por outro lado, o atendimento qualificado expresso na Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS, esboçada desde a XI Conferência Nacional de Saúde e Regulamentada em 2004, constitui-se, também, como elemento que reforça a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde o que corrobora com a defesa e ampliação do SUS. Visto que, esta representa a “[...] proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde [...]” (BRASIL, HUMANIZASUS, 2004).

implantação/implementação das redes de atenção à saúde, não tem alcançado o ideal dos sanitaristas e demais segmentos comprometidos com uma saúde pública. Com a criação do Pacto Pela Saúde (2006), ainda que se considere o compromisso assumido pelos gestores nas três esferas de governo, não permitiu que seus objetivos e metas fossem alcançados em razão das limitações que vimos apresentando ao longo do presente estudo, o que revela o contínuo movimento de avanços e retrocessos no que se refere à política de saúde no Brasil.

Uma apreensão dessa dinâmica pode ser visualizada em estudo realizado por Lima et al. (2012), em que nos é possível identificar o panorama de adesão até setembro de 2010, de municípios por estado e região, ao Pacto Pela Saúde (2006). Nesse sentido, as autoras destacam que:

Os dados possibilitam a agregação dos estados brasileiros em quatro grupos, segundo a situação de adesão municipal ao Pacto em setembro de 2010: Grupo 1: Estados com baixo percentual de adesão municipal (abaixo de 50%): Acre, Amazonas, Amapá, Bahia, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins; Grupo 2: Estados com percentuais médios de adesão municipal (entre 50% e 70%): Maranhão, Paraíba e Roraima; Grupo 3: Estados com alto percentual de adesão municipal (acima de 70% até 99%): Alagoas, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo; Grupo 4: Estados com adesão total dos municípios (100%): Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Norte. Destaque-se que o estado do Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste, foi o único a associar, no momento da sua adesão em 2007, 100% dos municípios (p. 1908).

Essas limitações têm relação, ainda, com o que pode ser considerado um distanciamento relacionado à forma como o Pacto pela Saúde foi construído e apresentado ao nível local (CARNEIRO et al., 2014). Nesse sentido, as autoras argumentam, com base em Machado et al. (2009), que o Pacto pela Saúde ainda se apresenta como normativas e portarias expedidas pelo Ministério da Saúde ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). E essas informações, embora disponíveis em sites oficiais, demoram a chegar aos profissionais que atuam diretamente na assistência à saúde.

Por outro lado, com a instituição da Portaria GM nº 4.279 pelo Ministério da Saúde em 30 de dezembro de 2010, 22 anos após a criação do SUS, estabelece-se diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS) (GOMES, 2014<sup>18</sup>). Retoma-se, a nosso ver, o entendimento de que a atenção integral deve ser mediada pelas redes de atenção à saúde. Porém, Gomes (2014) reconhece que o que se evidencia na verdade é *uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual* das Redes de Atenção à Saúde (RAS) dada a fragilização deste instrumento da política pública de saúde em mais de 25 anos de existência do SUS<sup>19</sup>.

A necessidade de se edificar a atenção à saúde na perspectiva da Reforma Sanitária, tendo como norte os princípios do SUS, mostra-se premente se se consideram as limitações presentes no cotidiano da vida da grande maioria da população demandatária dessa política.

Para melhor apreender essa questão, tomemos como referência as conclusões do sanitarista brasileiro Jairnilson Paim, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Segundo Paim, existem vários SUS dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Em entrevista concedida à Revista do Instituto Humanitas Unisinos em 2007, Jairnilson Paim afirmara que em se tratando dessas “variedades de SUS”: “[...] dentro do SUS [estas] representam concepções tanto dos dirigentes, quanto da mídia ou dos próprios profissionais da saúde e, por que não dizer, da população. Na realidade, são representações sociais acerca desse sistema [...]” (s/p). Nesse sentido, Paim (2007, s/p) afirma a existência de:

- a) Um SUS que está na lei, na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, e que ainda não é o sistema que efetivamente encontramos “na prática”;
- b) “Um SUS pobre para pobres”, que é um sistema onde faltam recursos e sobram filas, as pessoas não são bem atendidas e muitos acham que é para ser assim mesmo, porque como é um sistema que ainda não é para todos, os pobres, ao serem atendidos, ainda ficam agradecidos, achando que receberam um bom

---

<sup>18</sup> Inicialmente, cabe registrar que, neste texto, a expressão Redes de Atenção à Saúde (RAS) refere-se àquelas redes típicas dos Sistemas Nacionais de Saúde públicos, universais e equânimes, como pretende ser o SUS, conforme Dawson (1964), France (2002a; 2002B); Banting e Corbett (2003); OMS (2003); Lega (2007); OPAS (2010); Kuschnir e Chorny (2010); Kuschnir, Chorny e Lira (2010); Brasil (2010) e Mendes (2011), entre outros. O paradigma histórico do tipo de sistema de saúde aqui referido é o National Health System (NHS) inglês, também inspirador do SUS (COSTA; BAHIA; SHEFFER, 2013 apud GOMES, 2014, p. 940).

<sup>19</sup> Parte das discussões atinentes às Redes de Atenção à Saúde (RAS) será retomada no Capítulo 2, Tópico 2.2.

atendimento, e para esse tipo de concepção qualquer coisa para pobre serve e ponto. Esse sistema não é o que foi concebido nem na legislação, nem pelo movimento da reforma sanitária;

c) Tem também o SUS que está na cabeça dos gestores, que eu chamo de “o SUS real”, em que a saúde da economia é mais importante que a saúde do povo. Na hora em que se vai designar uma quantidade de recursos, se pensa mais no orçamento e no equilíbrio financeiro do que na saúde da população. Esse é o SUS refém da área econômica de cada governo que tem passado pelo Brasil. Esse SUS também é um “SUS Real” – e eu faço o trocadilho com a realidade e com o nome da moeda brasileira –, dos conchavos políticos, das indicações para cargos de comissão, para cargos de confiança, em que há um uso da saúde como moeda de troca entre partidos e entre governantes. E quando se faz alguma crítica a esse SUS se é considerado um sonhador, porque a realidade é assim mesma: deve ser garantida a governabilidade, etc.;

d) *E há o SUS que foi gerado pelo movimento da reforma sanitária, que ainda não foi inteiramente implantado e se encontra ameaçado numa encruzilhada sobre a qual a sociedade brasileira terá que debater mais para saber qual o sistema de saúde que ela efetivamente quer.* Essas são concepções acerca do SUS. E como essas ideias que estão na cabeça das pessoas influenciam na hora de tomar decisões, há uma disputa simbólica entre os vários atores sociais sobre qual é o SUS que se defende. Há uma particularidade hoje de que ninguém no Brasil, em público, é contra o SUS. Todo mundo hoje é a favor do SUS e isso é um paradoxo, porque é um SUS que todo mundo é a favor, mas que tem tanta dificuldade de ser desenvolvido<sup>20</sup>.

Entretanto, ratifica-se que pensar o SUS na contemporaneidade, à luz de um novo modelo de atenção, é compreendê-lo enquanto movimento inesgotável de possibilidades construídas segundo a perspectiva do direito no exercício contínuo da

---

<sup>20</sup> Esta discussão é retomada em PAIM (2011).

cidadania ante aos limites<sup>21</sup> “impostos” como desafios aos sujeitos sociais no campo da saúde brasileira, já que o SUS na “[...] sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contra-hegemônico ante interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental” (BRASIL, 2006, p. 8).

Ademais, o fortalecimento do SUS e, a partir deste fortalecimento, sua efetiva consolidação, apresenta-se como um *contínuo devir* se tomamos como fundamento, sobretudo, os seus princípios doutrinários e as diretrizes norteadoras de sua edificação, tendo em vista a materialização do “modelo de atenção assistencial” integral defendido pelos sanitaristas.

Deve-se visualizar o rompimento com a atenção à saúde herdada com anos de construção do setor saúde, cuja prática revelava-se fragmentada sem, contudo, atender aos mandatários destes bens e serviços em sua totalidade na perspectiva dos princípios supracitados, de modo que a cidadania esteja acima das relações mercantis. Esta consolidação necessita se configurar segundo a perspectiva da integralidade no atendimento, pois a entendemos como um imperativo ético-político em que pese dificuldades de seu alcance quando consideramos os muitos elementos sinalizados anteriormente.

A configuração do Plano Nacional de Saúde (PNS) em sua versão 2012/2015, nos seus distintos programas de acesso às ações e serviços no âmbito da saúde, nos permite uma primeira aproximação com a noção de integralidade, posto que, no acesso a ações e serviços de saúde na atenção básica, especializada, nos transplantes, nas urgências, na assistência farmacêutica, na saúde mental, na saúde da população indígena, na regulação e controle do sistema de saúde e na vigilância sanitária (BRASIL, 2011), encontra-se a aproximação da proposta de atenção à população usuária do SUS em sua totalidade.

Esta extensão da atenção à saúde, por sua vez, vem encontrando limitações em razão dos rebatimentos do processo de redução do Estado no campo das

---

<sup>21</sup> Considera-se que um grande inimigo do SUS é o desconhecimento, a falta de esclarecimentos sobre seus objetivos, princípios e diretrizes por parte da grande maioria da sociedade. Daí decorre a necessidade de entender a correlação de forças existente no campo da saúde para melhor enfrentar esta questão, apontada por Bravo (2009, p. 101) em que: “[...] dois projetos convivem em tensão: o projeto da reforma sanitária, [...] e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90.

políticas sociais, o que será mais bem exposto no tópico seguinte onde se busca acentuar os limites postos à universalidade no acesso ao SUS.

#### **1.4 Na Contra - Corrente da Universalidade: Desafios para a consolidação do SUS em tempos neoliberais**

A materialidade do SUS na perspectiva do acesso universal, segundo os pressupostos da Constituição Federal de 1988, representa um desafio contínuo num movimento que envolve todas as dimensões da vida social. É assim que as conquistas advindas com o processo de Reforma Sanitária têm enfrentado limitações para sua efetiva implementação desde o nascedouro do Sistema Único de Saúde Brasileiro, na década de 1980 do século passado. Tais limitações relacionam-se a uma gama de conflitos advindos dos distintos interesses no contexto da atenção à saúde numa relação de avanços e retrocessos, permanente, fazendo-se presente no cotidiano dos usuários, nas suas dimensões endógena e exógena.

Para autores que lançam mão de uma abordagem crítica das relações sociais, tais limitações referem-se à desconstrução de conquistas dos trabalhadores as quais, traduzidas em direitos, ganham concretude nas políticas sociais – caso particular da saúde neste estudo.

Para outros, estas limitações estão visceralmente ligadas à própria forma como a sociedade brasileira concebe e gere suas políticas, ou seja, ao seu próprio *modus operandi* sem questionar a estrutura e a dinâmica social. Desconsidera, por exemplo, orientações/imposições dos denominados organismos multilaterais - Banco Mundial / Organização Mundial do Comércio (OMC) / Fundo Monetário Internacional (FMI) – cuja influência se mostra por demais determinante nas decisões relativas às políticas públicas brasileiras. Estas investidas podem ser compreendidas em duas frentes, a saber: a de ordem neoliberal, com introdução no contexto latino-americano a partir da década de 1970 do século XX e, mais recentemente, a vinculada ao ideário social-liberal<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Quanto a esta vertente, em estudo realizado por Castelo (2011), pode-se identificar um amplo uso de referenciais quantitativos para darem conta da “questão social” e, dessa forma, das políticas voltadas para lidar com esta nos anos recentes. Tais referenciais tomam como fundamento os trabalhos de autores conhecidos por desenvolverem seus estudos segundo a perspectiva “social-liberal”. Entre estes se destacam, por exemplo: Amartya Sen, Antony Giddens, Dani Rodrik, Jonh Williamson e Joseph Stiglitz sendo o uso do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) uma das

Na primeira corrente, destacam-se, por exemplo, autores como: Maria Inês Souza Bravo (2009), Ana Elizabete Mota (2009), Vera Maria Ribeiro Nogueira (2009), Regina Célia Tamasso Miotto (2009), Maria Valéria Costa Correa (2009), Ivanete Boschetti e Evilásio Salvador (2009), para citarmos alguns dos muitos pesquisadores do Serviço Social brasileiro que investigam no campo da saúde.

No que se refere às produções teóricas sobre as políticas sociais, compreendendo-as no sentido destas para a luta de classes, situam-se autores de alta monta, como Florestan Fernandes, Octavio Ianni, Ruy Marini, Francisco de Oliveira, José Paulo Neto, Carlos Nelson Coutinho, Dermeval Saviani e Miriam Limoeiro Cardoso.(LEHER, 2011).

Já na segunda corrente de autores, destacam-se, sobretudo, aqueles adeptos da ideologia neoliberal entendida como a solução possível para os diferentes problemas no andamento da sociedade. Suas raízes encontram-se nos trabalhos desenvolvidos pela Escola Austríaca cuja representação proeminente está em Carl Menger (fundador), Ludwig Von Mises e Friedrich Auguste Hayek<sup>23</sup>.

Os desdobramentos desta frente no Brasil, sobretudo na década de 1990 do século XX, concorreram para uma ofensiva substantiva aos direitos sociais, dentre os quais situamos o direito social à saúde. Estas inflexões revelam, segundo lamamoto (2009), o “caráter conservador do projeto neoliberal” com intervenções concretas na vida dos brasileiros até o tempo presente.

Considera-se que, em se tratando da política de saúde, os desdobramentos desta segunda corrente de pensamento, legitimadas pelo Estado Brasileiro, tem se

---

expressões de maior influência nas conduções das políticas emanadas pelos organismos multilaterais antes referenciados. No Brasil, as discussões fundadas nesse prisma têm como referência os estudos de André Urani (2006), Francisco Ferreira (2000), Marcelo Neri (2003), Ricardo Henriques (2000), Ricardo Paes (2000) e Rosane Mendonça (2000). A influência de suas ideias se tem feito presente na condução das políticas brasileiras, “[...] marcadas por prêmios e distinções universitárias e pela ocupação de altos postos do Estado brasileiro nos âmbitos federal, estadual e municipal [...]” (op. cit.) em detrimento do legado social crítico.

<sup>23</sup> A ideologia neoliberal surge na Europa Ocidental e América do Norte no pós-II Guerra Mundial, desenvolvendo-se desde o início do século XX a partir da “Escola Austríaca”, fundada por Carl Menger e continuada por Ludwig Von Mises, que formulou os postulados que caracterizam o eixo do pensamento neoliberal até os dias atuais. [...] Sintomaticamente, o que pode ser considerado o grande marco do surgimento do pensamento neoliberal – a publicação do livro *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Auguste Hayek, discípulo de Von Mises – se dá em 1944, na Grã-Bretanha. O livro, um violento ataque ao intervencionismo estatal nos mecanismos de mercado – denunciado como ameaça à liberdade individual, não somente econômica, mas também política, na medida em que levaria a consequências imprevistas (porém inevitáveis), como o crescimento da coerção administrativa arbitrária e a progressiva destruição do Estado de direito que, por sua vez, levariam à constituição de um regime totalitário – tinha como alvo o Partido Trabalhista inglês, às vésperas da eleição geral de 1945. (MATOS, 2008, p.193-194).

mostrado agressiva demais às conquistas históricas nesse contexto e representa um retrocesso no campo dos direitos de cidadania.

As análises de Bravo (2009), Mota (2009), Nogueira & Miotto (2009), Correa (2009) & Vasconcelos (2009) e, mais recentemente, Bravo (2015), Andreazzi (2015), Cislighi (2014), Menezes (2015), Lima (2015), Behring & Boschetti (2008), Montaña (2002), Polignano (2014), Rodriguez Neto (2003), Paim (2007, 2015) e Souza (2015), são algumas das quais se podem lançar mão para compreendermos os rebatimentos negativos dessas intervenções na efetividade das políticas de saúde no Brasil.

Polignano (2014, p. 24) acusa que: “O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento”. Suas observações nos permitem inferir que os desdobramentos negativos relativos à efetividade da política de saúde em nível nacional encontram suas bases nas relações intrainstitucionais, nas quais desembocam diferentes interesses e, por conseguinte, a manifestação de conflitos cujo resultado se expressa na má qualidade do atendimento ou mesmo na não atenção às demandas em saúde. Para o autor, são exemplos destes desdobramentos as:

[...] filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos-hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Estas inflexões corroboram para um esfacelamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na medida em que o direito universal, nessas condições, não se materializa. Este conjunto de elementos tende a subverter a utopia vislumbrada pelos sanitaristas brasileiros e seus aliados; os vários movimentos pela democratização da saúde e demais políticas públicas.

Um olhar mais atento, entretanto, revela que estas limitações não estão dissociadas de questões mais amplas as quais escapam à visão imediata com a qual cotidianamente estamos condicionados a conviver. Isto se dá quando se avalia

que a efetiva implementação do SUS, que toma como referência seus princípios doutrinários e organizativos antes mencionados, revela limitações ainda que considerada a legislação vigente e os mecanismos voltados para a sua efetivação – Ministério Público, Defensoria Pública, etc. Sobre estas limitações, a década de 90 do século XX consagra-se como um período em que as disputas – inflexão dos distintos interesses aos níveis nacionais e internacionais – no âmbito do acesso aos direitos sociais encontram grandes resistências para a sua efetivação no Brasil.

As contribuições de Nogueira & Mito (2009, p. 233) são reveladoras quando estas advogam que:

Há que se considerar [...] a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentam. Há que se reconhecer, no entanto, que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação.

No entanto, a superação desses entraves ainda encontra muita resistência em razão das mudanças relativas à intensiva “redução do Estado”, como destacam as autoras, somada a todo um conjunto de medidas voltadas para a primazia econômica em detrimento do social, o que se constitui como elementos que tendem a enfraquecer as bases que sedimentaram o Sistema Único de Saúde. Tal redução refere-se ao processo de “reforma do Estado”, amplamente apregoado nos anos 90.

Vale ressaltar que o termo “reforma”, aqui empregado, encontra-se permeado por distintas interpretações (e polêmicas), visto que este não atende aos pressupostos presentes nas mobilizações sociais que culminaram com a configuração da Carta Magna de 1988 e, por conseguinte, na edificação do SUS.

Behring & Boschetti (2008) destacam:

[...] o uso indevido do termo reforma pelos adeptos da corrente neoliberal. De acordo com Behring, a palavra reforma é apropriada às ações de contestação à hegemonia do capital, na intenção de ampliar o espaço democrático, na garantia de direitos e redução das desigualdades. Entretanto, o que se percebe na conjuntura atual é que [...] se está diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica (BEHRING & BOSCHETTI *apud* BORLININI, p. 324).

Ao considerar a questão, Borlinini (2010) enfatiza a manifestação concreta das estratégias levadas a cabo pelo projeto neoliberal quando do processo de “reforma” que se instaurou no Brasil. As consequências desse processo imprimiram um legado de perdas no contexto das políticas sociais até então destinadas a atender a grande maioria da população brasileira destinatária dessas intervenções estatais: as políticas públicas nos distintos setores. Para Borlinini (2010, p. 323-324):

Os anos 1990 dão continuidade de forma acentuada aos ideais neoliberais nas políticas brasileiras: planos econômicos visando à estabilidade, mas em benefício do pagamento de dívida externa; do processo de privatização de empresas estatais (com imensos incentivos e subsídios por parte do Estado); da redução drástica nos gastos com a área social; e do direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI 2008; MONTAÑO, 2002). Tem-se início à contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003): um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas. Trata-se de uma reformatação do Estado de forma a adaptá-lo ao capital. (BORLININI, 2010, p. 323-324).

Concordamos com a autora quando se constata que essas medidas, no contexto da saúde pública, têm suas raízes na tendência coerente com as recomendações dos denominados “[...] organismos financeiros internacionais dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de saúde [...]”. (BRAVO & MENEZES, 2014). As consequências negativas advindas desse processo revelam-se nas mais variadas formas de exclusão, nos distintos níveis de atenção à saúde pública, já que este se estrutura em Baixa, Média e Alta-Complexidade de atendimento. Significa dizer que o ônus social apresenta-se cotidianamente na vida da grande maioria da população que depende diretamente da oferta desses bens e serviços Brasil afora.

Uma apreensão mais acurada dessa questão pode ser encontrada nos estudos recentes de Cislighi (2014). Esta autora nos apresenta uma formatação do processo de desmonte das políticas de saúde em andamento no Brasil, considerando o avanço das estratégias de subsunção do trabalho ao capital sob a tutela do capital internacional. Lançando mão da abordagem marxiana, a autora advoga que:

Para Marx, existem três formas de subsunção do trabalho ao capital que representam o desenvolvimento histórico do capitalismo [...]. A primeira forma é a transitória “o capital já existe desempenhando determinadas

funções subordinadas, mas ainda não em sua função dominante”. Nesse caso não há relação direta de assalariamento, [...].

A segunda forma de subsunção é a chamada de “formal”. Nesse caso há exploração direta do trabalho alheio, com o capitalista enquadrado como dirigente, condutor. [...] O capital pode prolongar a jornada de trabalho para aumentar a extração da mais-valia absoluta, mas apenas isso. A subsunção formal do trabalho nos serviços de saúde se intensifica no Brasil com a organização do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) durante a ditadura civil-militar (Cordeiro, 1980, p. 113) [...].

Mas a forma de subsunção especificamente capitalista é chamada de subsunção real do trabalho ao capital. [...] Esse é o processo em curso nos serviços de saúde em nosso país.

Iniciativas como a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços e os planos obrigatórios para os trabalhadores desregulam e abrem novos mercados, favorecendo processos de concentração e centralização do capital no setor que permitirão a ampliação da escala de produção. [...]. (op. cit.).

Os desdobramentos engendrados por essa nova forma de condução das políticas sociais no Brasil, e em particular da política de saúde, corroboram para a transferência real das responsabilidades estatais para a iniciativa privada sob a égide do mercado. Vivencia-se, nesse sentido, o contínuo reordenamento na prestação de bens e serviços – cuja responsabilidade maior estava assentada na ação estatal – de modo que o mercado apresenta-se como o grande portador do atendimento às demandas humanas fundamentais como o direito à saúde.

Tais iniciativas se mostram como afronta à cidadania plasmada na Constituição Federal de 1988 e na LOS, quando se concede explicitamente a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços de saúde e os planos obrigatórios para os trabalhadores, visto que estas ações encontram-se/encontravam-se vedadas na Carta Magna e na Lei Orgânica da Saúde.

O que pode ser constatado, portanto, é uma tendência à seletividade e à restrição do acesso aos bens e serviços ao se impor limites à atenção à saúde já que a universalidade enquanto princípio tende a ser relegada à *letra morta* ao se acentuar a segmentação do atendimento de modo a institucionalizá-la. Tal institucionalização é corporificada nos retrocessos no legislativo<sup>24</sup> com profundos impactos para a saúde no Brasil (CISLAGHI, 2015). A contradição, assim, torna-se evidente, pois:

---

<sup>24</sup> A autora sintetiza essa discussão no artigo intitulado “Retrocessos no Legislativo e Impactos para a Saúde no Brasil”. Vide: A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

Apesar do caráter público e universal da saúde ter sido assegurado legalmente na Constituição Federal e nas leis orgânicas da saúde, a condução da política de saúde brasileira tem levado a sua desestruturação como política pública, com a quebra de seu caráter universal, tendo como um dos fatores determinantes a sua privatização, no contexto mais amplo do enfrentamento da crise do capital que tem exigido a intervenção crescente do Estado, para a manutenção de seus interesses, neste processo. Tal condução vem sendo tomada no Brasil com maior visibilidade a partir de 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso com a contrarreforma proposta, sob o comando do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, e continuou a ser empreendida nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, sob forte orientação dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial (CORREIA & SANTOS, 2015, p. 34).

Ratificamos, dessa forma, o entendimento de que as influências externas advindas, sobretudo, dos denominados organismos multilaterais, no que se refere à tomada de decisões relativas à utilização dos recursos públicos, terminam por condicionar, em larga medida, o destino das políticas públicas brasileiras. Desconsiderar essas questões implica numa visão unilateral da realidade e, por conseguinte, na mistificação das forças que subjaz a implementação da política de saúde pública na contemporaneidade. Como bem nos esclarecem as autoras, a condução das políticas no Brasil e, principalmente, a política de saúde desenvolvem-se:

Atendendo aos ditames do grande capital através dos organismos multilaterais como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista. As “reformas” do Estado recomendadas pelos organismos internacionais estão centradas na racionalização de gastos na área social e no fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos. O Banco Mundial afirma que “muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização”. (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 7). Essa instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”, os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas a fim de conferir eficácia e equidade aos gastos sociais. Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos. (CORREIA & SANTOS, 2015, p. 35).

O desenvolvimento cumulativo e crescente desse movimento tem se apresentado na desconstrução da Política Pública de Saúde brasileira, cujo efeito se revela na não oferta de bens e serviços, de modo que a universalidade se apresente

efetivamente no conjunto da sociedade, sobretudo com a qualidade postulada pela Lei Orgânica da Saúde. Chama-nos a atenção o fato de ninguém ser publicamente contra o SUS. Admite-se a sua importância. Contudo, o paradoxo se expressa na dificuldade de o mesmo ser desenvolvido (PAIM, 2007) conforme as diretrizes e os pressupostos constitucionais advindos com o projeto de Reforma Sanitária da década de 80 do século XX.

Para melhor compreendermos os efeitos advindos com a atual conjuntura na forma de condução das políticas de saúde no Brasil, tomemos como referência o levantamento realizado pelo professor Nelson Rodrigues dos Santos (2015), quando este destaca o quantitativo de atendimentos realizados pelo SUS em menos de 20 anos.

O interessante está no fato de que mesmo envolto às inúmeras dificuldades, já sinalizadas, o SUS se mostra como sistema que consegue atender a um número substantivo de cidadãos e cidadãs antes excluídos (na sua grande maioria Pré-Constituição Federal de 1988) e que, infere-se, podem converter-se em potenciais destituídos da atenção à saúde na perspectiva da universalidade caso o quadro atual encampado no Congresso Nacional, materializado no retrocesso no legislativo (CISLAGHI, 2015), não seja freado tomando a direção proposta pela Reforma Sanitária e ratificada constitucionalmente.

Para Santos (2015, p. 2009):

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrasons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a

população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.

O desafio revela-se quando a ampliação da oferta dos bens e serviços, ora destacada pelo autor, sofrem com as inflexões advindas do processo de contrarreforma afeito à voga neoliberal, o qual tende a suplantar progressivamente as conquistas acumuladas ao longo da constituição da política de saúde brasileira. Como resultado desse processo, identifica-se no legislativo (CISLAGHI, 2015) o ataque aberto às conquistas no campo da seguridade social e, por conseguinte, na implantação/implementação da política nacional de saúde.

A seguir, destacamos algumas iniciativas dessa ordem, às quais vêm sendo conduzidas por parlamentares brasileiros e que não podemos deixar de fazer referência em razão do ônus social que tende a se fazer presente no contexto da saúde pública. Dentre essas iniciativas, situa-se a determinação do orçamento impositivo, tendo como marco normativo a Emenda Constitucional 86/2015 e, ainda, a aprovação da lei 1.397/2015, que permite a abertura da saúde brasileira para o capital estrangeiro.

A EC-86/15 asfixia o SUS não só pela diminuição dos recursos federais, mas também pela criação da emenda impositiva que tira da saúde o que era para ser transferido automaticamente para os orçamentos municipais e estaduais e dá aos parlamentares o poder de devolvê-los de acordo com interesses políticos particulares. O orçamento deveria garantir o atendimento às necessidades de saúde expressas em planos de saúde e aprovados nos conselhos, e não ser objeto de negociações eleitorais ou partidárias.

Além da EC 86/15, foi aprovada a Lei 13019, de 2014, que abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro, numa afronta à vedação constitucional inserida no art. 199, § 3º, que proíbe tal participação por ser antagônica à definição da saúde como direito público. Este artigo 142 da lei está sendo arguido de inconstitucionalidade pelas entidades de defesa do SUS universal e igualitário. (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, 2015).

Com a diminuição dos recursos voltados para o bom desempenho do SUS e ainda o uso dos recursos da seguridade social a bel-prazer dos parlamentares, retoma-se o entendimento de que o que está em andamento no Brasil é a efetiva transferência das responsabilidades estatais para a iniciativa privada com predominância do capital estrangeiro, numa seara antes inscrita no campo dos direitos de cidadania e de dever do Estado brasileiro. Tais iniciativas tendem a

restringir o acesso às ações e serviços de saúde, segundo o princípio de universalidade no atendimento.

À parte das questões que envolvem a continuidade do SUS enquanto sistema público de atenção à saúde ou sua conversão em um subsistema segmentado, a sociedade brasileira na sua grande maioria tem ignorado as denúncias empreendidas por instituições com história de mobilização na construção da saúde pública no Brasil. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por exemplo, tem feito duras críticas à propalada “Agenda Brasil” e seu conteúdo, sobretudo, no que se refere às consequências negativas para política de saúde.

De acordo com a entidade, com a divulgação da referida agenda no dia 10 de agosto de 2015 pelo presidente do Senado Federal, senador Renan Calheiros, e endossada “[...] publicamente pela presidenta Dilma Rousseff, esse conjunto de medidas [...] representa o agravamento das condições de saúde da população brasileira e uma ameaça à ordem constitucional, ao quebrar o princípio da universalidade [...]” (ABRASCO, 2015, s/p). Por meio do documento “Carta à Presidente Dilma Rousseff e à sociedade – Nota Pública Sobre o SUS e a ‘Agenda Brasil’”, a Abrasco chama a atenção de todos os brasileiros, especialmente os profissionais de saúde e os militantes da Reforma Sanitária, para as propostas apresentadas pela “Agenda Brasil”, as quais se apresentam como afronta não só ao sistema público de saúde, mas, principalmente, ao modelo de sociedade que queremos.

Diante dessas questões, concordamos com Paim (2007) quando este afirma que “o maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político”. Entende-se que a superação desse desafio tem íntima relação com o papel da sociedade quando esta toma consciência de seu potencial no contexto da implantação/implementação do SUS<sup>25</sup>. Para o autor, as limitações no acesso aos bens e serviços de forma universal e equânime só será possível se esta questão de ordem política for equacionada, pois esta passa necessariamente pelo financiamento condizente com as demandas do SUS, assim sintetizando:

---

<sup>25</sup> Existe um movimento voltado para a defesa do SUS com vistas à observância da Reforma Sanitária construída no século XX. Sua maior expressão é a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS). “A FNCPS foi criada em 2010, pela articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina, em torno da procedência de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), contrária à lei 9.647/98, que instituiu a figura jurídica das Organizações Sociais (OS) [...]”. (FNCPS, 2011).

[...] porque garantir financiamento para um sistema, que tem que passar por um conjunto de negociações e de interesses no Congresso Nacional, no Executivo, no pacto de federação com estados, municípios, União, implica em uma decisão essencialmente política. É preciso redefinir as relações público-privadas. O SUS sustenta muitos dos serviços do setor privado, particularmente os planos de saúde. Os tratamentos mais caros vão para o SUS e não para os planos de saúde que são pagos. Ou ainda se formos considerar que no sistema de saúde, na sua relação público/privado, o estado brasileiro faz renúncia fiscal, ou seja, deixa de recolher impostos que as pessoas, as famílias ou as empresas deveriam fazê-lo. Com isso está dando subsídios ao setor privado para que ele venha crescer. Essa relação é eminentemente política e, portanto, vai precisar de um acúmulo de forças para modificar essa situação que não é favorável ao SUS. Se temos como perspectiva do SUS a proposta de avanço da universalidade para a equidade, e se queremos reduzir as desigualdades, precisamos modificar a distribuição de renda. Esses exemplos são ilustrações de que um desafio muito grande do SUS é político. E se quisermos mudar o modelo de atenção para garantir a integralidade e não ser um sistema voltado exclusivamente para hospitais e tecnologias de alta densidade de capital, mas garantir direito à saúde pela integralidade da atenção, essa também é uma decisão política que vai envolver profissionais de saúde que foram formados com uma determinada lógica e que terão que redefinir as lógicas e racionalidades que orientam seus processos de trabalho. A sociedade precisa saber dessas contradições e entendimentos no sentido de se mobilizar para garantir seu direito à saúde (PAIM, 2007, s/p).

É nesse contexto que deve se inscrever o papel efetivo da sociedade enquanto força motriz na mobilização contra as restrições do direito à saúde, plasmadas nas medidas de desconstrução do SUS antes referidas de que a FNCS é a maior expressão na atualidade, pois tais medidas expressam-se como desafios postos no cotidiano da vida da grande maioria da população que demanda por ações e serviços de saúde, cuja tendência se volta para uma segmentação do setor em desacordo com a universalidade constitucional.

Esta tendência não é só uma afronta às determinações constitucionais, mas também uma grave falta ética ao anseio daqueles que protagonizaram o processo de Reforma Sanitária no Brasil. Tais questões somam-se, ainda, ao fato de que o destino dos recursos públicos tende a ser direcionado para outras finalidades que não a promoção da cidadania, quando da atenção à saúde enquanto dever do Estado brasileiro.

Uma das questões ainda contidas no debate acerca do processo de desmonte das políticas de saúde e, nesse sentido, a tendência à sua precarização, refere-se à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. (EBSERH), em 2011. Esta constitui uma das mudanças no rol de alterações que vem se

processando no contexto da saúde brasileira. Segundo estudiosos desta política, o que está presente nessa proposta é um processo institucional de privatização no âmbito da saúde que passa a perder suas características elementares de direito de cidadania. A síntese de Meirelles apud Sodré et. al. (2013, p. 374) é uma indicação da tendência presente na política de saúde brasileira:

[...] a empresa pública é uma figura ambivalente, que pertence ao mesmo tempo ao domínio do público e do privado. Por isso, embora a EBSEH não possa ser considerada um mecanismo de privatização propriamente dito, implica em ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde.

Revela-se, assim, a tensão entre os distintos projetos ligados ao setor saúde, como bem nos alertou Bravo (2009), no conflito presente entre: “o projeto da reforma sanitária, [...] e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90”. Este último toma fôlego e força quando da abertura da saúde à entrada do capital estrangeiro legitimada pelo Estado. É contra essa tendência que a Frente Nacional ao se referenciar no projeto da Reforma Sanitária, proposta esta que toma a saúde como direito de todos e dever do Estado, soma forças “[...] contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário (BRAVO, 2012).

## CAPÍTULO II

### SAÚDE AUDITIVA: UM CONTÍNUO DEVIR

Antes de usar [o aparelho auditivo] ouvia menos. Depois que usei fiquei ouvindo mais e melhor, mesmo não usando ouço melhor. Parece, abriu a audição (Usuário E).

Hauradou (2010, p. 68)

A epígrafe ora apresentada nos dá uma ideia da concretude do acesso aos bens e serviços no âmbito da Saúde Auditiva. Nesse sentido, no presente capítulo, estabeleceremos uma discussão sobre a ampliação do acesso das pessoas com deficiência à política de saúde como expressão dos movimentos das pessoas com deficiência e demais movimentos ligados à causa. Discutimos o papel inicial da Política Nacional de Atenção Saúde Auditiva enquanto mecanismos de materialização dos direitos sociais das pessoas com (e sem) deficiência auditiva numa relação com os princípios do SUS, sinalizando-se a emergência do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Viver Sem Limite, 2011) e a presença dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs).

Para melhor apresentarmos esta discussão, o Capítulo II fora estruturado em dois tópicos, a saber: o tópico 2.1 intitulado: Pessoas com Deficiência e a Política de Atenção à Saúde: universalizando o acesso à saúde? e o tópico 2.2 cujo título é: A Saúde Auditiva no contexto do SUS – um ensaio de integralidade no atendimento à Pessoa com Deficiência Auditiva.

#### **2.1 Pessoas com Deficiência e a Política de Atenção à Saúde: universalizando o acesso à saúde?**

As pessoas com deficiência possuem uma longa história de lutas pelo reconhecimento de seus direitos humanos fundamentais. Suas singularidades, aliadas ao *éthos* particular das formações sociais (situadas no tempo e no espaço), imprimiram-lhes a exclusão das várias dimensões da vida em sociedade, dentre as quais destacamos a relativa ao acesso à saúde pública deste segmento, de modo a atender suas peculiaridades.

Consideramos que as mobilizações sociais pela concretização de direitos, que conjugadas aos avanços no desenvolvimento técnico e científico (em que se situam as pesquisas sociais) e, por conseguinte, nas formas de atenção às necessidades humanas fundamentais, foram basilares para que se alcançasse o atual estágio de atenção às demandas das pessoas com deficiência, ou seja, sua inclusão nos distintos dispositivos públicos ainda que se percebam várias limitações.

Sasaki (2002) advoga que as sociedades, em todas as culturas, passaram por distintas fases relativas às práticas sociais no que se refere às formas de lidar com as pessoas com deficiência. O autor destaca momentos diferenciados ao abordar as relações sociais entre pessoas sem deficiência e as pessoas com deficiência. Assim, o mesmo afirma que inicialmente praticava-se a *exclusão social* de pessoas dadas suas condições “atípicas”. Era a então exclusão total das esferas sociais por serem consideradas inválidas, ou a internação em grandes instituições de caridade e/ou assistenciais<sup>26</sup>.

Posteriormente, emergiria o *atendimento segregado* em instituições especializadas de atenção ao segmento das pessoas com deficiência. Na sequência, o que o autor supracitado considera ser a prática da *integração social* onde o que se exigia era a adequação das pessoas com deficiência ao ambiente externo e mais recentemente a adoção da filosofia da “*inclusão social*”, tendo em vista a modificação dos sistemas sociais gerais.

Há que se destacar que essas fases se entrecruzam, se sobrepõem e não necessariamente se desenvolvem ao mesmo tempo nas diferentes sociedades. Existem manifestações de exclusão e de segregação sendo realizadas contra grupos sociais vulneráveis no Brasil e em vários países afora. Contudo, constata-se o exercício da “inclusão social” dando lugar às formas de integração social tradicional (SASSAKI, 2007).

A compreensão desse processo nos possibilita situar de um lado, o papel das pessoas com deficiência (e dos movimentos sociais aliados ao segmento) no contexto da construção das políticas públicas e, de outro, o papel do Estado na atenção a este segmento.

---

<sup>26</sup> De acordo com Diniz (2007, p. 15): “[...] Em geral o objetivo dessas instituições e centros era o de afastar as pessoas com lesões do convívio social ou o de normalizá-las para devolvê-las à família ou à sociedade”.

Nesse sentido, os estudos voltados para a temática têm se apresentado como mecanismos de desconstrução das formas estigmatizadoras, de atribuição negativa e de exclusão social até então direcionadas às pessoas com alguma deficiência. Tais estudos contribuem para que os valores internalizados acerca do papel das pessoas com deficiência sejam revistos, sobretudo em se tratando de sua participação ativa em sociedade.

De acordo com os trabalhos da antropóloga Débora Diniz (2007), imprescindíveis quando da abordagem da questão, “[...] A concepção de deficiência como uma variação do normal da espécie humana foi uma criação discursiva do século XVIII, e desde então ser deficiente é experimentar um corpo fora da norma” (p. 08). A anormalidade, assim compreendida, corresponderia “[...] a um julgamento estético, portanto, um valor moral sobre os estilos de vida [...]” (ibid).

Esta abordagem fundamenta-se no que se convencionou chamar de modelo médico da deficiência para o qual, “[...] Tradicionalmente, a deficiência tem sido vista como um ‘problema’ do indivíduo e, por isso, o próprio indivíduo teria que se adaptar à sociedade ou ele teria que ser mudado por profissionais através da reabilitação ou cura” (FLETCHER apud SASSAKI, 2002, p. 29 grifos do autor).

Sasaki (2002) endossa, ainda, o peso do modelo médico da deficiência nas relações sociais cotidianas e as dificuldades de se promover as necessárias mudanças atitudinais em relação às demandas do segmento. Em outras palavras, tal modelo é tão arraigado que influencia, sobremaneira, até os discursos daqueles que são adeptos das causas relativas às pessoas com deficiência.

O autor ilustra sua constatação ao exemplificar o fragmento contido no Artigo 07 da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada em 1975. Suas observações identificam elementos de integração e reintegração social das pessoas com deficiência no texto ora mencionado quando o que se buscava era o acesso aos direitos de cidadania sem quaisquer discriminações na direção da “inclusão social” efetiva.

Porém, os problemas da abordagem fundada no modelo médico da deficiência e de suas implicações para a “inclusão social” começam a emergir quando se constata que este é:

[...] responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir em seu seio

as pessoas portadoras de deficiência e/ou de outras condições atípicas para que estas possam, aí sim, buscar o seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional [...] (SASSAKI, 2002, p. 29).

O autor destaca o papel dos centros de reabilitação como instâncias privilegiadas de disseminação do modelo médico da deficiência. Com base em Westmascott (1996), defende que as necessidades das pessoas com deficiência em relação ao apoio físico e médico devam se desenvolver de modo a promover o controle de suas vidas. Requer que se efetivem ações com as pessoas com deficiência e não para elas. Diz-se, portanto, de uma relação horizontalizada nas relações sociais entre as pessoas com deficiência e a sociedade de modo geral.

E segue destacando conceitos considerados como pré-inclusivistas, como o próprio modelo médico da deficiência; a integração social, já sinalizada anteriormente; a normalização cuja ideia “[...] inicial foi [...] a de normalizar estilos ou padrões de vida, mas isso foi confundido com a noção de ‘tornar normais as pessoas deficientes’” (apud JÖNSSON, 1994, p. 67 & BRASIL, 1994, p. 22 e 37) e o *mainstreaming* como prática integrativa “[...] de crianças e jovens que conseguem acompanhar aulas comuns sem que a escola tenha uma atitude inclusiva” (p. 33).

A característica comum a todos esses “modelos” pré-inclusivistas é seu desenvolvimento à maneira integrativa, com íntima relação com o modelo médico da deficiência. Em síntese, a responsabilidade de “inclusão social” estaria, tão somente, na pessoa com deficiência e não na sociedade.

Na década de 60 do século passado, Paul Hunt, sociólogo com deficiência no Reino Unido, introduziu uma nova abordagem em contraposição às explicações médicas sobre a deficiência. Seus primeiros escritos baseavam-se na compreensão do fenômeno sociológico da deficiência a partir do conceito de estigma de Erving Goffman para quem “[...] os corpos são espaços demarcados por sinais que antecipam papéis a ser exercidos pelos indivíduos” (DINIZ, 2007, p. 13).

Os trabalhos de Paul Hunt contribuíram sobremaneira para redimensionar o trato dispensado às pessoas com deficiência ao evidenciar a deficiência em termos de exclusão social. Juntamente com outros sociólogos com deficiência, Hunt cria a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (Upias) na década de 70 do século XX. Com a criação e consolidação dessa Liga, Hunt e os demais membros da Upias conseguiram com que a deficiência passasse:

[...] a ser entendida como uma forma particular de opressão social, como a sofrida por outros grupos minoritários, como as mulheres ou os negros. O marco teórico do grupo de sociólogos deficientes que criaram a Upias foi o materialismo histórico, o que os conduziu a formular a tese política de que a discriminação pela deficiência era uma forma de opressão social [...] (DINIZ, 2007, p. 16).

Lançando-se mão desse novo paradigma para explicar o papel, tanto das pessoas com deficiência quanto e, sobretudo, da sociedade no processo de exclusão e “inclusão social” e a evidência das limitações da abordagem médica da deficiência, o modelo social da deficiência que surge na década de 70 do século XX no Reino Unido e nos Estados Unidos da América passa a ser a referência na literatura da deficiência.

Com a criação do primeiro curso de graduação pautado no modelo social da deficiência no Reino Unido, na década de 70 do século XX, ocorre gradativamente o processo de consolidação acadêmica das investigações atinentes à temática. Com a primeira pós-graduação, na mesma década, promovida pela Universidade de Kent do Reino Unido, registra-se “[...] pela primeira vez a expressão ‘estudos sobre deficiência’ para delinear o campo disciplinar de pesquisas sociológicas e políticas sobre deficiência” (DINIZ, 2007, p. 31 grifos da autora).

Depreendemos que fora a partir da constituição e consolidação da Upias<sup>27</sup> e das discussões desencadeadas por seus pensadores, que emergiram as reflexões teóricas de modo que a o termo “deficiência” passara a “representar” uma limitação para o desenvolvimento de certas atividades quotidianas necessárias à plena autonomia do indivíduo social, com origem socioeconômica sendo influenciada pelo meio, isto é, sua manifestação está associada à existência de vários determinantes/condicionantes.

Tendo em vista o esclarecimento da opressão vivenciada pelas pessoas com deficiência, as proposições levantadas pelos membros da Upias se fundamentavam na definição da deficiência, e de “lesão”, numa perspectiva política de exclusão. A “lesão” teria relação com o corpo (ausência parcial ou total e/ou membro, organismo ou mecanismo corporal defeituoso). Já a deficiência se apresentaria como

---

<sup>27</sup> A gramática da deficiência foi refeita após a emergência e a consolidação da Upias em 1976. Foram quatro anos de comunicação secreta entre a comunidade imaginada por Hunt [...]. Nessa época, era comum que deficientes físicos fossem institucionalizados. Havia intensa vigilância sobre a vida deles, e os contatos com o ambiente externo era não apenas controlados como esparsos. A Upias surgiu exatamente dessa incomunicabilidade entre os deficientes, o que torna seu processo de formação ainda mais espetacular (DINIZ, 2007, p. 16).

desvantagem ou restrição das atividades corporais dada organização social contemporânea não sensível à diversidade, sobretudo daqueles que possuíam lesões físicas e os excluía das esferas da vida social (DINIZ, 2007). Sobressaem as discussões atinentes aos lesados físicos em razão dos objetivos da Upias e de seus membros. Todavia, suas investigações se estenderam para as demais pessoas com deficiência culminando na definição dos referenciais legados à humanidade e sobre os quais nos debruçamos na contemporaneidade.

Destacamos, ainda, a emergência nos Estados Unidos da América, das organizações destinadas a assegurar a participação social das pessoas com deficiência, tendo em vista a promoção de sua autonomia. Segundo Bernardes et al. (2009, p. 33):

A primeira ação organizada que resgata a autonomia das pessoas com deficiência foi o Movimento de Vida Independente, surgido em Berkeley, Califórnia, na década de 1960. Um dos princípios do movimento era afirmar a capacidade da pessoa com deficiência em administrar a sua vida como qualquer outra pessoa, tomar decisões, se fazer representar e ter voz própria nas questões que lhe dizem respeito e que se relacionam aos seus interesses.

No bojo das reflexões que perpassam o modelo médico e social da deficiência, faz-se necessário destacar a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID, 1989), publicada pela OMS na década de 1980 do século XX. De acordo com esta classificação, a percepção quanto ao que se define como deficiência (com forte apelo ao senso comum) demonstra uma restrição ao conceito o que obscurece sua plena compreensão (FÁVERO, 2004), pois a deficiência ao que se segue:

[...] Exige, “a perda ou anormalidade” de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. E, ao definir “incapacidade”, não o faz de forma a confundi-la com a própria deficiência, mas, sim, como a restrição *resultante* da deficiência, sempre aliada a algo específico, ou seja, “incapacidade para andar”, “incapacidade em relação à audição”. (FÁVERO, 2004, p. 25).

Com esse entendimento, a incapacidade passa a ser percebida como uma *consequência da deficiência* e não a deficiência propriamente dita. Ainda nessa linha de pensamento, a CIDID define como “desvantagens”, “[...] a situação que fica a

pessoa que tem deficiência por ausência de condições favoráveis do meio” (FÁVERO, 2004, p. 25-26).

Todavia, essa classificação não contara com a participação dos teóricos do modelo social da deficiência insurgindo críticas à proposta da OMS que, com o surgimento da CIDID, revigorou o debate sobre a deficiência na perspectiva do modelo médico (DINIZ, 2007).

Débora Diniz (2007) destaca cinco críticas do modelo social da deficiência às proposições da CIDID da OMS. Vejamos: 1) A não representatividade das pessoas com deficiência, isto é, o documento foi produzido por pessoas que não tinham experiência na deficiência, mas sobre deficiência; 2) Os fundamentos morais do documento cuja tipologia proposta pela CIDID baseava-se em pressuposições de normalidade da pessoa humana; 3) Os equívocos da causalidade entre lesão e deficiência; Antes da CIDID o modelo social já mostrava imprecisões no sistema classificatório do modelo médico; 4) Aproximação da deficiência da classificação das doenças e afastamento das discussões sociológicas; e 5) Este ponto refere-se à dimensão política do debate sobre a deficiência. A CIDID descrevia a deficiência como um problema individual e não sociológico. As intervenções se voltariam para medidas sanitárias de reabilitação e não de proteção social ou de reparação de desigualdades.

Outro marco histórico concernente à participação efetiva das pessoas com deficiência em sociedade fora a realização da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Pessoa “Portadora” de Deficiência, a Convenção da Guatemala. De acordo com seu Artigo 01:

[...] considera que “o termo ‘deficiência’ significa uma restrição física mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico ou social” (FÁVERO, 2004, p. 25 grifos da autora).

A assimilação dessa perspectiva pelo Estado Brasileiro se deu mediante a criação do Decreto 3.956 de outubro de 2001 que promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Essa concepção de deficiência passa a referenciar as discussões relativas ao papel da sociedade e, sobretudo, do Estado,

na formulação de políticas públicas e sociais destinadas a atender as demandas do segmento no Brasil. Nessa direção:

Em 2001, a OMS aprovou o sistema de classificação definitivo para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF) (OMS/OPAS, 2003), passando a refletir a mudança de uma abordagem baseada nas conseqüências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas (NORDENFELT, 2003, apud TEIXEIRA, 2007, p. 29).

Com essa classificação, a deficiência passou a ser compreendida como fenômeno multideterminado por ser relacionada à interação entre as pessoas, os ambientes sociais e físicos. Tais reflexões expandiram-se para outras áreas de conhecimento segundo os pressupostos do modelo social da deficiência (OLIVEIRA, 2007). Esta nova classificação decorreu, ainda, das mudanças empreendidas nos modelos de função e disfunção humana adotada pela comunidade científica e ratificada pela OMS<sup>28</sup>, com presença dos postulados do modelo social da deficiência ao nível internacional. Constitui-se, assim, em mais um avanço no reconhecimento das potencialidades inerentes às pessoas com deficiência.

A título de esclarecimento, no quadro a seguir estão dispostos os principais modelos do que se convencionou chamar de funções e disfunções humanas, adotados pela comunidade científica a partir de 2001.

---

<sup>28</sup> As condições de saúde (doenças, distúrbios e lesões) são classificadas, principalmente pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), que, com base no modelo médico, fornece uma estrutura etiológica, às vezes baseada em sistemas ou fases da vida. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares: as informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade, em conjunto, fornecem uma imagem mais completa e significativa da saúde das pessoas e que pode ser utilizada para a tomada de decisão em diferentes âmbitos da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003 apud TEIXEIRA, 2007, p. 30).

Principais modelos de função e disfunção humana				
Modelo	Descrição			
NAGI (1965) Terminologia	<b>Patologia ativa</b> Interrupção ou interferência nos processos normais e esforços do organismo para retornar aos estados normais.	<b>Deficiência</b> Anormalidade ou perdas anatômicas, fisiológica, mentais ou emocionais.	<b>Limitações</b> Limitações do desempenho no nível do organismo ou da pessoa.	<b>Incapacidade</b> Limitação no desempenho de papéis e tarefas socialmente definidos em um ambiente sociocultural e físico.
ICIDH (OMS, 1980) Terminologia	<b>Doença</b> Patologia extrínseca ou desordens orgânicas	<b>Disfunção</b> Perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica no nível orgânico.	<b>Incapacidade</b> Restrição ou perda da Habilidade de realizar uma atividade de maneira normal.	<b>Restrição social</b> Desvantagem decorrente da disfunção ou incapacidade que limita ou impede a realização de uma função normal pelo indivíduo, segundo idade, sexo e fatores socioculturais.
CIF (OMS, 2001) Terminologia	<b>Condição de Saúde</b> (distúrbio ou doença)  <b>Fatores</b> Termo genérico que denomina doença, distúrbio, lesão ou trauma, incluindo stress, envelhecimento, anomalia congênita ou predisposição genética.	<b>Estrutura e função</b>  <b>Pessoais</b> Partes anatômicas, bem como funções fisiológicas (corpo) e psicológicas.	<b>Atividade</b>  <b>Fatores Ambientais</b> Execução de uma tarefa Ou função por um indivíduo. Participação	<b>Participação</b>  Envolvimento em situações de vida.

**Quadro 04** - Principais modelos de função e disfunção humana.

Fonte: Teixeira (2007, p. 30).

Como podemos perceber, esse processo de conquistas e ampliação de direitos fora sendo construído com a assimilação contínua das propostas contidas nas convenções internacionais – enquanto demandas dos movimentos sociais e de intelectuais ligados à causa – das quais o Brasil é signatário, cujo foco é a inclusão das pessoas com deficiência nos distintos sistemas sociais.

Nesse sentido, também:

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo<sup>29</sup> foram firmados pelo Estado brasileiro em 30 de

<sup>29</sup> A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foram assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Para Caiado (2009, p. 330) “A originalidade deste documento é a de que foi elaborado com a participação de organizações de pessoas com deficiência de várias partes do mundo. Resultado da mobilização de organizações da sociedade civil, compostas por pessoas com deficiências e pessoas que lutam pelos direitos

março de 2007. Ao ser aprovada pelo Congresso Nacional, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, e pelo Decreto do Poder Executivo nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, a Convenção adquiriu equivalência de Emenda Constitucional, conforme o rito estabelecido pelo § 3º do artigo 5º da Constituição (BRASIL, 2010, p. 05).

No Brasil, a firmação dessa Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (e seu Protocolo Facultativo) lhe imprime o estatuto de Marco Geral de Proteção e Promoção dos Direitos Humanos atinentes às pessoas com deficiência (BRASIL, 2010). Consagra em seu Artigo 01 o conceito de pessoa com deficiência nos termos do Decreto nº 6.949/2009. Em síntese:

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, 2009, p. 03).

Com efeito, a definição do marco conceitual sobre as pessoas com deficiência, como tem se destacado ao longo deste estudo, propicia os parâmetros necessários à elaboração de políticas públicas e sociais que façam frente às demandas específicas desse segmento. Representam, portanto, avanços substantivos para o complexo processo de “inclusão social”.

Dentre os avanços no âmbito do reconhecimento das demandas e das potencialidades do segmento, está a instituição da Política Nacional de Saúde da “Pessoa Portadora de Deficiência” (Portaria MS/GM nº 1.060/02). À época, o propósito dessa política voltava-se para a reabilitação da pessoa com deficiência. Segundo a proposta, por reabilitação entendia-se a faculdade funcional e desempenho humano “[...] de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências” (BRASIL, 2002, p. 04).

As ações e serviços deveriam ser reordenados de modo a atender o segmento em suas necessidades singulares em saúde. A proposta consistia numa

---

das pessoas com deficiência, ativistas de direitos humanos, agências internacionais e representantes de 192 países, num longo processo de debate que se iniciou em 2001 e finalizou em 2006 com a aprovação do texto em Assembléia Geral da ONU”.

articulação interministerial e interinstitucional envolvendo o esforço de “[...] instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa portadora de deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades” (BRASIL, 2002, p. 06).

É nesse contexto que situamos a emergência da Portaria MS/GM nº 2.073/2004 que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência Auditiva enquanto extensão da atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Vale ressaltar que, quando se discute a questão do acesso às políticas públicas, tal discussão deve se desenvolver na perspectiva da universalidade no atendimento, isto é, estas políticas devem ser acessíveis a todos os sujeitos sociais de uma dada sociedade sob a égide estatal. Em outros termos, tem-se em mente a garantia de direitos sociais que se voltam para o atendimento das necessidades humanas fundamentais. Logo, o atendimento dessas demandas diz respeito a todos os indivíduos sociais sem quaisquer distinções.

O caso das pessoas com deficiência (e de muitos outros segmentos na diversidade coletiva) é exemplar quando se busca por meio das políticas estatais suprir suas necessidades específicas. Esta constatação poderia representar uma segmentação da atenção mediada pelas políticas que entraria em conflito com o princípio de universalidade se partíssemos de uma abordagem unilateral da questão.

Contudo, essa apreensão inicial nos é esclarecida ao tomarmos como referência o princípio doutrinário de equidade do SUS<sup>30</sup>, pois, lançando-se mão desse princípio, consegue-se dar conta desta inquietação. À luz da equidade na atenção à saúde é que situamos a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência em 2002, cuja instituição representa um marco no campo das conquistas de direitos para um segmento que se desenvolveu em meio a muitos fatores de exclusão social<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Vide: Capítulo I. Tópico 1.2.

<sup>31</sup> Como visto anteriormente: Da *exclusão social total* passando para o atendimento *especializado segregado* e depois para a *integração social*, o segmento dos portadores de deficiência está agora lutando por sua **inclusão social**. A inclusão social é o processo pelo qual a sociedade e o portador de deficiência procuram adaptar-se mutuamente tendo em vista a equiparação de oportunidades e, conseqüentemente, uma sociedade para todos. A inclusão (na escola, no trabalho, no lazer, nos serviços de saúde etc.) significa que a sociedade deve adaptar-se às necessidades da pessoa com deficiência para que esta possa desenvolver-se em todos os aspectos da vida (SASSAKI,

Apesar de ter sido criada no ano de 2002, a efetiva “inclusão social” das pessoas com deficiência mediada pela política de saúde ainda se encontra permeada por múltiplas limitações. Uma explicação para a questão é apresentada por Bernardes et. al (2009). As autoras afirmam que, no Brasil, a incorporação efetiva das demandas das pessoas com deficiência se desenvolveram a partir das regulamentações infraconstitucionais e ainda assim “[...] mantiveram-se idéias de caráter assistencialista as quais já estavam cristalizadas na sociedade – e que constituem entrave ao processo de inclusão social e participação no desenvolvimento do país” (p. 35).

As autoras reforçam que no texto constitucional, precisamente no Artigo 196<sup>32</sup> que trata da saúde, chama atenção a utilização da expressão “recuperação” em saúde que “[...] pode estar ou não associada ao atendimento integral [...]” (ibid) das pessoas com deficiência. Mas é somente no artigo relativo à constituição da Política de Assistência Social (203) que se constata a presença dos termos “habilitação”, “reabilitação” e “promoção” para a integração das pessoas com deficiência à vida comunitária.

Outro ponto a ser considerado está associado à realização de ações isoladas, isto é, intervenções pontuais numa desarticulação na atenção às pessoas com deficiência no âmbito do SUS, ainda que esta atenção à saúde da pessoa com deficiência se orientasse pela assistência integral nos distintos estabelecimentos de saúde<sup>33</sup>. Campos, Souza & Mendes, (2015, p. 207) destacam, por exemplo, os:

[...] serviços isolados e portarias, como as de Saúde Auditiva (Portaria 587/SAS/MS, de 7 de outubro de 2004), Assistência à Pessoa com Deficiência Física (Portaria nº 818/GM/MS, de 5 de junho de 2001) e Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (Portaria nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008) [...].

As autoras enfatizam, outrossim, que a criação desses instrumentos não teve êxito na articulação “[...] consistente com os pontos e níveis de atenção à saúde do SUS [dado] seu caráter fragmentário e a pouca eficácia desse tipo de medida [...]”

---

2002, p. 167-168 grifos do autor).

<sup>32</sup> Vide: Capítulo I.

<sup>33</sup> A Portaria MS/GM 1.060/2002 previa que “[...] a assistência à saúde do portador de deficiência não [poderia] ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas” (BRASIL, 2002, p.11). Contudo, somente em 2010 se criam as Diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

(ibid) e concluem afirmando que estas intervenções reforçaram o caráter secundário com o qual são conduzidas as questões relativas à saúde das pessoas com deficiência no Brasil até recentemente.

Cabe aqui outra questão que não pode ser dissociada das duas anteriores. Trata-se da influência ou “peso”, nos dizeres de Sassaki (2002), do modelo médico da deficiência contido nas propostas de integração social travestidas de formas de inclusão facilmente assimiladas socialmente como vimos anteriormente. Por outro lado, participa-se do entendimento de que essas limitações devem ser tomadas enquanto elementos potencializadores da materialização de direitos de cidadania, cuja força motriz se encontra nas mobilizações sociais (e de intelectuais afeitos às causas particulares das pessoas com deficiência) como já fora sinalizado. Ou seja:

[...] A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração (COUTINHO, 1999, p. 42<sup>34</sup>).

As conquistas no campo dos direitos das pessoas com deficiência devem ser apreendidas nessa perspectiva. No caso da saúde, entende-se que seu alcance por parte das pessoas com deficiência, no tocante às suas singularidades, corrobora o “[...] o processo de universalização efetiva da cidadania [...]” (COUTINHO, 1999, p. 58) já que se constata a ampliação de suas dimensões a exemplo do acesso à atenção no âmbito da Saúde Auditiva. É o reconhecimento do papel dos movimentos sociais das pessoas com e sem deficiência em prol de demandas comuns, de modo que estas passam a ser traduzidas em políticas sociais destinadas a atender às suas necessidades humanas fundamentais.

No caso da atenção à saúde, esta ampliação da cidadania, sobretudo por meio da universalização do acesso às pessoas com deficiência, ocorre mediada por distintos mecanismos (dispositivos técnicos: leis, decretos, resoluções etc.) e demais instituições públicas e da sociedade civil (Conselhos, Ministério Público, Defensoria Pública, Ongs, Associações, Academias de profissionais, etc.) referenciados nas

---

<sup>34</sup> O aporte desta discussão baseia-se na compreensão de que “A cidadania pode ser vista como uma progressiva incorporação de grupos e indivíduos a novos e mais elevados padrões de vida em comunidade” (NOGUEIRA, 1999, p. 61) a qual se materializa com a configuração dos direitos humanos. Com destaque para a atuação do Estado neste processo, pois: “[...] direitos sem Estado, [...], nada mais são do que sombra e fumaça”. (IBID, p. 62).

convenções e instrumentos normativos nacionais e internacionais da atenção às pessoas com alguma deficiência.

Assim, os mecanismos (recursos humanos e materiais em que se situa o financiamento) destinados a dar conta do atendimento em saúde do segmento das pessoas com deficiência são, por excelência, emanados do Estado Brasileiro<sup>35</sup>, após complexos processos de reflexão sobre as necessidades fundamentais dessa parcela substantiva da população brasileira.

Dentre esses mecanismos destacam-se, por exemplo, aqueles relativos à prioridade no atendimento (Lei Federal nº 10.048/00); ao acesso a medicamentos gratuitos (Lei Federal 8.080/90, Art. 6, VI); à disponibilização de órteses e próteses - para pessoas com deficiência auditiva, visual e física (Decreto Federal 3.295, art. 18, 19 e 20); A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - Serviço de reabilitação auditiva, oferecido pelo SUS (Portaria GM nº 2.073, de 28/09/2004; 587/2004 e 589/2004) para diagnóstico e terapias especializadas, triagem, monitoramento e reabilitação da audição em recém-nascidos, em crianças a partir de três anos, jovens e adultos, idosos, respeitando a reabilitação adequada para cada um.

No âmbito federal, constata-se ainda, a partir da emergência Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em 2011 (*Plano Viver sem Limite*), a implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações desenvolvidas em benefício das pessoas com deficiência (BRASIL, 2016). Com a instituição do *Viver Sem Limite (2011)*, revoga-se a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva instituída em 2004, reorientando-se as diretrizes de atenção ao segmento.

O discurso sobre a implementação da nova proposta política sustenta que a construção do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência leva em consideração as demandas específicas desse segmento e revela a necessidade de criação de mecanismos que efetivamente deem conta de suas necessidades humanas fundamentais. No aludido documento, encontramos a seguinte assertiva:

---

<sup>35</sup> Em 2013 fora publicada a 7ª edição da Legislação Brasileira Sobre Pessoas com Deficiência. Neste texto estão reunidas várias normativas voltadas para a promoção da cidadania das pessoas com deficiência. Vide: BRASIL. **Legislação Brasileira Sobre Pessoas com Deficiência**. 7º ed. Brasília: Biblioteca Digital. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br>>. Acesso em 29 mai. 2015.

O Viver sem Limite foi construído com inspiração na força e no exemplo das próprias pessoas com deficiência, que historicamente estiveram condenadas à segregação. Trata-se de um conjunto de políticas públicas estruturadas em quatro eixos: Acesso à Educação; Inclusão social; Atenção à Saúde e Acessibilidade. Cada ação presente nesses eixos é interdependente e articulada com as demais, construindo redes de serviços e políticas públicas capazes de assegurar um contexto de garantia de direitos para as pessoas com deficiência, considerando suas múltiplas necessidades nos diferentes momentos de suas vidas (BRASIL, 2016, s/p).

Nosso enfoque consiste na Atenção à Saúde<sup>36</sup> enquanto ampliação da cidadania mediada pela universalização de seu acesso às pessoas com deficiência, ainda que consideradas as muitas limitações para a sua efetiva implementação, como destacado ao longo destas laudas.

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (*Viver Sem Limite, 2011*) define como objetivo amplo: “[...] promover a cidadania e o fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, promovendo sua autonomia, eliminando barreiras e permitindo o acesso e o usufruto, em bases iguais, aos bens e serviços disponíveis a toda a população [...]” (VIEIRA et al., 2015, p. 727).

Tal promoção da cidadania se coadunaria com o processo de universalização do acesso, o qual estaria plasmado, *a priori*, nos 06 (seis) sub-eixos de atenção à saúde, contidos na proposta do *Viver sem Limite*. O eixo de Atenção à Saúde contempla os seguintes sub-eixos, a saber: 01 – *o Programa Nacional de Triagem*

<sup>36</sup> Os demais eixos estão, assim, organizados nos seguintes sub-eixos, vejamos: **Acesso à Educação: Salas de Recursos Multifuncionais** (Salas com equipamentos específicos para ofertar o Atendimento Educacional Especializado para estudantes com deficiência, matriculados em escolas públicas); **Escola Acessível** (Permite disponibilizar recursos financeiros por meio do Programa Dinheiro Direto na Escola); **Transporte Escolar Acessível** (Ação que visa disponibilizar o deslocamento com acessibilidade a estudantes com deficiência à escola); **Programa de Capacitação Técnica** (Permite acesso de pessoas com deficiência à educação profissional e tecnológica); **Acessibilidade na Educação Superior - Incluir** (Núcleos de acessibilidade nas universidades públicas federais); **Educação Bilíngue** (Oferta de cursos de Letras/Libras (Língua Brasileira de Sinais) e de formação em Pedagogia na perspectiva bilíngue (Libras/Língua Portuguesa)) e **BPC na Escola** (Ação que visa ampliar o quantitativo de pessoas de 0 a 18 anos beneficiárias do BPC matriculadas na escola). **Inclusão Social: BPC Trabalho** (Ação que visa ao fortalecimento da autonomia e da participação social das pessoas com deficiência); **Residências Inclusivas** (Residências específicas com a finalidade de acolher pessoas com deficiência); **Centros-Dia** (Unidade de serviços com a finalidade de oferecer cuidados às pessoas com deficiência, durante o dia, de forma complementar ao trabalho de cuidadores familiares). **Acessibilidade: Programa de Financiamento da Casa Própria** (Ação que visa prover moradias adaptáveis e oferecer kits de adaptação em residências de pessoas com deficiência); **Centros Tecnológicos Cães-Guia** (Centros de Treinamentos de Instrutores e Treinadores de Cães-Guia); **Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva** (Criação de linha de subvenção econômica à inovação em tecnologia assistiva e criação de linha de financiamento reembolsável para inovação em tecnologia assistiva); **Centro Nacional de Referência em Tecnologia Assistiva** (Centro de referência em tecnologia assistiva cuja finalidade é orientar uma rede de núcleos de pesquisa); **Crédito Facilitado para Produtos de Tecnologia Assistiva** (Linha de crédito facilitado com juros subsidiados pelo Governo Federal para aquisição de produtos de tecnologia assistiva) (BRASIL, 2016).

*Neonatal; 02 – as Diretrizes Terapêuticas; 03 – os Centros Especializados em Reabilitação (CER); 04 – o Transporte Adaptado para Acesso à Saúde; 05 – as Oficinas Ortopédicas e Ampliação da Oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e 06) a Atenção Odontológica.*

De acordo com dados fornecidos pelo Ministério da Justiça e Cidadania, em especial a Secretaria Especial de Direitos Humanos (2016), a ênfase está na *implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações desenvolvidas em benefício das pessoas com deficiência*. Tal promoção realiza-se, *a priori*, mediante:

- *O Programa Nacional de Triagem Neonatal*, o qual se destina a estruturação dos centros de triagem voltados à identificação de deficiências e a intervenção precoce. Para dar conta desta demanda, estão sendo equipados hospitais e maternidades e foi elaborada e instituída, em 2012, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. A Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência se mostra, portanto, como a maior expressão da ampliação do acesso à saúde por parte do segmento;
- *As Diretrizes Terapêuticas*. Estas, por sua vez, se voltam para a criação de parâmetros clínicos e garantir a prescrição segura e o tratamento eficaz em todo o território nacional. Elas trazem informações como caracterização da doença, tratamento indicado, medicamentos a serem prescritos, formas de administração e tempo de uso, benefícios esperados e o acompanhamento dos usuários. Segundo balanço apresentado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, já foram publicadas 10 diretrizes, sendo elas: Síndrome de Down, Síndrome de Down (versão acessível), Lesão Medular, Pessoa Amputada, Triagem Auditiva Neonatal, Paralisia Cerebral, AVC, Traumatismo Cranioencefálico, Autismo e Saúde Ocular na Infância;
- *Os Centros Especializados em Reabilitação (CER<sup>37</sup>)*. Entende-se que a habilitação e reabilitação visam garantir o desenvolvimento de habilidades

---

<sup>37</sup> O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: CER II - composto por duas modalidades de reabilitação; CER III - composto por três modalidades de reabilitação; e CER IV - composto por quatro modalidades de reabilitação. Todo atendimento realizado no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família. O CER poderá também, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, contribuir com o avanço e a produção de conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação e

funcionais das pessoas com deficiência para promover sua autonomia e independência. O *Plano Viver sem Limite* iniciou a implantação de Centros Especializados em Reabilitação – CER para ampliar o acesso e a qualidade desses serviços no âmbito do SUS. A implantação desses centros pode se dar por meio de novas construções ou por qualificação mediante reforma, ampliação, aquisição de equipamentos e reforço de pessoal. Segundo dados da Secretaria Especial de Direitos Humanos, 136 CER foram habilitados entre 2013 e 2016 e 78 novos centros foram construídos (22 contratos de repasse e 56 SISMOB<sup>38</sup>);

- *O Transporte Adaptado para Acesso à Saúde.* Com esta intervenção, o objetivo se volta para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos CER. Isto se dá mediante a transferência pelo Governo Federal de veículos (Micro-ônibus e Vans) adaptados. Eles são colocados à disposição dos usuários que não apresentam condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestam grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Segundo dados da Secretaria Especial de Direitos Humanos, 108 veículos já foram adquiridos e entregues, sendo 20 micro-ônibus e 88 furgões. Estes veículos devem estar vinculados aos CER sob a responsabilidade dos gestores locais;

- *As Oficinas Ortopédicas e Ampliação da Oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.* Em complementação aos CER, estão sendo construídas e qualificadas oficinas ortopédicas fixas para a confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Além das oficinas fixas, o Ministério da Saúde fará aquisição e implantará oficinas ortopédicas itinerantes. No balanço apresentado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, 24 oficinas fixas habilitadas e em funcionamento e 05 em fase de qualificação (equipamentos e reforma); 41 construções de novas oficinas fixas em andamento; 10 oficinas itinerantes terrestres já foram adquiridas, sendo que

---

ser pólo de qualificação profissional. Deve ainda, estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional (BRASIL, 2013, p. 07).

<sup>38</sup> O Sistema de Monitoramento de Obras foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde financiadas com recurso Federal, tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra (BRASIL, 2016b).

06 já foram entregues; 144 técnicos ortesistas capacitados. Há mais 4.096 profissionais de nível superior com capacitação em andamento;

- *A Atenção Odontológica. O Viver sem Limite* desenvolve um conjunto de ações de atenção odontológica às pessoas com deficiência, entre as quais: capacitação de profissionais de atenção básica e de saúde bucal, qualificação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e criação de centros cirúrgicos odontológicos em hospitais gerais. Segundo dados fornecidos pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, existem 491 CEO qualificados para atender pessoas com deficiência, 81 hospitais receberam equipamentos para implantação dos Centros Cirúrgicos e foram realizadas capacitações de 5.674 profissionais da área de Saúde Bucal.

A ampliação da atenção à pessoa com deficiência, no âmbito da saúde pública, a partir dos diversos mecanismos de promoção de cidadania – em que se situam, por exemplo, a instituição da Portaria GM nº 1.062/2002 que criou a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, da Política de Atenção à Saúde Auditiva em 2004 e mais recentemente por meio dos CERs, em 2011 e 2013, a partir da instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (*Viver sem Limite*) – nos permite inferir que, apesar dos desafios postos à efetiva implementação dessas propostas, a presença desses equipamentos públicos (recursos materiais, humanos, etc.) revela um avanço substantivo quando consideramos o longo processo de exclusão social a que este segmento fora submetido. Sobretudo, no contexto da atenção integral à saúde.

Nessa perspectiva, o atendimento mediado pelos sub-eixos de atenção à saúde da pessoa com deficiência deve, necessariamente, desenvolver-se de forma articulada. As ações e serviços a serem ofertados se realizariam, *a priori*, complementarmente tendo em vista a integralidade no atendimento. O papel do CER nesse contexto é fundamental por ser o “agente articulador” central na oferta da atenção à saúde ao receber as demandas, tanto referenciadas pelos demais estabelecimentos de saúde, quanto espontaneamente *in loco*.

No caso do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) em Manaus, as demandas apresentam essas características (demandas espontâneas e referenciadas) com média aproximada de 36.858 pessoas atendidas por ano, aproximadamente 3.071 por mês e 140 por dia

(Pesquisa documental, abril de 2016). Contudo, “[...] Todo atendimento realizado no CER [deverá ser] realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família [...]” (BRASIL, 2013, p. 07). Sobre a questão, no Capítulo III se destacará estas nuances e as mediações que a conformam.

Ademais, uma das principais ações emergidas no contexto do *Plano Viver sem Limite* fora a instituição da Rede de Cuidados da Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência por meio da Portaria MS/GM 793 em 2012. Em relação a este ponto, o Ministério da Saúde tem se apresentado como um dos principais atores. Sua atuação de destaca, não somente pela realização de “[...] ações incrementais em relação àquilo que é praticado na saúde das pessoas com deficiência, [mas, por tornar] estruturante essa agenda no SUS, por meio da criação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, na condição de rede prioritária de saúde” (CAMPOS, SOUZA & MENDES, 2015, p. 208).

As autoras reforçam que o surgimento da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência expressa o avanço da política de saúde em várias direções e vai ao encontro do aprimoramento do SUS, visto que, em razão desse formato as ações e serviços medeiam a equidade, a integralidade e, sobretudo, a *universalidade* da atenção tendo em vista o atendimento das necessidades concretas das pessoas com deficiência, como se poderá constatar no tópico a seguir.

## **2.2 A Saúde Auditiva<sup>39</sup> no contexto do SUS: um *ensaio* de integralidade no atendimento à Pessoa com Deficiência Auditiva**

A atenção à saúde das pessoas com deficiência ganha maior relevo com a constituição da Rede de Cuidados, em 2012, no contexto do *Plano Viver sem Limite* e, sobretudo, do papel desempenhado pelo Ministério da Saúde quanto aos

---

<sup>39</sup>Maria Cecília Bevilacqua, ex-presidente da ABA, destaca a distinção entre Saúde Auditiva e Audiologia visando esclarecer os equívocos que permeiam a questão dada incipiência da discussão. “[...] A Saúde Auditiva é a prática da Audiologia no Sistema de Saúde público ou privado. Dessa forma, conceitua-se a Saúde Auditiva como a execução dessa política, da organização da estrutura e do funcionamento dos serviços, e a estruturação do sistema com uma rede de referência e contra-referência. Entende-se Audiologia como a área da ciência que estuda a função auditiva em todos os seus aspectos buscando a implementação da prevenção, diagnóstico, avaliação, intervenções e reabilitação destas funções” (2010, p. 12).

cuidados à pessoa com deficiência de forma sistematizada. Como visto anteriormente, antes da edificação do referido plano o que se presenciava era o desenvolvimento de ações/serviços pontuais com a instituição de portarias ministeriais sem que a atenção se materializasse de forma integral (CAMPOS, SOUZA & MENDES, 2015). Apesar das recomendações da Portaria MS/SAS nº 1060/2002, infere-se que essa característica, de ações e serviços fragmentados, apresenta-se desde a criação das primeiras intervenções de atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Quanto às demandas em saúde auditiva, a atenção no SUS toma forma, e novo fôlego, com a instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência Auditiva mediante a Portaria MS/GM nº 2.073 em 2004<sup>40</sup>, uma vez que:

O atendimento às pessoas com deficiência auditiva no SUS estava restrito a procedimentos hospitalares de internação, até o ano 2000, quando foi regulamentado pelo Ministério da Saúde, no âmbito ambulatorial, o diagnóstico, o acompanhamento e a concessão de aparelhos de amplificação sonora individual - AASI, registrados como procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIS/SUS. A Portaria SAS/MS nº 432, de 14 de novembro de 2000, excluiu os procedimentos de deficiência auditiva do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e criou o Serviço de Diagnóstico/Terapia em Otorrinolaringologia (código/classificação 27/114), de alta complexidade, para esse atendimento (DAHER & PISANESCHI, 2010, p. 17).

Fora um longo caminho até que se institucionalizasse uma política voltada para o atendimento das demandas das pessoas com deficiência auditiva no Brasil. Esse processo só toma materialidade quando da normatização das ações e serviços o que exigiu a presença de distintos segmentos sociais para tal realização. Dentre estes segmentos, encontram-se as entidades de representação das pessoas com deficiência auditiva e entidades científicas como a Academia Brasileira de Audiologia (ABA). A título de ilustração, no quadro a seguir, estão dispostas algumas das normativas atinentes às demandas por saúde auditiva.

---

<sup>40</sup> Um dado importante refere-se ao fato de que até 2010 somente as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste haviam conseguido implantar e implementar as redes de atenção à saúde auditiva.

Normatização das demandas por Saúde Auditiva	
<b>Portaria SAS/MS nº 432, de 14 de novembro de 2000</b>	Excluiu os procedimentos de deficiência auditiva do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e criou o Serviço de Diagnóstico/Terapia em Otorrinolaringologia (código/classificação 27/114), de alta complexidade, para esse atendimento;
<b>Portaria GM nº. 2.073 de 28 setembro de 2004</b>	Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva;
<b>Portaria SAS 587, de 7 de outubro de 2004</b>	Estabelece os procedimentos para a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva com a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Normas para credenciamento/habilitação Serviços Saúde Auditiva;
<b>Portaria SAS 589, de 8 de outubro de 2004 (8 dezembro 2004)</b>	Esta estabelece os Mecanismos de Registros das Informações. Normas de operacionalização dos Serviços;
<b>Portaria SAS 68, de 25 de janeiro de 2005</b>	Câmara Técnica de acompanhamento da Implantação da Política;
<b>Portaria SAS 308, de 10 de maio de 2007</b>	Redução em 50% nos valores dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individual – AASI;
<b>Portaria GM 389, de 03 de março de 2008</b>	Readequação dos tetos físicos e financeiros dos Serviços de Saúde Auditiva já habilitados.

**Quadro 05** – Normatização das demandas por Saúde Auditiva

Fonte: Pesquisa documental (2016)

A emergência da Política de Atenção à Saúde Auditiva estabeleceu, por assim dizer, a sistematização das ações e serviços em atenção às demandas do segmento das pessoas com deficiência auditiva, assim como a atenção preventiva nas situações atinentes às pessoas sem deficiência que necessitam do atendimento. Visaria, portanto, contemplar “[...] desde a promoção da saúde auditiva até a terapia fonoaudiológica, em todos os ciclos da vida” (BEVILACQUA et al., 2011, p. 253). Seu foco voltava-se, sobretudo, para as pessoas com deficiência auditiva, isto é, aquelas que apresentam perda auditiva em alguma medida. Estas perdas são classificadas em categorias distintas por apresentarem graus de perda variados.

Nesse sentido, entendemos como pessoas com deficiência auditiva aquelas que apresentam graus de perda auditiva constatáveis pela média das frequências 0.5, 1, 2, 4 Khz no melhor ouvido. Assim, são de: Grau 1 – *Leve*: 26-40 dB (decibéis) (ouve/repete palavras em voz normal a um metro de distância); Grau 2 – *Moderada*: em criança 31-60 dB em adulto 41-60 dB (ouve/repete palavras em voz forte a um metro de distância); Grau 3 – *Severa*: 61-80 dB (ouve palavras gritadas no melhor ouvido); Grau 4 – *Profunda*: 81dB (não ouve/compreende voz gritada) (OMS apud DAHER & PISANESCHI, 2010).

Já para as Normas para o Atendimento em Saúde Auditiva do Ministério da Saúde (2006), considerava Audição Normal limiares até 25 dBNA; Perda Auditiva

Leve – de 26 a 40 dBNA; Perda Auditiva Moderada - de 41 e 55 dBNA; Perda Auditiva Moderadamente-severa – de 56 a 70 dBNA; Perda Auditiva Severa – de 71 a 90 dBNA e Perda Auditiva Profunda - acima de 91 dBNA. Diferindo, portanto, nos graus *moderado, severo e profundo* das definições instituídas pelas OMS. O estabelecimento desses parâmetros mostrou-se como fundamental para que se propiciasse a atenção do segmento de forma a contemplar suas necessidades específicas.

Com base nesses parâmetros a Associação Brasileira de Audiologia (ABA) recomenda o uso de prótese auditiva para adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 40 dB NA e para crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 30 dB NA (SILVA, 2010<sup>41</sup>).

O ganho advindo com a instituição da Política de Saúde Auditiva fora enaltecido, tanto pelas pessoas com deficiência auditiva, quanto por sociedades científicas. Instituições como a Academia Brasileira de Audiologia (ABA) advogavam que a criação dessa política representou um avanço significativo na ampliação dos direitos de cidadania em nossa sociedade, haja vista que:

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

---

<sup>41</sup> O número de pessoas que necessitam de próteses auditivas em todo o mundo se baseia em estimativas de 2005 da Organização Mundial de Saúde, as quais apontam que cerca de 278 milhões de pessoas têm deficiências de audição de moderadas a profundas. Em países desenvolvidos, especialistas estimam que cerca de 20% das pessoas com deficiência auditiva precisam de próteses auditivas, sugerindo um total de 56 milhões de potenciais usuários desses aparelhos em todo o mundo. Os fabricantes e vendedores de próteses auditivas estimam que a produção atual atende a menos de 10% da necessidade mundial, e menos de 3% da necessidade de próteses auditivas nos países desenvolvidos é satisfeita por ano (Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo SEDPcD, 2012. 334 p.).

Enquanto política pública, esta se caracterizava pelo estabelecimento de diretrizes de atenção, com objetivos e organização das estruturas e dos serviços de forma sistemática voltados para o atendimento às distintas situações em saúde auditiva, na perspectiva do direito de cidadania. No quadro a seguir, destacam-se os objetivos da Política Nacional de Saúde Auditiva no contexto do SUS. Tendo estes objetivos como norte, a prática de promoção da atenção em saúde auditiva que, *a priori*, contemplaria o atendimento integral que deve ser dispensado aos seus reais demandatários.

#### Objetivos da Política Nacional de Saúde Auditiva

- Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade;
- Organizar uma linha de cuidados integrais, com assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- Identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- Definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização;
- Promover ampla cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva;
- Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no país;
- Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes dessa política, permitindo que, a partir do seu desempenho, seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva;
- Promover intercâmbio com outros subsistemas setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- Qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

**Quadro 06** – Objetivos da Política Nacional de Saúde Auditiva

Fonte: Brasil (2007)

Com base nesses objetivos, é possível detectar a necessidade de articulação que deveria se efetuar entre os setores públicos (não governamentais e privados já que se prevê a ampla cobertura) nos distintos níveis de atenção em saúde auditiva, de modo que se possa dar conta das demandas do segmento. Tal articulação diz respeito ao atendimento integral guardando íntima relação com os pressupostos do

SUS, em que se situa a integralidade, já referenciados no Capítulo I e que será retomada a seguir.

Manzoni & Almeida (2010) destacam que, quanto à organização da Saúde Auditiva ao nível nacional, foram publicadas ainda em 2004, duas Portarias complementares: a Portaria de nº 587/04 e a Portaria nº 589/04. Esta estabelece os Mecanismos de Registros das Informações e aquela estabelece os procedimentos para a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Auditiva com a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.

Com essa configuração, poderíamos afirmar que a constituição da Política de Saúde Auditiva não trazia consigo elementos que a identificavam com as formas pontuais de atenção se se considerasse a articulação ao nível nacional que esta deveria realizar com os demais pontos de atenção à saúde da pessoa com (ou sem) deficiência e os vários estabelecimentos de atenção nos três níveis de atendimento. Em síntese, dever-se-ia promover ampla cobertura no atendimento e com isso garantir “[...] universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva” (ibid).

A pertinência dessa observação se sustenta quando se constata que, no processo de atenção em Saúde Auditiva, deveriam conjugar-se ações e serviços estruturados e articulados os quais se realizariam a maneira de “rede de atenção à saúde” como se pode comprovar no Art. 1º da Portaria 587/04 o qual determinava: “[...] que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados [adotassem] as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva” (BRASIL, 2004a, p. 01). Portanto, era a noção de rede de atenção em saúde auditiva que orientava a disponibilização dos cuidados em saúde das pessoas com (ou sem) deficiência auditiva no Brasil.

Lenir Santos (2011)<sup>42</sup> estabelece uma relação entre a abordagem de Castells (1999) com a noção de “rede” que deve se fazer presente no desenvolvimento da política de saúde no Brasil (cuja assimilação estava contida no processo de

---

<sup>42</sup> Para Castells (1999), A sociedade hoje está configurada como uma *sociedade em rede* [...] A tecnologia da informação, iniciada no final do século XX, vem promovendo uma revolução e introduzindo profundas e drásticas mudanças sociais, com a transformação de toda a economia no mundo e fortes reflexos para o Estado. Isso resulta em um sistema de interdependência das economias ou de segmentos de economia do mundo todo, que vem funcionando como *uma unidade de tempo real* (apud SANTOS, 2011, p, 29 grifos da autora).

implementação da Política de Saúde Auditiva), pois considera que dado o desenvolvimento da tecnologia da informação e suas inflexões nas organizações sociais, sobretudo econômicas, podem ser implementadas em todos os tipos de organizações.

Na sequência, sugere a superação do “[...] modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de Estado [...] (SANTOS, 2011, p. 30)”, uma vez que há anos tenta-se estruturar as redes de serviços no âmbito do SUS, já que, sob o formato burocrático, não se é capaz de sustentar direitos incorrendo em desperdícios de tempo e recursos com dificuldades para se expandir o acesso efetivo à saúde pública. Lenir Santos (2011) reforça ainda “[...] que na área pública não se poderá fugir do formato de redes sociais, sob pena de não se garantir os direitos que se pretende proteger [...]” (Ibid).

As contribuições de Silva & Magalhães Jr. (2011) são significativas quando da abordagem das redes de atenção à saúde, na perspectiva do atendimento integral e da qualificação dos sistemas de saúde. Destacam que a importância das redes de atenção tem como fundamento, dentre outros, os seguintes argumentos: 1) o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas; 2) a maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos; e 3) os custos crescentes no tratamento de doenças.

Para os autores, o crescimento das doenças crônicas (depressão, hipertensão, diabetes e outras doenças degenerativas – HIV/AIDS, tuberculose e hanseníase) tem sido vertiginoso nos países em desenvolvimento e, segundo a OMS (2003), esse tipo de doença representa 60% das enfermidades com perspectivas de se alcançar até 80% em 2020. Reforçam, ainda, que em sistemas de saúde fragmentados a efetividade de atenção a tais doenças é muito reduzida em razão do foco nas condições agudas (internação hospitalar, pré-hospitalar).

Em acréscimo, defendem que os usuários devem ter assegurada a continuidade do atendimento com a ampliação da adesão ao tratamento (longitudinalidade na atenção) que não se refere somente ao tratamento, mas para que sejam tomadas medidas preventivas e de promoção da saúde mais efetivas. Chamam atenção para o que consideram um dilema traduzido na existência de dois subsistemas: *o de cuidados crônicos e o de cuidados agudos*, sendo o primeiro baseado nos distintos formatos de atenção primária e o segundo, aos moldes

tradicionais, na rede hospitalar e pré-hospitalar. Quanto a este argumento, concluem que, para enfrentar esse antigo dilema, faz-se necessária a construção das redes de atenção, entendidas como expressões concretas da integralidade na atenção à saúde.

Um segundo argumento desenvolvido pelos autores, a respeito da importância das redes, versa sobre “a maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos”. Denunciam, por exemplo, que, dentre os princípios do SUS, o princípio de integralidade seja o menos conquistado ao longo da existência do sistema. Endossam o uso do conceito de integralidade pelo judiciário (como base concreta para interpretar o artigo 196 da CF de 1988) em favor “[...] de pressões da indústria de equipamentos e farmacêuticas e a utilização inadequada de tecnologias assistenciais, com destaque para leitos de terapia intensiva para condições clínicas irrecuperáveis [...]” (SILVA & MAGALHÃES Jr., 2011, p. 72).

Tal assertiva é corroborada com o aporte em Carvalho (2005) para o qual:

[...] a integralidade, para o movimento sanitário brasileiro, era tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos, em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. [...] O que queríamos ver sepultado, saiu revigorado e resplandecente. [...] O capital<sup>43</sup>, sem alardes, subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do termo integralidade, dando a ele o conceito pleno de que todos os exames, todas as terapias, todas as especialidades, sem o mínimo critério, deviam ser dispensados a todos [...]

Por esse ângulo, constatamos que as intervenções mercantis são, em grande medida, determinantes para a limitação das ações e serviços na perspectiva da integralidade no âmbito do SUS<sup>44</sup>, já que a lógica de mercado tende a priorizar as ações e serviços com vistas à rentabilidade econômica em detrimento do acesso integral na condição de direito de cidadania, entrando em contradição com as

---

<sup>43</sup>[...] No caso da saúde, na atualidade, este é um setor econômico importante para os países dominantes, seja por meio de suas empresas de medicamentos e equipamentos, que integram oligopólios químicos e eletroeletrônicos, seja por intermédio de suas seguradoras e, inclusive, do recente envolvimento em mercados de serviços antes constituídos, principalmente, pelo pequeno capital e setor liberal. Um exemplo é a dominação do mercado de hemodiálise por poucas empresas multinacionais que também fabricam o equipamento (como a Fresenius). O setor também é importante para empresas nativas de serviços de saúde, que, desde os anos 2000, vêm passando por um processo de consolidação, de constituição do capital financeiro (junção de planos de saúde com hospitais e clínicas) e de financeirização (abertura de capitais em bolsas de valores). Temos como exemplos grandes cadeias de laboratórios financeirizados, como o Dasa e o Fleury, e empresas como Amil e Bradesco<sup>20</sup>. (ANDREAZZI, p. 278, 2013).

<sup>44</sup> Vide: Capítulo I, tópico 1.4.

propostas presentes na base de sustentação do sistema de saúde brasileiro. Em sua essência, a integralidade deveria “[...] tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos, em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde [...]” (Op. cit.).

Em seguida, Silva & Magalhães Jr. (2011), aportados em Mattos (2001) & Magalhães Jr. (2006), sustentam que, com claro sentido operacional, vários são os significados atribuídos à integralidade na atenção à saúde. Nessa perspectiva, os autores enfatizam que a integralidade pode ser pensada a partir de três conceitos:

- Com um sentido vertical:

[...] com a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades, algumas delas expressas em demandas objetivas e perceptíveis; é a visão holística a ser buscada em cada contato do usuário com o sistema de saúde [...] (p. 73).

- Com um sentido horizontal e numa perspectiva de implementação de redes:

[...] é a chamada integralidade horizontal [...]. Trata-se da possibilidade de atingir, na plenitude, o sentido anterior de integralidades, que não necessariamente será obtida em um único serviço ou contato com o sistema, mas exigirá uma sequência de pontos de atenção com padrões tecnológicos próprios, que, articulados, caminham rumo à produção do cuidado integral [...] (p. 73).

- E de interação entre as diversas políticas. Refere-se à atenção intersetorial em saúde:

[...] retornando ao conceito fundante da saúde pública – de que saúde é produto de diversas políticas públicas e de condições historicamente acumuladas, com determinações sociais. É o sentido próprio da saúde coletiva, agora expresso de outra forma, com a saúde sendo produto e produtora de políticas integradas [...] (p. 74).

Desse mosaico reflexivo, concluem pelo não esgotamento das análises sobre o marco conceitual, mas clarificam suas contribuições com o debate sobre a importância e as possibilidades de construção de redes de atenção à saúde no sentido de se propiciar a integralidade com base na matriz construída como indicativo por Magalhães Jr. (2016). Segundo este autor, tal matriz apresenta indicadores e analisadores que propiciam visualizar aquilo que pode ser apreendido como “indícios de integralidade”. Esta aparece aqui, “[...] novamente, como uma

grande utopia do sistema a ser buscada permanentemente, construída e reconstruída em momentos históricos diferentes e evolutivos [...]” (p. 75), ou seja, considera-se que esta deva ser pactuada em determinados momentos e para situações precisas de modo a possibilitar o padrão de integralidade na atenção.

Nesse sentido, Magalhães Jr. (2016) sintetiza a integralidade manifestada nas seguintes dimensões, como segue: suficiência de recursos materiais; articulação e integração das redes; regulação assistencial pública; atendimento às necessidades dos usuários; e impacto no quadro de saúde da população.

Quanto à suficiência de recursos, partimos do entendimento de que se um sistema não dispõe destes em condições de fazer frente às demandas na atenção à saúde, dificilmente se conseguirá promover o atendimento integral. Esta questão passa pelo financiamento que, como vimos anteriormente, tem relação com as questões políticas, sobretudo no que se refere em quê e onde investir.

Em relação à articulação e integração das redes, entendemos que, se o sistema se encontra em condições suficientes de atender determinada realidade, deve-se necessariamente: a) propiciar a descrição do conjunto da rede de serviços formalmente; b) se esta descrição é de conhecimento de todos (gestores, trabalhadores e, sobretudo, usuários); c) se os papéis de cada ponto da rede estão bem pactuados; d) se há coerência entre o sistema de informação e o desenho da rede; e) se existem linhas temáticas de cuidado bem descritas e monitoradas.

Ademais, destaca que para ser integral (e bem articulada) a rede deve ser regulada publicamente, o que exige o arcabouço jurídico como poderosa ferramenta pública de regulação. Com essas características, aliadas ao atendimento às necessidades dos usuários e impacto no quadro de saúde da população, pode se falar em atenção integral ou aproximações da integralidade no atendimento.

Quanto à busca de atendimento às necessidades dos usuários, esta nos é ilustrada com a seguinte assertiva: “[...] o sistema de saúde torna-se realmente integral quando faz sentido para o usuário no momento e em determinada necessidade atendida [...]” (MATTOS, apud SILVA & MAGALHÃES Jr., 2011, p. 77). Por fim, o impacto no quadro de saúde da população pode ser verificado mediante a melhoria concreta em suas condições de saúde e de vida (avaliação/monitoramento) num movimento contínuo de acompanhamento das ações/atividades, traduzidas em bens e serviços em saúde pública.

Esses pressupostos ancoram-se ainda no estabelecimento dos vínculos necessários à atenção integral nos sistemas de saúde. Pressupõe, portanto, “[...] relações de longa duração entre os usuários e os profissionais de saúde” (SILVA & MAGALHÃES Jr., 2011, p. 77). Mediante tais vínculos, é possível construir relações de confiança de modo a humanizar os contatos firmados no cotidiano dos usuários e profissionais mediados pelo acesso à saúde. Para os autores, estes vínculos devem ser criados com as equipes da atenção primária, em razão do contato imediato que estes têm com os usuários dos serviços de saúde a exemplo dos profissionais da ESF.

Por último, mas não menos importante, o argumento apresentado por Silva & Magalhães Jr. (2011), sobre a importância das redes, volta-se para o que poderíamos chamar de eficiência econômica em razão dos custos crescentes no tratamento de doenças. Consideram que o aumento expressivo do envelhecimento populacional tende a ampliar os gastos com a saúde, assim como o aumento das doenças crônicas e a incorporação tecnológica (equipamentos de alta tecnologia, etc). O estabelecimento das redes de atenção em saúde corrobora para atenuar os gastos excessivos, pois a redução destes nos sistemas de saúde organizados em rede é mais constatável do que nos sistemas burocratizados e compartimentalizados. Para os autores isto se daria em decorrência de duas medidas de economia: 1) a relativa à *economia de escala*; e a 2) relativa à *economia de escopo*.

Resumidamente, podemos dizer que a economia de escala refere-se à economia adquirida pelo equacionamento na relação *volume de procedimentos e atividades realizadas pelo serviço*. O entendimento a que os autores chegam é de que: “[...] Idealmente, existe uma relação entre oferta assistencial, produção e necessidades que deve ser considerada” (Ibid, p. 79). Em outras palavras, se uma unidade de atenção à saúde por meio de sua gestão não atenta para essas questões, isso pode provocar ineficiência na oferta de bens e serviços. Trata-se da ociosidade na oferta de bens e serviços quando a soma das necessidades é inferior ao que se disponibiliza para atendimento. Ademais, deve-se considerar a eficiência econômica sem desprezo à acessibilidade aos referidos dispositivos de atenção o que é válido para todos os níveis de complexidade.

Silva & Magalhães Jr. (2011) afirmam que *escopo* refere-se à variedade de serviços. No contexto da saúde, a economia de *escopo* diz respeito, sobretudo, às unidades hospitalares ou de diagnose e terapia ambulatorial, cujos recursos materiais e humanos em sua diversidade contribuem para redução de gastos<sup>45</sup>.

O papel das redes de atenção, enquanto instrumento voltado para a oferta de bens e serviços em saúde de maneira integralizada, mostra-se como fundamental na medida em que possibilita uma redefinição nas formas de atendimento com resultados efetivos para os cidadãos e cidadãs. Esta redefinição apresenta-se de forma concreta no cotidiano dos usuários das políticas de saúde, com especial atenção da Saúde Auditiva, quando se constata a mudança na qualidade das condições de vida e saúde desses sujeitos<sup>46</sup>.

É com esse entendimento que endossamos a importância da organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde e em particular da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência. Essas redes, no contexto do SUS, configuram-se como:

[...] **ações e serviços** de promoção, prevenção e proteção à saúde. É o que a Constituição estabelece em seu art. 198 ao dizer que a todas as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada; essa mesma expressão 'ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde' também está inserta no art. 196 da CF (SANTOS & ANDRADE, 2011, p. 36-37, grifos dos autores).

Santos & Andrade (2011) destacam, ainda, que as redes são sinônimo de integração e, em não havendo integração, não há rede. Sustentam, aportados em Contandriopolos (2004), “[...] a importância da integração de todos os elementos de uma rede (integração funcional, clínica, de cuidados, normativa e sistêmica) que é o que a torna capaz de operar de forma sustentável” (ibid, p. 37-38).

Para entender essa lógica concretamente, vejamos o que versava a Portaria nº 587/04, atinente às normas para o atendimento em saúde auditiva. De acordo

---

<sup>45</sup> Vide: SILVA, Silvio Fernandes da; & Magalhães Jr. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: \_\_\_\_\_ TEIXEIRA, Silvio Fernandes (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

<sup>46</sup> Em pesquisa realizada em Manaus em 2010, constatou-se, por exemplo, que apesar das adversidades: “Os pesquisados que se encontram em processo de reabilitação com uso de aparelho auditivo informaram ter obtido alguns ganhos com a protetização, porém chama atenção os depoimentos que referem-se a necessidade de melhoria do aparelho, o qual deveria ter um molde mais flexível” (SILVA, 2010, p. 59).

com essa portaria, ficariam definidas as seguintes condições para o fluxo de atendimento de acordo com seus respectivos níveis de atenção:

[...] As Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica compreendem ações de promoção à saúde auditiva, de prevenção e identificação precoce de problemas auditivos junto à comunidade, assim como ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade [...].

[...] O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade constitui-se na primeira referência para a atenção básica e contra referência do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. [...] Deverá realizar triagem, e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares; diagnóstico de perda auditiva de crianças a partir de três anos de idade, de jovens e de adultos (trabalhadores e idosos), respeitando as especificidades na avaliação exigidas para cada um desses segmentos [...].

[...] O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade constitui-se na referência para o diagnóstico das perdas auditivas e sua reabilitação em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas [...], perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. Tem como finalidade prestar assistência multiprofissional especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva [...]. (BRASIL, 2004, p.03).

Com essa estrutura e a organização nos três níveis de atenção à saúde, o atendimento tenderia a se concretizar mediante ações e serviços destinados às pessoas com deficiência auditiva numa perspectiva integralizada. Requereria a disposição da rede de forma “hierarquizada” e regionalizada para a prestação de serviços de acordo com as demandas e necessidades de saúde e as formas de intervenção determinadas pela Política Nacional de Saúde, da qual o SUS é a maior expressão. Logo, as ações e serviços devem estar articuladas entre si – o que só se torna possível por meio das redes de atenção -, de modo a promover o efetivo acesso em todos os níveis em consonância com os critérios de atenção à saúde auditiva.

Essa perspectiva é endossada por Dayrell & Januário (2010), ao enfatizarem que esta atenção se realizaria segundo um processo gradativo que envolveria a articulação entre os três níveis de atendimento. Assim:

No nível primário, a população [deveria] ter acesso a informações e orientações sobre a audição e prevenção de perdas auditivas, aos programas de detecção precoce das alterações e às ações preventivas como vacinas e uso de equipamentos de proteção individual. A atenção secundária [compreenderia] os exames audiológicos básicos necessários para o diagnóstico das perdas auditivas e consultas especializadas com fonoaudiólogos e otorrinolaringologista. Já a atenção terciária [envolveria] a

adaptação de AASI e, em nível hospitalar, os implantes cocleares<sup>47</sup> (p. 160-161).

A forma como se configuraria a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Auditiva, portanto, responderia por atender as especificidades de cada usuário nos distintos níveis de complexidade, coadunando-se com a integralidade no atendimento. A atenção primária tomaria como referência a equipe técnica na Média Complexidade para que a atenção se processasse de modo a atender às requisições em Saúde Auditiva com vistas à reabilitação.

No que se refere à atenção básica, por exemplo, estas ações deveriam voltar-se para a promoção, prevenção e identificação de problemas relacionados à saúde auditiva (MANZONI & ALMEIDA, 2010). Sendo assim, a atenção à Saúde Auditiva na baixa complexidade envolveria a disponibilidade de equipamentos que pudessem dar conta dessas demandas<sup>48</sup>. Para a Academia Brasileira de Audiologia (2011), no contexto da atenção primária, a inclusão do profissional de fonoaudiologia junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, a partir de 2008 junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mostrar-se-ia como primordial, pois o mesmo passaria a exercer papel fundamental na atenção à saúde auditiva mediante ações de orientação junto à equipe da atenção básica<sup>49</sup>.

Ademais, para efeito de materialização do que estava determinado na Portaria complementar 587/04, as instituições credenciadas e habilitadas junto ao SUS a prestar estes serviços deveriam dispor de uma equipe técnica mínima necessária.

---

<sup>47</sup> Atualmente, o Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), da Universidade Federal do Pará (UFPA), é o único hospital da Região Norte do Brasil a realizar a cirurgia de implante coclear, considerada de alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, 2016).

<sup>48</sup> As equipes da atenção básica [deveriam] estar devidamente capacitadas podendo recorrer ao apoio técnico das equipes dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade para a execução das seguintes ações: a) Atenção à gestante; b) Atenção à criança e ao adolescente; c) Atenção ao adulto; d) Encaminhamento dos casos com suspeita de perda auditiva para consulta otorrinolaringológica e avaliação audiológica completa, em Serviço de Saúde Auditiva de Média Complexidade; e) Identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa portadora de deficiência auditiva (centros culturais, escola, trabalho e outros); f) Realização de estudos epidemiológicos para nortear as ações de acordo com a necessidade da comunidade. (Op. cit).

<sup>49</sup> O Fonoaudiólogo e demais profissionais que atuam no NASF organizam suas ações a partir do reconhecimento do território no qual a equipe de saúde que apóia atua (área, população, número de domicílios, tipos de habitação, tipos de instituições públicas (escolas, creches, delegacia), representação da sociedade civil (associações de moradores, Conselhos de Saúde, conselhos de pais da escola, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente) e presença de organizações não-governamentais (ONGs) para realizar seu trabalho (ABA, 2011, p. 16).

Na Média Complexidade, exigia-se uma equipe mínima composta por: 01 (um) otorrinolaringologista, 04 (quatro) fonoaudiólogos, 01 (um) assistente social e 01 (um) psicólogo. Já a Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade terá sua equipe formada por 02 (dois) otorrinolaringologistas, 01 (um) neurologista ou neuropediatra, 01 (um) pediatra, 06 (seis) fonoaudiólogos, 01 (um) assistente social e 01 (um) psicólogo.

Com esse quadro técnico, a operacionalização das ações e serviços na média complexidade poderia “[...] protetizar no máximo 60 (sessenta) pacientes/mês, devendo garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação, fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual – AASI e terapias)” (BRASIL, 2004, p. 10). Quanto à Alta Complexidade, o quadro técnico propiciaria a protetização “[...] no máximo [de] 100 (cem) pacientes/mês, devendo garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação, fornecimento de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI e terapias)”. (Ibid, p. 12).

Destaca-se que, com o fornecimento do AASI ao usuário, o processo de utilização, adaptação, verificação de desempenho, etc., como também, os demais elementos de acompanhamento, deveriam ser implementados seguidos do monitoramento por parte dos profissionais que prestam este serviço. O papel do Estado quanto ao monitoramento é fundamental, uma vez que se preza pela qualidade na oferta dos bens e serviços. Dessa forma, a disponibilização de todos os recursos necessários à promoção da Saúde Auditiva é inquestionável. Nesse contexto é que situamos o CER III como instância privilegiada de atenção às demandas por Saúde Auditiva.

Camargo (2005) pontua que:

[...] a produção física e financeira das Unidades Federadas, dos procedimentos em saúde auditiva, do período de janeiro a julho de 2004, e concluiu que todas as unidades federadas necessitavam aprimorar a organização da rede de saúde auditiva, seja pela adequação do número de serviços, com vistas à equidade de acesso, “seja pela prestação de serviços propriamente dita, onde se espera uma ênfase ao monitoramento (acompanhamento e/ou terapia fonoaudiológica) dos pacientes protetizados” (apud DAHER & PISANESCHI, 2010, p. 18 grifos dos autores).

Como se pode perceber, a integralidade na atenção à Saúde Auditiva guarda relação com a consolidação da rede, a qual pode ser visualizada como resultado do processo de aprimoramento da organização da prestação de bens e serviços neste âmbito. A abordagem desenvolvida por Camargo (2005) sinalizava essa necessidade tendo em vista o atendimento das demandas em Saúde Auditiva e mais recentemente, objetiva-se, pela configuração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no contexto do *Plano Viver Sem Limite (2011-2012*<sup>50</sup>).

A autora destaca, igualmente, a existência de um déficit na Região Norte em relação ao quantitativo de serviços de saúde habilitados. A Região Norte apresentava, até 2009, somente 33% do total de serviços previstos com habilitação junto ao Ministério da Saúde, em contraste com as demais regiões as quais apresentavam os seguintes percentuais: no Centro-Oeste foram habilitados 80%, no Nordeste 85%, no Sudeste 100% e no Sul 100% (DAHER & PISANESCHI, 2010). Essa situação tem inflexões na qualidade de vida da população que demanda por esses bens e serviços, já que a cobertura da atenção em saúde auditiva está deficitária.

A edificação da rede de serviços voltados para a saúde auditiva na Região Norte mediante a regionalização da atenção – como vimos destacando – apresentar-se-ia como uma das formas de se buscar superar esse déficit – responsabilidade esta que passara a ser absorvida pela estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da qual o CER III é parte e expressão.

---

<sup>50</sup> A portaria nº 793/2012 Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Seus objetivos gerais são definidos pelo Art. 3º da referida portaria, a saber: I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. Em seu Art. 4º encontram-se os seguintes objetivos específicos, vejamos: I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2016).

No estado do Amazonas, por exemplo – e em particular na cidade de Manaus –, a prestação de serviços de atenção à saúde auditiva se materializa mediante ações e serviços desenvolvidos na esfera pública e privada, segundo informações do Sistema de Regulação de consultas e exames de média e alta complexidade do Amazonas/SISREG – AM. (SILVA, 2010<sup>51</sup>).

Consideramos haver avanços nas ações e serviços voltados para o segmento das pessoas com deficiência, sobretudo para as que demandam por atenção em Saúde Auditiva na capital do Amazonas. Entretanto, a incipiente estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ainda tem se limitado à região metropolitana do Estado. Nesse sentido, a não estruturação e organização da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência de forma regionalizada tende a inviabilizar o atendimento integral necessário a um segmento que traz consigo a marca da exclusão social dentre os quais destacamos aqueles que demandam por Saúde Auditiva.

Por outro lado, a integralidade pensada e inserida como princípio doutrinário na LOS deve ser buscada cotidianamente o que exige conhecimento e, com base neste, os meios necessários à construção de uma política de atenção à saúde auditiva substantiva e que somente nos será possível mediante a estruturação, organização, implantação/implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Amazonas da qual o CER III se mostra como instância privilegiada de atenção à saúde auditiva.

---

<sup>51</sup> [...] em Manaus, em 2009, foi implantado o Complexo Regulador, a partir do qual é possível articular não apenas o acesso a consultas e exames de média e alta complexidade, mas também, definir protocolos assistenciais e outras medidas de monitoramento e avaliação da assistência à saúde. A face mais comum desse Complexo Regulador é o Sistema de Regulação de Consultas e exames, comumente conhecido como SISREG/AM. Esse sistema tem como pressuposto o acesso do usuário ao agendamento de exames e consultas de forma 'simplificada', equânime, ordenada, oportuna e qualificada. Porém, no cotidiano das unidades de saúde o usuário depara-se com inúmeras dificuldades no acesso aos serviços. (SILVA, 2010, p. 41)

## **CAPÍTULO III**

### **A SAÚDE AUDITIVA EM MANAUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA, FÍSICA E VISUAL (CER III)**

A deficiência auditiva é uma das dificuldades que mais atingem a população que envelhece e, também, é uma das mais incapacitantes.

Teixeira et al. (2008, p. 357)

Neste terceiro capítulo, faremos o aprofundamento da discussão e análise dos dados acerca dos desafios e perspectivas na atenção à saúde auditiva no Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III), em Manaus. Nesse sentido, realiza-se a análise considerando três eixos, pormenorizando a descrição e crítica simultânea, com relação intrínseca entre ambos, os quais dão forma e conteúdo aos tópicos deste capítulo. São estes:

Eixo 01: Conhecendo os serviços de atenção à Saúde Auditiva em Manaus – organização dos serviços no município verticalizando-se para a atenção em saúde auditiva na referência e contra referência em relação ao CER III.

Eixo 02: O Lócus da pesquisa: CER III – Infraestrutura, recursos Humanos e Materiais onde se desvela as ações e serviços oferecidos no CER III, bem como sua natureza e operacionalização.

Eixo 03: Os desafios e perspectivas na atenção à saúde auditiva a partir da visão da equipe técnica do CER III.

#### **3.1 Conhecendo os serviços de atenção à Saúde Auditiva em Manaus**

A cidade de Manaus, capital do Estado do Amazonas, situa-se na região Norte do Brasil. É a maior cidade desta região. Possui uma área equivalente a 11.401,092km<sup>2</sup>, o que corresponde a 0,7258% do território do estado. De acordo com o IBGE (2013), estima-se sua população em 1.982.179 habitantes, com densidade demográfica de 165,93 pessoas por km<sup>2</sup>. Esse contingente representa,

atualmente, 51,24% da população do Amazonas, 11,32% da Região Norte e 0,91% do Brasil. É a 7ª cidade mais populosa da federação (MANAUS, 2014a<sup>52</sup>).

Manaus dispõe de uma estrutura física de estabelecimentos de saúde conformadas pelas redes Municipal e Estadual de Saúde, as quais são complementadas pela iniciativa privada. Nessa perspectiva, interessa-nos identificar a estrutura física de atenção à saúde no contexto do SUS em Manaus. Para isso, tomamos como referência os dados contidos no Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017), os Relatórios de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (2014) e o Relatório Estadual de Saúde do 3º Quadrimestre de 2014, por serem os documentos institucionais mais atualizados, disponíveis nos sites das respectivas secretarias.

O município conta atualmente com a disponibilização de bens e serviços em saúde pública espargidos em cinco distritos, tendo em vista o atendimento das demandas individuais e coletivas. A constituição desses distritos remonta à década de 90 do século passado. Logo:

[...] com base nos pressupostos da municipalização da saúde, Manaus passou a implantar mudanças no que diz respeito a estruturas de reorganização do sistema de saúde baseado na nova conjuntura emergente do país. Foi estabelecido o processo de zona sanitária espacial, que foram preconizados por um novo modelo assistencial de cuidados da população, ou seja, a adoção de sistema de saúde local em forma de distritos sanitários, baseados em critérios geográficos e demográficos. [Todavia] [...] não foram considerados [...] o perfil epidemiológico da população no que diz respeito à distribuição do processo saúde – doença, e de seus fatores determinantes (ALVES & CYRINO 1998 apud LUNA & OLIVEIRA, 2010, p. 93-94):

Entretanto, somente em 2001, houve a efetiva regulamentação dos distritos de saúde, tendo como fundamento a Lei Municipal nº 590, de 13 de março de 2001. Luna & Oliveira (2010) destacam que esses distritos são materializados tardiamente

---

<sup>52</sup> Localizada à margem esquerda do Rio Negro, limita-se ao Norte com o município de Presidente Figueiredo, ao Sul com os municípios de Careiro da Várzea e Iranduba, a Oeste com Novo Airão e a Leste com os municípios de Itacoatiara e Rio Preto da Eva. A população da cidade está distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-sul, Centro-oeste e Rural), sendo entrecortada por inúmeros igarapés alguns dos quais nascem ou atravessam florestas, todos cruzando sua área urbana, os quais sofreram, durante anos, o lançamento de resíduos poluentes que atingiram vários bairros das diferentes zonas geográficas da cidade. Segundo o Centro de Pesquisa de Recursos Minerais (2004) as áreas críticas em Manaus estão situadas em vários pontos da cidade dentre os quais os igarapés do São Raimundo, Mindú, Bindá, Franceses, Bolívia, Matrinxã, Tarumanzinho, Quarenta, Educandos, Mestre Chico, Manaus, Bittencourt, Franco e outros, cujas áreas estão inseridas no Programa Socioambiental dos Igarapés de Manaus – PROSAMIM, que vem promovendo o saneamento ambiental e social destas áreas (MANAUS, 2014a, p. 05).

e isto se deveria à “[...] resistência das estruturas governamental políticas local de aderir ao SUS no que diz respeito a sua implementação e efetivação”. (p. 95). Em tal caso, concorda-se com as autoras, pois o entendimento que fazemos sobre a legitimidade conferida aos distritos de saúde refere-se à sua regulamentação, o que envolve o papel do município e suas distintas instâncias burocráticas enquanto ente responsável por tal processo, uma vez que a emergência desses distritos se deu na década de 90. Ademais, estas dificuldades de implementação do SUS pós 1988, já foram mencionadas destacadas por Campos (2003) quando consideramos as heranças presentes no desenvolvimento do setor de saúde no Brasil.

A título de ilustração, é possível visualizar os distritos de saúde situados no espaço geográfico manauara. Nesses distritos, estariam distribuídos 519 (quinhentos e dezenove) estabelecimentos de saúde de acordo com os três níveis de atenção no SUS: baixa, média e alta complexidade, apresentados na figura a seguir:



**Figura 03**– Mapa dos distritos de saúde manauaras  
 Fonte: Manaus (2014b)

Para termos maior clareza quanto ao papel dos distritos na atenção à saúde em Manaus, vejamos os dados disponíveis no Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017).

De acordo com o PMS (2014-2017), assim se expressa o quantitativo populacional segundo cada distrito de saúde, considerando a variável sexo, a saber: Distrito Norte com 551.150 (subtotal), dos quais 271.006 são do sexo masculino e 280.144 do sexo feminino; Distrito Sul com 483.156 (subtotal), dos quais 229.929 são do sexo masculino e 253.227 do sexo feminino; Distrito Leste com 492.732 (subtotal), dos quais 245.543 são do sexo masculino, e 247.189 são do sexo feminino; Distrito Oeste com 442.106 (subtotal), dos quais 213.680 são do sexo masculino e 228.426 são do sexo feminino; e Distrito Rural com 13.035 (subtotal), dos quais 5.492 são do sexo masculino e 4.554 são do sexo feminino. Totalizando, respectivamente, 965.650 homens + 1.013.540 mulheres, 1.982.179 habitantes nesses espaços<sup>53</sup>.

Esse quantitativo de usuários, *a priori*, lançaria mão dos “519” estabelecimentos de saúde dos quais 349 estavam sob a responsabilidade do município, 142 sob a responsabilidade do Estado e 28 estariam sob a gestão tanto municipal quanto estadual, de acordo com o Relatório Anual de Gestão (2014) do município de Manaus, segundo o tipo de gestão. As informações contidas no relatório supracitado dão conta de que, até 2014, quanto ao tipo de gestão, o sistema de saúde manauara apresentava a seguinte constituição, como segue o arquivo<sup>54</sup>:

- 02 Centrais de Regulação (01 municipal e 01 estadual); 01 Central de Regulação Médica das Urgências municipal; 03 Centros de Atenção

---

<sup>53</sup> Estimativa de acordo com o IBGE (2013). A estimativa populacional para o ano 2015 era de 2.057.711.

<sup>54</sup> Essas informações sobre a quantidade física de estabelecimentos de saúde em Manaus apresentam-se no Relatório Anual de Gestão 2014. Optou-se pela utilização desses dados em razão deste relatório já ter sido aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e submetido ao Ministério da Saúde. Este é construído por meio da ferramenta Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão no âmbito do SUS (SARGSUS). Dentre as inúmeras informações prestadas estão àquelas relativas à rede física de saúde, pública e privada, prestadoras de serviços ao SUS. Além disto, com a aprovação dos relatórios infere-se que os dados já passaram por algum tratamento nos permitindo atribuir maior fidedignidade às informações. (MANAUS, 2014b). Quanto aos dados do Relatório Estadual de Saúde do 3º Quadrimestre de 2014, utilizamos o mesmo por fazer referência ao ano de 2014 cujas razões já foram expostas anteriormente, ou seja, o fato de serem relatórios mais atualizados à disposição nos sites das respectivas secretarias.

Psicossocial (02 municipais e 01 estadual); 239 Centros de Saúde/Unidade Básica (226 municipais, 01 estadual e 12 com dupla gestão); 39 Clínica/Centro de Especialidade (06 municipais e 30 estaduais e 03 com dupla gestão); 19 Cooperativas ao nível de estado; 01 Farmácia estadual; 18 Hospitais Especializados (01 municipal e 13 estaduais e 04 com dupla gestão); 17 Hospitais Gerais(13 estaduais e 04 com dupla gestão); 14 Policlínicas (07 municipais, 09 estaduais e 02 com dupla gestão); 18 Postos de Saúde Municipais; 09 Serviços de Pronto Atendimento (06 estaduais e 03 com dupla gestão); 01 Pronto Socorro Geral Estadual; Secretaria de Saúde (06 departamentos municipais e 02 estaduais); 01 Telessaúde estadual; 43 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (Sadt Isolado – 05 municipais e 38 estaduais); 03 Unidades Municipais de Atenção à Saúde Indígena; 02 Unidades de Vigilância em Saúde(01 municipal e 01 estadual); 66 Unidades Municipais Moveis de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência; 05 Unidades Moveis Fluviais(01 municipal e 04 estaduais) e 06 Unidades Moveis Terrestres (05 municipais e 01 estadual)<sup>55</sup>.

Inferimos que, com a distribuição espacial desses estabelecimentos de saúde entre os referidos distritos, isso permitiria, à primeira vista, maior presença do município na oferta de bens e serviços aos usuários do SUS, propiciando atender as diversas demandas nos espaços em que se situam<sup>56</sup>. Há de se destacar que a oferta física de atenção à saúde, mediante a organização espacial não implica necessariamente o atendimento integral e a qualidade indispensável à atenção à saúde como pressupõe o SUS. Mas, ainda assim, nos permite vislumbrar a grande dimensão deste sistema na capital amazonense.

Já sinalizamos a grandeza do SUS no Capítulo I e, com a vênua de Paim (2009), reafirmamo-la quando o mesmo destaca que: “Tudo é muito grande no SUS. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangente, por meio do Programa

---

<sup>55</sup> Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde atualmente Manaus dispõe de 1387 estabelecimentos de saúde em atividade. Sujeito à alteração. (CNES, 2016).

<sup>56</sup> Para efeito de esclarecimento, as unidades de saúde do município de Manaus estão detalhadas nos anexos Pontos de Atenção a Saúde - Atenção Primária a Saúde/SEMSA - MANAUS, 2015. As informações referem-se até o período de março de 2015 (Pesquisa Documental, julho de 2016).

Saúde da Família” (PAIM, 2011a, p. 76). Com a emergência do PSF em 1994, suas intervenções se voltavam para a integração entre ações preventivas e curativas. A partir de 2006, com a formalização da Política Nacional de Atenção Básica, propôs-se que o PSF fosse utilizado como estratégia de reorganização dessa atenção, a qual têm se materializado a nível local, sobretudo, por meio das ações municipais. Os distritos de saúde são espaços em que o PSF tem se realizado também na cidade de Manaus, razão pela qual os destacamos.

Como podemos perceber, os dados apresentados mostram-se de forma expressiva, principalmente em relação aos Hospitais Gerais<sup>57</sup>, como podem ser visualizados no quadro abaixo, no qual é possível distinguir os estabelecimentos de saúde de acordo com o tipo de gerência. Essa expressividade não é constatada no cotidiano dos manauaras, visto que a população em geral não consegue fazer distinção entre os estabelecimentos de saúde, sobretudo aqueles mantidos por instituições privadas (e pelos convênios com o Ministério da Saúde) que promovem atenção à saúde pública. É o caso dos 98 estabelecimentos também presentes no Quadro 07.

<b>Tipo de Estabelecimento e Esfera Administrativa (Gerência)</b>				
<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Total</b>	<b>Municipal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Dupla</b>
<b>Privada</b>	98	0	96	2
<b>Federal</b>	9	4	5	0
<b>Municipal</b>	347	344	2	1
<b>Total</b>	520	349	143	28

**Quadro 07** - Esfera Administrativa (Gerência)

**Fonte:** Manaus (2014b)

Com o processo de descentralização da política de saúde, a partir da NOB-SUS 01/96 instituída pela Portaria Nº 1.742/1996/MS, sobressai o papel dos

<sup>57</sup> Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde 2016, atualmente a capital do Amazonas dispõe de 24 Hospitais Gerais, a saber: Clínica Dr. Lisboa, clínica Santa Monica LTDA, Clínica São Lucas, Fundação de Medicina Tropical, Fundação Hospital Adriano Jorge, Hospital Adventista de Manaus, Hospital Da Aeronáutica de Manaus, Hospital e Maternidade Santo Alberto LTDA, Hospital e P S Dr. Joao Lucio P Machado, Hospital e Pronto Socorro da Criança Zona Oeste, Hospital e P S Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo, Hospital Geraldo Da Rocha, Hospital Infantil Dr. Fajardo, Hospital Maternidade Unimed, Hospital Nilton Lins, Hospital Português, Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto, Hospital Santa Julia, Hospital Unimed Parque das Laranjeiras Hupl, Hospital Universitário Getúlio Vargas, Instituto de Medicina Intensiva LTDA, Pronto Socorro da Criança Zona Sul, SAMEL e SPA Hospital e Maternidade Chapot Prevost (CNES, 2016). Reflete a relação público-privada na oferta de atenção à saúde em Manaus.

municípios na efetivação das ações e serviços locais. Em outras palavras, “[...] cada município do país tem como responsabilidade sanitária a produção organizada e eficiente das ações de saúde [...]” (CARVALHO & MEDEIROS, 2011, p. 141). Estas podem ser identificadas a partir da presença dos distritos de saúde em Manaus.

Os dados dispostos na tabela acima servem para situarmos a relação entre população demandante por serviços de saúde, a quantidade de estabelecimentos voltados para dar conta dessas demandas, igualmente, para entender o atual quadro de atenção em saúde na referida cidade, ou seja, conhecer a rede física prestadora de serviços ao SUS.

Em relação à atenção básica, se tomarmos como referência a população de 1.982.179 habitantes em 2013 e relacionarmos com os dados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e do IBGE (2015), referentes ao ano de 2014 (dezembro), constataremos a existência de um déficit na atenção primária, pois dispomos de apenas 655.500 pessoas contempladas com as equipes da ESF existentes em Manaus, as quais estariam vinculadas aos 239 Centros/Unidades de Saúde já mencionados.

Revela-se, portanto, a existência do cadastro de 200 ESF Mód. I e de 200 ESF Mód. II com implantação, respectiva de 125 e 95 ESF em Manaus. Essa discrepância é evidenciada quando tomamos como base as prescrições do MS que preveem que o PSF deve ser desenvolvido em microáreas com abrangência definida, devendo acompanhar de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4500 pessoas por equipe (BRASIL, 2015).

Já os dados mais atuais, de dezembro de 2015, nos dão conta de que a estimativa da população coberta pelo ESF nesta capital era de 658.950 pessoas, com uma elevação de 3.450 contempladas. Ainda assim, o déficit se faz presente posto que para que, efetivamente, houvesse a cobertura plena na atenção básica o município deveria dispor de aproximadamente 441 equipes de ESF, de modo a contemplar os 1.982.179 habitantes manauaras no período estudado<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup>Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se: I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e

Outra questão refere-se à relevante presença da iniciativa privada, quando da existência de 98 estabelecimentos geridos pelo estado, dentre os quais destacamos alguns hospitais e clínicas especializadas outrora mencionadas: dois estabelecimentos com dupla gerência, prestando bens e serviços individuais e coletivos no contexto da saúde pública. Isto equivale a 18,85% dos estabelecimentos de saúde em Manaus que, não diferentemente do restante do país, remete “à contradição do SUS em processo<sup>59</sup>” (OCKÉ-REIS, 2014). Por outro lado:

No Município de Manaus os serviços de saúde estão organizados em duas redes, uma rede municipal e outra estadual. A maioria dos serviços da rede municipal desenvolvem ações de atenção primária, por ser a SMS responsável pela gestão da atenção básica [...]. Porém, esta secretaria oferta também serviços especializados, através dos Centros especializados, Policlínicas, Laboratórios de Apoio Diagnóstico, Exames de Imagem e um Hospital especializado (Maternidade). A rede de serviços de Média e Alta complexidade está sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Entretanto, alguns serviços de atenção básica estão sob a gestão da SES. (MANAUS, 2014b, p. 10)

Notamos que a articulação entre as esferas municipal e estadual, para dar conta da cobertura em saúde, é de suma importância como fundamental, ainda que se identifiquem inúmeras limitações para que se efetive o atendimento integral conforme os pressupostos do SUS. Aliás, a regionalização da atenção determina o estabelecimento da pactuação entre os entes federados de modo que a oferta das ações e serviços em saúde se materialize junto aos cidadãos e cidadãs.

Consoante com o Relatório Estadual de Saúde do 3º Quadrimestre de 2014, em se tratando da atenção à saúde por meio da rede estadual, em 2014, esta se apresentava tal qual o detalhamento no quadro abaixo.

---

diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2011)

<sup>59</sup>Entrevista concedida à Fernandes de Lima para a PenseSUS em 21 de março de 2014. Disponível em <<http://pensesus.fiocruz.br/entrevista-carlos-oct>>. Acesso em 15 jun. 2016.

<b>Detalhamento da Rede Estadual na Capital do Amazonas – 2014</b>	
<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA (CAIC)</b>	<b>POLICLÍNICAS</b>
CAIC Afrânio Soares CAIC Alberto Carreira CAIC Alexandre Montoril CAIC Corina Batista CAIC Crisolita Torres CAIC Dr. Edson Melo CAIC Gilson Moreira CAIC José Carlos Mestrinho CAIC Dr. José Contente CAIC D. Moura Tapajós CAIC Dr. Paulo Xerez CAIC Rubim de Sá	Policlínica Antônio Aleixo Policlínica Codajás Policlínica Cardoso Fontes Policlínica João dos Santos Braga Policlínica Zeno Lanzini Policlínica Gilberto Mestrinho
	<b>SPA E POLICLINICA</b>
	Policlínica e SPA Danilo Corrêa norte Policlínica e SPA Dr. José Lins oeste
<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À MELHOR IDADE (CAIMI)</b>	<b>SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)</b>
CAIMI Ada Rodrigues Viana CAIMI André Araújo CAIMI Paulo Lima	SPA Alvorada oeste SPA Coroado leste SPA Eliameme Mady norte SPA Joventina Dias oeste SPA São Raimundo oeste SPA Zona Sul
<b>CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)</b>	
CAPS Silvério Tundis	
<b>SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)</b>	<b>SPA E MATERNIDADE</b>
SRT Lar Rosa Blaya	SPA e Maternidade Chapot Prevost leste
<b>HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO DA CRIANÇA</b>	<b>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)</b>
HPSC Zona Leste HPSC Zona Oeste HPSC Zona Sul	UPA Campos Sales
	<b>FARMÁCIAS POPULARES</b>
	Farmácia Popular Santa Etelvina Farmácia Popular Compensa Farmácia Popular Centro Farmácia Popular Cidade Nova Farmácia Popular São José
<b>HOSPITAL E PRONTO-SOCORRO ADULTO</b>	<b>PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO</b>
HPS 28 de Agosto HPS Dr. João Lúcio P. Machado HPS Dr. Aristóteles Platão Araújo	PS do Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz
<b>HOSPITAL ADULTO</b>	
Hospital Geral Dr. Geraldo da Rocha leste	<b>FUNDAÇÕES DE SAÚDE</b>
<b>HOSPITAIS INFANTIS</b>	Fundação Alfredo da Matta – FUAM Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ Fundação Centro de Oncologia – FCECON Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – FHMOAM Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado – FMT-HVD Fundação Vigilância em Saúde do Amazonas – FVS/AM Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes – FHCFM
Hospital Infantil Dr. Fajardo Instituto da Criança do Amazonas – ICAM	
<b>MATERNIDADES</b>	
Maternidade Alvorada Maternidade Ana Braga Maternidade Azilda da Silva Marreiros Maternidade Nazira Daou Maternidade Balbina Mestrinho Instituto da Mulher Dona Lindu	

**Quadro 08** - Detalhamento da Rede Estadual na Capital do Amazonas – 2014  
Fonte: Amazonas (2014).

Podemos dizer que, para o quantitativo de 1.982.179 habitantes e a capacidade de estabelecimentos de saúde instalados no município, sobretudo ao

nível municipal, as demandas por saúde na capital amazonense esbarram em desafios cotidianos para dar conta do número significativo de requisições por atenção, quando se somam às limitações antes mencionadas, dificuldades como estas publicadas pelo jornal A Crítica em 2013. Segundo a matéria (2013):

As dificuldades nesta área [da saúde pública] surgem sempre no plural. Manaus tem três grandes hospitais e pronto-socorros administrados pelo Estado, para um universo de habitantes 1.982.179 habitantes. Aproximadamente 30% da população têm plano de saúde particular, mas quando sofre acidentes ou outra situação de emergência na rua, por exemplo, é atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e acaba dividindo lado a lado os leitos ou macas em corredores com quem tem como opção apenas o SUS (MESQUITA, 2015, s/p).

Os estudos de Ocké-Reis (2012) enfatizam essas questões, quando apontado em Heilmann, Ibalhens & Barbosa (2005). O autor sustenta que apesar dos inúmeros problemas de acesso ao SUS este sistema presta serviços públicos sofisticados e caros aos consumidores do sistema privado. Todavia, não há uma compensação quanto aos dispêndios do sistema público pelo atendimento a essas demandas e o não atendimento revelaria a negação do acesso – uma afronta à universalidade tão requerida por todos os que visam o acesso à saúde (Vide: Capítulo I, tópico 1.4).

Essas limitações já foram apresentadas no Capítulo I, especialmente enfatizando-se a questão política que implica no subfinanciamento do SUS e da cultura construída no campo da saúde no Brasil (PAIM, 2011a). Referem-se, portanto, às “[...] heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, [...], [e] os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos [...]” (CAMPOS, 2003, p. 571), além das recentes investidas neoconservadoras atinentes à redução do Estado no âmbito das políticas sociais sob a égide do capital internacional (BRAVO, 2009; MOTA, 2009; NOGUEIRA, 2009; MIOTO, 2009; CORREA, 2009; BOSCHETTI & SALVADOR, 2009) e mais recentemente (FIUZA, 2015; BRAVO, 2015; ANDREAZZI, 2015; CISLAGHI, 2014; MENEZES, 2015; LIMA, 2015).

Por outro lado, há de se reconhecer o papel desempenhado pelo SUS, que vem sendo mediado por distintos profissionais, trabalhadores da saúde, tendo em vista a atenção individual e coletiva em Manaus, sobretudo em relação ao trabalho

desenvolvido pelas policlínicas, dentre as quais destacamos a Policlínica Codajás, onde está situado o CER III, lócus central deste estudo. No contexto da Saúde Auditiva, por exemplo, essa mediação só é possível quando do estabelecimento da habilitação dos estabelecimentos de saúde pelos gestores locais. A Política de Saúde Auditiva determinava que:

A instalação de qualquer Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade com vistas a integrar o Sistema Único de Saúde deve[ria] ser precedida de solicitação ao gestor local, e em sendo em município habilitado em gestão plena do sistema submetido à avaliação do gestor estadual (BRASIL, 2004, p. 08).

Com a revogação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria 2073/04), em 2011, e a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em 2012, esse processo de cadastramento toma novo formato. Dessa forma, a habilitação dos estabelecimentos de saúde para o atendimento específico no âmbito da Atenção à Saúde das Pessoas com deficiência passa a se desenvolver em harmonia com as determinações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS, 2013<sup>60</sup>), que será detalhada no tópico seguinte.

Em Manaus, os serviços destinados a atender às demandas individuais e coletivas no contexto da atenção à saúde auditiva, se desenvolvem numa articulação entre instituições públicas e privadas já sinalizadas por Silva (2010).

A autora sintetizara as unidades de saúde que prestavam serviços de consulta em otorrinolaringologia no ano de 2010. De acordo com seus estudos, as

---

<sup>60</sup>A Coordenação Geral está vinculada ao Departamento de Políticas Temáticas dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ou seja, este é formado pela Coordenadoria Geral de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e pela Coordenadoria Geral de Acessibilidade, compete: Coordenar e supervisionar a elaboração dos planos, programas e projetos que compõem a política nacional de inclusão da pessoa com deficiência, bem como propor providências necessárias à sua completa implantação e ao seu adequado desenvolvimento; Apoiar e promover programas de formação de agentes públicos e recursos humanos em acessibilidade e tecnologia assistiva, fomentando o desenvolvimento de estudos e pesquisas nesse campo de conhecimento; Cooperar com Estados, Distrito Federal e Municípios para a elaboração de estudos e diagnósticos sobre a situação da acessibilidade arquitetônica, urbanística, de transporte, comunicação e informação e tecnologia assistiva; Fomentar e apoiar a especialização e a formação continuada dos atores e parceiros na execução da Política Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência; Orientar e monitorar o desenvolvimento das normas e diretrizes para acessibilidade; Supervisionar os trabalhos do Comitê de Ajudas Técnicas; e Assistir a Secretária de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência em suas atribuições (BRASIL, 2016, s/p).

unidades que ofertavam esses serviços, em 2010, eram as que constam no quadro abaixo, como segue:

<b>Unidades que prestam serviços de consulta em otorrinolaringologia</b>		
<b>Unidade Executante/ Endereço</b>	<b>Caráter</b>	<b>Otorrinolaringologistas cadastrados no SISREG</b>
Policlínica Dr. José Antonio da Silva	Público	01
Policlínica Governador Gilberto Mestrinho	Público	01
Policlínica Codajás	Público	05
Otocenter Centro Médico e Educacional	Privado	01
Centro Diagnóstico de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia/ CEDOF	Privado	02
SPA e Policlínica Dr. José Lins	Público	01
Centro Médico São Braz <sup>61</sup>	Privado	01

**Quadro 09** - Unidades que prestam serviços de consulta em otorrinolaringologia  
Fonte: SISREG apud Silva (2010).

No período pesquisado, identificaram-se, ainda, as unidades que prestavam serviços em consultas e os exames oferecidos, em Manaus, no que se refere à atenção em saúde pública. Vejamos no quadro a seguir:

<b>Exames relacionados à saúde auditiva: Exames de diagnose</b>	
Audiometria de reforço visual – via aérea/ óssea	Imitanciometria (timpanometria, complac. Estat. e refl. estaped.)
Audiometria em campo livre com pesquisa de ganho funcional	Logoaudiometria (LDV, IRF, LRF)
Audiometria tonal limiar - via aérea/ óssea	Olfatometria
Audiometria Vocal – pesquisa de limiar de discriminação (SDT)	Pesquisa do ganho de inserção (medida com microfone e sonda)
Avaliação auditiva comportamental (criança de 0 a 3 anos)	Pesquisa de fistula perilinfática
Avaliação para diagnóstico de deficiência auditiva	Pesquisa de pares cranianos
Avaliação para diagnóstico diferencial auditiva	Pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (BERA)
Avaliação vocal (habilidades vocais, padrão, ritmo, tonalidade)	Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência
Eletrococleografia	Prova de função tubária
Eletrogustometria	Testes acumétricos (diapasão)
Emissões otoacustica evocadas trans. e prod. Distorc. EOA	Testes auditivos supraliminares
Estudo topodiagnóstico da paralisia facial	Testes de processamento auditivo
Exame de análise e perceptiva (auditiva,	Testes vestibulares/ otoneurológicos –

<sup>61</sup> Esta unidade de saúde atende apenas consulta em Otorrinolaringologia para retirada de corpo estranho.

tátil, visual EC)	vectoeletronistagmografia
Exame de otoemissões acústicas evocadas transientes	Triagem auditiva de escolares
Exame fonético – fonológico	Exame neuropsicomotor evolutivo
Exame morfo- funcional de órgão fono-articulatório	Gustometria
<b>Exames de alta complexidade</b>	
Tomografia Computadorizada de Crânio	Tomografia computadorizada de pescoço (partes moles, laringe)
Tomografia Computadorizada de face ou seios de face	Ressonância Magnética de Crânio
Tomografia Computadorizada de sela túrcica	Ressonância Magnética de Pescoço e região cervical
Tomografia Computadorizada de mastóides ou ouvidos	-----

**Quadro 10** – Exames relacionados à saúde auditiva

Fonte: SISREG apud Silva (2010).

Outra constatação fora a identificação dos procedimentos em saúde auditiva oferecidos no Sistema de Regulação de consultas e exames de média e alta complexidade do Amazonas. Neste âmbito, esses procedimentos em saúde auditiva estão listados no quadro apresentado abaixo:

<b>Procedimentos em saúde auditiva</b>	
Drenagem de furúnculo C. A. E.	Ducha de Politzer (uni/ bilateral)
Exeresse de tumor de vias aéreas superiores, face e pescoço.	Miringotomia
Parecentese do tímpano	Remoção de cerúmen de C. A. E.
Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	Retirada de corpo estranho em faringe
Timpanotomia para tubo de ventilação	Tratamento cirúrgico de pericondrite de pavilhão

**Quadro 11** – Procedimentos em saúde auditiva

Fonte: SISREG apud Silva (2010).

Atualmente, as instituições responsáveis pela atenção em saúde auditiva, segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e que constam no Sistema de Regulação de consultas e exames de média e alta complexidade do Amazonas, são as que constam no seguinte quadro, a saber:

Unidades que prestam serviços de consulta em otorrinolaringologia e fonoaudiologia – Ano 2016			
Unidade Executante/ Endereço	Caráter	Otorrinolaringologistas Cadastrados (CNES)	Fonoaudiólogo Cadastrados (CNES)
Hospital Universitário Francisca Mendes	Público	03	01
Hospital Universitário Getúlio Vargas	Público	05	03
Policlínica Governador Gilberto Mestrinho	Público	02	03
Policlínica Codajás	Público	03	05
Otocenter Centro Médico e Educacional	Privado	01	02
Clinica Novarino	Privado	03	-----
Thera Kids	Privado	-----	01
Departamento Regional do Estado do Amazonas	Privado	01	-----
Instituto de Doenças Respiratórias Otorrinolaringologista - IDRO	Privado	02	-----
Dra. Viviane Saldanha	Privado	01	-----

**Quadro 12** - Unidades que prestam serviços de consulta em otorrinolaringologia e fonoaudiologia

Fonte: CNES, julho de 2016.

Nos estabelecimentos de saúde constantes no Quadro 12, são desenvolvidos tanto os exames de diagnose quanto os procedimentos em saúde auditiva detalhados nos quadros 10 e 11. Porém, no quadro em análise, identificamos os seguintes estabelecimentos que ofertam bens e serviços no âmbito da Saúde Auditiva em Manaus. São eles: Hospital Universitário Francisca Mendes, Hospital Universitário Getúlio Vargas, Policlínica Governador Gilberto Mestrinho, Policlínica Codajás, Otocenter - Centro Médico e Educacional, Clinica Novarino, Thera Kids, Departamento Regional do Estado do Amazonas, Instituto de Doenças Respiratórias Otorrinolaringologista – IDRO e o consultório de Viviane Saldanha. Todos esses estabelecimentos estão vinculados ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, bem como no SISREG do Amazonas.

Consideramos ainda que, além dos estabelecimentos presentes no SISREG/CNES (constantes no quadro 12), outros estabelecimentos realizam atenção em saúde auditiva por apresentarem em seu quadro técnico profissionais de otorrinolaringologia e fonoaudiologia, que compõe a rede privada de atenção em saúde. Dentre esses estabelecimentos, citamos o Centro Diagnóstico de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia/CEDOF, presente no SISREG e que não

consta no CNES, o qual conta com um quadro técnico voltado para o atendimento em Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia na capital amazonense, que compõe com outros estabelecimentos a rede privada de atenção à saúde auditiva.

Quanto à articulação entre o CER III e os estabelecimentos de saúde supracitados, no que se refere à atenção à saúde das pessoas com deficiência e, sobretudo, em relação à saúde auditiva, tal relação tem se desenvolvido considerando-se o seguinte fluxo de atendimento, como segue: as demandas por saúde auditiva emergem a partir de encaminhamentos (referência) da atenção básica e/ou espontaneamente por meio do atendimento na Policlínica Codajás, onde o CER III está situado. Nesse sentido, realiza-se o agendamento do atendimento para com as especialidades conforme cada módulo de atenção e posterior encaminhamento (caso necessário) para as clínicas especializadas de acordo com cada área de reabilitação com acompanhamento/monitoramento dos usuários.

Assim, o processo de atenção aos demandatários por saúde se dá obedecendo ao movimento de referência e contra referência inerente à atual/incipiente Rede de Cuidado à Pessoa Com Deficiência no Amazonas, cuja coordenação estadual está sob a responsabilidade da Sra. Semira Torres. Este processo será detalhado nos tópicos seguintes.

### **3.2 O Lócus da pesquisa: CER III: Infraestrutura, recursos Humanos e Materiais**

As ações e serviços do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) se desenvolvem nas dependências da Policlínica Codajás, localizada à Avenida Codajás, 26, Bairro Cachoeirinha/Manaus/AM – CEP 69065-130. Esta Policlínica é resultado dos processos de mudanças físicas e políticas no contexto de implantação do SUS a partir de 1988. Apresenta-se como um desdobramento do antigo Centro Previdenciário do Amazonas (Posto Médico Francistur), fundado por Ubaldino Meireles, superintendente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no governo de Gilberto Mestrinho, em 26 de junho de 1984 (AMAZONAS, 2014).

Com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, o Posto Médico Francistur passara a se chamar Posto de Atendimento Médico Codajás (comumente conhecido como PAM da

Codajás), atendendo assim tanto as demandas previdenciárias, como também propiciando o atendimento universal dada emergência do novo modelo de atenção à saúde no Brasil<sup>62</sup>. Não obstante, “[...] os quadros de recursos humanos, a estrutura física e os equipamentos continuaram os mesmos” (Ibid).

A manutenção desses quadros expressa, portanto, os reflexos das muitas heranças herdadas das formas de condução das políticas de saúde brasileiras (CAMPOS, 2003). Ademais, ainda que o processo de implantação do SUS tenha se desenvolvido de modo a possibilitar o novo paradigma de atenção à saúde, a condução das atividades do PAM da Codajás mantiveram por longo tempo os resquícios burocráticos de atenção à saúde, herdados dos modelos anteriores de atendimento, pois o CER III “funciona com a estrutura do PAID” (Informação Verbal<sup>63</sup>).

Em 2003, na gestão do governador Eduardo Braga, promoveu-se a revitalização e ampliação das ações e serviços da referida policlínica com a inauguração de novas modalidades de atendimento, sendo elas: Setor de Imagenologia; Oferta de exames: Ecocardiograma (adulto e pediátrico), Ultrassonografia, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva Alta, Espirometria, Raio X, instalação da Central de Triagem Resolutiva (50 clínicos gerais, 18,7 mil consultas mensais), avaliação dos pacientes que precisam de especialista e tratamento e acompanhamento dos demais e instalação da Central de Telefônica (0800) para agendamento de consultas. À época, a média de atendimento mensal referia-se a um total de 35 mil usuários que procuravam a unidade e demandavam 560 consultas por dia (AMAZONAS, 2015<sup>64</sup>).

De acordo com os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2016), atualmente, a Policlínica Codajás realiza atendimento ambulatorial abrangendo os três níveis de atenção. Possui, ainda, um quadro de

---

<sup>62</sup> Vide: Capítulo I, tópico 1.2. Sobre tudo, Campos (2003), Silva (2010), Polignano (2014) e outros.

<sup>63</sup> Dado fornecido pela Psicóloga no CER III em maio de 2016. A partir deste fragmento se fará menção apenas à expressão “Informação Verbal” precedida do termo relativo à profissional entrevistada de modo a facilitar o desenvolvimento do texto desta dissertação.

<sup>64</sup> As policlínicas oferecem serviços em gastroenterologia, dermatologia, ginecologia, oftalmologia, cardiologia, ortopedia, mastologia, odontologia (periodontia e endodontia) e exames de apoio diagnóstico como análises clínicas, radiologia, endoscopia e ultrassonografia, mas [...] a definição final das especialidades [vem] sendo feita com base no perfil de cada área. A Policlínica Antônio Aleixo, por exemplo, oferece também ortopedia e fisioterapia, para atender a comunidade do bairro, formada em sua maioria por portadores e ex-portadores de hanseníase, e a Policlínica Codajás oferece 22 especialidades médicas (AMAZONAS, 2016a).

funcionários composto por 80 médicos e 255 profissionais nas mais diversas especialidades e níveis. Assim, esta atende nos níveis básico (referência/município), média e alta complexidade (contrarreferência/Estado). Há este último nível em razão da contrarreferência que realiza e do acompanhamento que deve ser feito aos usuários após seu encaminhamento para as clínicas especializadas, mas o nível de atenção prevalente é o de Média Complexidade.

Nesse sentido, a Policlínica Codajás realiza atenção em saúde na média complexidade, pois suas ações/atividades pautam-se no atendimento especializado em caráter ambulatorial (consultas e exames). Por média complexidade, entendem-se as “[...] ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2007, p. 17). Constituem, portanto, procedimentos de média complexidade:

procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia. (IBIB, p. 17-18)

Em Manaus, além das policlínicas, a atenção à saúde na média complexidade estava sob a responsabilidade das Fundações de Saúde e Centros de Referência, considerando-se o antigo ordenamento da atenção nos três níveis de atendimento no município – configuração esta que passou por um processo polêmico denominado de Reordenamento da Saúde<sup>65</sup>, em maio de 2016. Salientamos que

---

<sup>65</sup>A partir de maio de 2016 houve um processo conhecido como Reordenamento da Saúde na Capital do Amazonas tendo em vista o enxugamento da máquina pública por parte da atual gestão estadual. Assim, atualmente os níveis de atenção em Manaus, estão assim, definidos: na **Alta Complexidade**: Os **Prontos-Socorros** continuam com a mesma configuração e atendimento. **Hospitais**: continuam com a mesma configuração e atendimento. O Hospital Francisca Mendes terá reforço de mais 60 leitos ao incorporar a estrutura física do CAIC André Araújo e mais o alojamento “Nazira Daou”, para mães de crianças cardiopatas que realizam cirurgias. **As Maternidades**: A Ana Braga – Ganhará mais 30 leitos, bem como albergue para as mães vindas do interior e Banco de Sangue, a partir da incorporação da estrutura do CAIC Corina Batista; A Azilda Marreiro – Ganhará, com a estrutura do CAIC Moura Tapajoz, mais 30 leitos e albergue, para mães de bebês internados na UTI neonatal; A Nazira Daou – Passa a integrar o Hospital Francisca Mendes, incluindo um alojamento “Nazira Daou”, para as mães das crianças cardiopatas que realizam cirurgias. A demanda será absorvida pela Maternidade Azilda Marreiro, que ganhou reforço de leitos; A Alvorada – Passa a ser referência em atendimento ginecológico (eletivo e urgência). A demanda, na parte de maternidade, será absorvida pelo Instituto da Mulher Dona

esse processo de reordenamento da saúde guarda relação com o que vimos destacando ao longo destas laudas, ou seja, trata-se de intervenções que tendem a priorizar a dimensão econômica – mediante propostas de austeridade fiscal – em detrimento das questões de ordem social, do direito de cidadania.

As medidas de reordenamento visam às limitações/reduções nos gastos públicos com as demandas sociais, ainda que o discurso corrente governamental não demonstre esta questão. Bravo (2009), Mota (2009), Nogueira (2009), Mito (2009), Correa (2009), Boschetti & Salvador (2009) evidenciam esta problemática à

---

Lindu, que será reforçada em 62 leitos; Instituto Dona Lindu – Passa a atuar somente como maternidade. Incorpora os 62 leitos da Maternidade Alvorada, ampliando a capacidade de atendimento. **Na Média Complexidade / Atendimento Ambulatorial** (CAICs, CAIMIs e Policlínicas) e **Urgência de Média Complexidade** (SPAs e UPA) – A rede passou por reordenamento. As mudanças seguem abaixo: Centros de Atenção Integral à Criança – CAICs - As mudanças se propõem a substituir esse modelo de atendimento por segmento, substituindo-o pelo que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o atendimento integral a toda família; 05 serão transformados em Centros de Atenção Integral à Família (CAIFs): Gilson Moreira (zona Norte), Paulo Xerez (zona Norte), Alexandre Montoril (zona Sul), José Contente (zona Leste) e Rubim de Sá (zona Oeste). 02 serão integrados à estrutura de maternidades, ampliando o número de leitos e permitindo a implantação de albergues: Moura Tapajoz (zona Norte) – será integrado à Maternidade Azilda Marreiro, que ganhará 30 leitos e albergue, para mães de bebês internados na UTI neonatal; Corina Batista (zona Leste) – incorporado à Maternidade Ana Braga, que ganhará mais 30 leitos, bem como albergue para as mães vindas do interior e Banco de Sangue; 01 passa a sediar o Programa Saúde em Casa, que atende 600 pacientes: Crisólita Torres (zona Sul) - Receberá, junto com o CAIMI Paulo Lima, os serviços do SPA Zona Sul (o antigo prédio do SPA entrará em reforma); 04 Serão transformados em outros equipamentos de saúde: Afrânio Soares (zona Sul); Edson Melo (zona Leste); José Carlos Mestrinho (zona Oeste); Alberto Carreira (zona Oeste). **Centros de Atenção à Melhor Idade** – CAIMIs: As mudanças se propõem a substituir esse modelo de atendimento por segmento, substituindo-o pelo que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o atendimento integral a toda família. A necessidade de atendimento com especialistas será suprida pela rede de policlínicas. 01 passará a funcionar com os serviços de policlínica: Ada Viana (Oeste) – receberá os serviços da policlínica José Lins, que será transformada em UBS; 01 passará a integrar a estrutura do Hospital Francisca Mendes, ampliando a oferta de leitos: André Araújo (zona Norte) – amplia em 60 leitos o Hospital Francisca Mendes; 01 passará a abrigar a estrutura do SPA Zona Sul: Paulo Cesar de Araújo (zona Sul). **Policlínicas:** 05 serão mantidas: Danilo Correa (zona Norte) – mantido, incluindo o funcionamento do SPA; Codajás (zona Sul); Zeno Lanzini (zona Leste); Antonio Aleixo (zona Leste); Gilberto Mestrinho (Centro). 01 passará a funcionar como UBS com horário ampliado; José Lins (zona Oeste); 02 terão atividades transferidas: Cardoso Fontes (Centro) – o atendimento aos pacientes com TB passará a ser feito pela Policlínica Gilberto Mestrinho. A demanda para os demais serviços serão absorvidos pelas outras duas policlínicas do Distrito (Mestrinho e João Braga); João Braga (zona Norte) – a demanda será absorvida pelas outras três policlínicas existentes no mesmo Distrito. **Os SPAs:** O recomendado pelo Ministério da Saúde é ter 01 SPA para cada 300 mil habitantes. Manaus está bem acima desse parâmetro. O estudo levou esse fato em consideração. 05 serão mantidos: Danilo Corrêa (zona Norte); Coroado (zona Leste); Antônio Aleixo (zona Leste); Alvorada (zona Oeste) e Zona Sul – ocupará a estrutura que eram dos CAIMI Paulo Lima e CAIC Crisólita Torres, que são prédios geminados (o antigo prédio será ocupado pela ADS, que se encontra em imóvel alugado). 04 funcionarão como UBS, com horário ampliado: Galileia (zona Norte); São Raimundo (zona Oeste); José Lins (zona Oeste); Joventina Dias (zona Oeste). UPA: 01 funcionará como UBS com horário ampliado; UPA Campos Salles (zona Oeste) (AMAZONAS, 2016b).

luz das reflexões sobre o processo de redução do Estado iniciado na década de 90 do século XX.

No entanto, ainda que se considerem essas limitações, a atenção à saúde nos três níveis de atendimento por meio do SUS, em Manaus, apresenta a seguinte configuração. No quadro abaixo, sintetizamos algumas dessas informações atinentes às demandas nos três níveis de atenção:

<b>Tipos de atenção e Estabelecimentos de Saúde em Manaus</b>		
<b>Tipos de atendimento</b>	<b>Estabelecimentos de Atenção Saúde</b>	<b>Nível de Atenção</b>
<b>Prevenção, pequenos problemas e distúrbios passageiros</b>	Centros de Saúde Municipais e Programa Saúde da Família (unidades da Prefeitura de Manaus);	Baixa Complexidade
<b>Consultas e exames especializados</b>	Policlínicas, Fundações de Saúde e Centros de Referência. Atendimento com encaminhamento médico;	Média Complexidade
<b>Atenção ao Idoso e às Crianças</b>	Centros de Atenção à Melhor Idade (Caimis) da rede estadual e Centros de Atenção Integral à Criança (Caics);	Média Complexidade
<b>Urgências Simples</b> (dores agudas, baques, pequenos cortes, queimaduras etc)	Serviços de Pronto Atendimento e Ambulatórios de Alta Resolutividade;	Alta Complexidade
<b>Urgência e Emergência</b> (acidentes graves, ferimentos por arma branca e de fogo, etc)	Prontos-socorros adultos e infantis.	Alta Complexidade

**Quadro 13** - Tipos de atenção e Estabelecimentos de Saúde em Manaus  
Fonte: Adaptação própria com base em Amazonas (2016a)

O Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III), lócus central deste estudo, situa-se no contexto das policlínicas cuja atenção se desenvolve ao nível de Média Complexidade e está subordinado à Coordenação Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência (CEAD), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM). A responsabilidade da CEAD corresponde à supervisão técnica dos trabalhos ofertados às pessoas com deficiência no Estado do Amazonas. Atualmente, o centro está vinculado à Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência, cuja coordenação está sob a responsabilidade da Sra. Semira Torres no Estado do Amazonas (AMAZONAS, 2016a).

Até o ano de 2013, os trabalhos voltados para atender as demandas das pessoas com deficiência, no contexto da saúde, eram realizados pelo antigo Programa de Atenção Integral ao Deficiente (PAID<sup>66</sup>), o qual passou por um

<sup>66</sup> O PAID foi fruto da “[...] Reformulação do antigo Programa de Concessão de Órtese e Prótese, que

processo de reforma em razão da Portaria MS/GM 3.246/2013 como parte das ações do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência (*Viver sem Limite*), que o habilitou para Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III<sup>67</sup>) e que está vinculado à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência regional.

A habilitação dos estabelecimentos de saúde para o atendimento específico no âmbito da Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência se desenvolve mediante uma série de procedimentos determinados pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS, 2013). Nesse sentido, o Gestor Estadual/Municipal deverá encaminhar à Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência os seguintes documentos:

1. Ofício encaminhado pelo Gestor Municipal/Estadual solicitando a Habilitação de Centro Especializado em Reabilitação II, III ou IV, e que o mesmo será incluído no Plano de Ação Estadual, como ponto de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme modelo (Anexo I);
2. Termo de Compromisso de uso de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência assinado pelo gestor estadual ou Municipal, conforme modelo (Anexo II) segundo o Manual de Identidade Visual, no site [www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia](http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia).
3. Projeto Técnico-Descritivo para Habilitação do Serviço, conforme modelo (Anexo III);
4. Formulário de Vistoria do Serviço assinado pelo Gestor Municipal/Estadual, conforme modelo (Anexo IV);
5. Declaração do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência aprovando a habilitação do serviço;

---

recebeu nova organização e estruturação; abrangendo recursos humanos, infraestrutura, e recursos tecnológicos atendendo às Normas e Diretrizes das Portarias do Ministério da Saúde (185/01, 818/01); (432/00, 627/01, 587/04, 400/2009)". O mesmo estava estruturado em quatro módulos para a oferta de bens e serviços. Estes correspondiam aos módulos de Deficiência Física (Mód. I), Deficiência Auditiva (Mód. II), Deficiência Ocular (Mód. III) e Deficiências Afins (Mód. IV). O módulo II contemplava em sua equipe os seguintes profissionais: Assistente Social, Otorrinolaringologista, Fonoaudiólogo e Agente Administrativo. (GERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, 2011).

<sup>67</sup>Vide: Capítulo II. Tópico 2.2

6. Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária ou declaração do gestor de que estão sendo providenciadas as exigências legais junto aos órgãos competentes (pode ser enviado protocolo de solicitação de atualização/regularização);

7. Cópia do Registro Profissional dos trabalhadores do Serviço de Reabilitação (equipe mínima conforme Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual disponível em [www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia](http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia)), sendo que para equipe médica é necessário enviar também cópia dos certificados de especialização.

8. Se a habilitação solicitada for de estabelecimento de saúde privado (com ou sem fins lucrativos), deverá ser enviado pelo gestor Estadual ou Municipal cópia do Contrato de Prestação de Serviço.

Após o envio dessas documentações a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, realiza a análise técnica e, havendo deferimento, tomam-se as providências para a publicação da habilitação. No caso do CER III (Manaus) isso ocorrera em 2013, como visto anteriormente. Uma questão pertinente refere-se ao fato de que, se durante a análise técnica das documentações existirem pendências no processo, o Ministério da Saúde encaminhará para a respectiva secretaria de saúde (Municipal ou Estadual) o relatório com as informações técnicas para que se tome conhecimento e/ou as devidas providências.

Ponto estratégico para a atenção à saúde na Média Complexidade, segundo as determinações do *Plano Viver Sem limite* (2011), o papel desempenhado pelo CER III mostra-se como fundamental na medida em que este se apresenta como espaço privilegiado voltado para o atendimento integral das demandas por saúde das pessoas com (e sem) deficiência. O *Plano Viver Sem Limite* (2011) assim qualifica os Centros Especializados em Reabilitação:

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: CER II - composto por duas modalidades de reabilitação; CER III - composto por três modalidades de reabilitação; e CER IV -

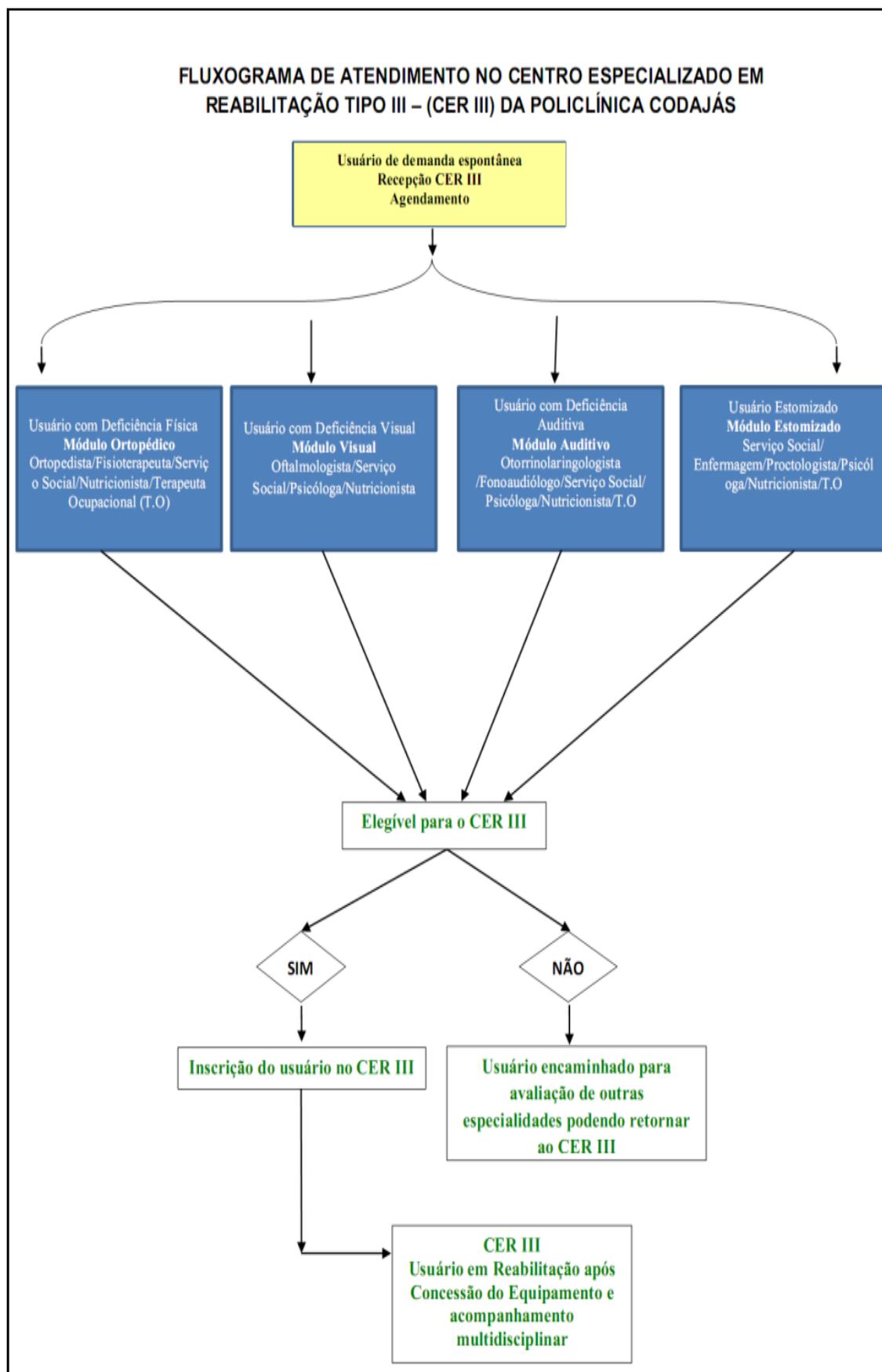
composto por quatro modalidades de reabilitação. Todo atendimento realizado no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família. O CER poderá também, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, contribuir com o avanço e a produção de conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional. Deve ainda, estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional (BRASIL, 2013, p. 07).

O CER III, lócus deste estudo, recebe essa denominação por ser composto por três modalidades de reabilitação (Saúde Auditiva, Física e Visual). Uma característica que o diferencia do que está proposto pelo *Plano Viver Sem Limite* (2011) é o destaque dado ao atendimento às pessoas com estomia intestinal com um módulo específico para a atenção, mas vinculado ao Módulo Físico. A complexidade das questões relativas à estomia requereu essa forma de organização<sup>68</sup>.

Ademais, ainda traz consigo elementos do antigo Programa de Atenção Integral ao Deficiente que já apresentava essa característica organizativa. A título de ilustração na figura a seguir, pode-se visualizar a atual conformação do fluxograma de atendimento no CER III em Manaus.

---

<sup>68</sup>A palavra *stóma*, é de origem grega e significa boca: no caso da estomia intestinal caracteriza-se por ser uma abertura feita cirurgicamente no organismo por onde as fezes são desviadas do seu caminho normal. Conforme o segmento exteriorizado, as estomias recebem nomes diferenciados, no intestino grosso chama-se colostomia; no intestino delgado, ileostomia e na bexiga, urostomia (OLIVEIRA, 2007, p. 63). A confecção de um estoma é um procedimento o comum, realizado por diversas especialidades cirúrgicas, sobretudo em situações de urgência, visando à redução da morbimortalidade pós-operatória. Apesar de comumente realizado, tal procedimento é potencialmente acompanhado de complicações que na maioria das vezes são subestimadas. Estudos mostram taxas de complicações relacionadas aos estomas que variam de 21 a 60%. (SANTOS, 2007, p. 16)



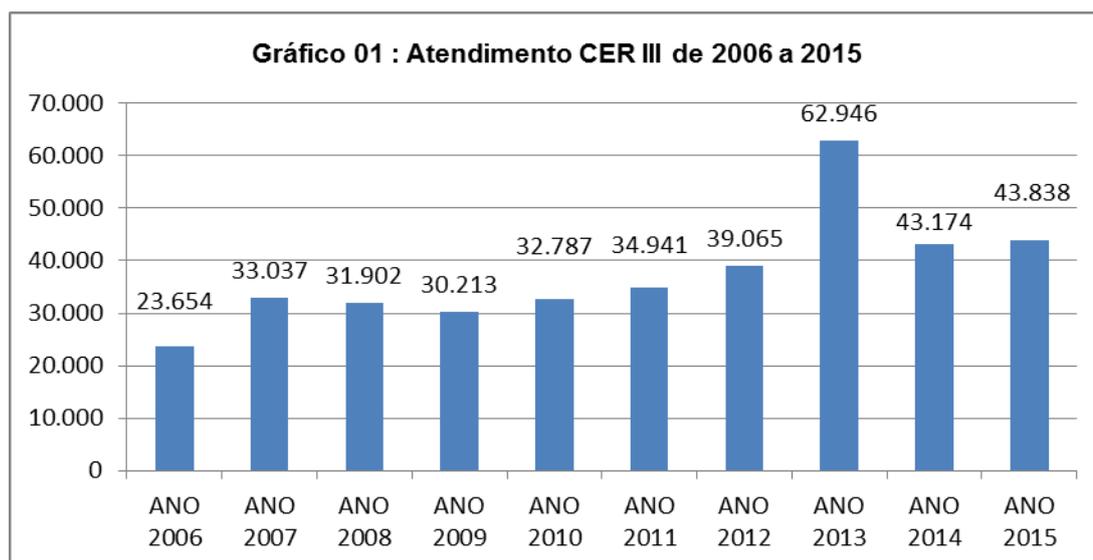
**Figura 04:** Fluxograma de atendimento no CERIII  
 Fonte: Pesquisa Documental, 2016.

Durante a pesquisa empírica e documental, constatamos que, entre os anos de 2006 a 2014, o CER III realizara uma média de 36.858 atendimentos em todas as especialidades (inclusive atendimentos de nível médio) por ano, ou seja, aproximadamente 3.071 atendimentos por mês e 140 atendimentos diários. Os dados relativos ao ano de 2016 ainda não estavam atualizados – razão pela qual não nos foram disponibilizados.

Quanto ao ano de 2015, os dados expressam um total de 26.954 atendimentos em todas as especialidades (e nível médio) até o mês de julho e de 43.838 durante todo o ano. Esses dados podem ser visualizados no Quadro 15 e no Gráfico 01, respectivamente, a seguir.

Identificamos ainda um total de 1.952 atendimentos em otorrinolaringologia e 1.347 atendimentos em fonoaudiologia no ano de 2015. Estas duas especialidades constam nos Instrutivos de Reabilitação recomendados pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, no contexto da atenção à Saúde Auditiva. Isto posto, são especialidades imprescindíveis ao desenvolvimento da atenção em saúde auditiva, sem as quais a habilitação não se efetivaria, uma vez que se prevê uma equipe mínima necessária para a realização de ações e serviços.

Esse número de atendimentos é revelador da importância do CER III enquanto instituição pública mediadora do acesso aos bens e serviços aos usuários demandantes por atenção em Saúde Auditiva em Manaus. Em nosso entendimento, a materialização dessas ações e serviços reforça o alto grau de importância do papel do Sistema Único de Saúde para esse segmento da população manauara, tendo o CER III como mediador. Coadunamos, portanto, com o processo defendido por Sassaki (2002), e do qual partilhamos, quando relacionamos as atividades desenvolvidas no CER III à perspectiva da filosofia da “*inclusão social*” que tem em vista a modificação dos sistemas sociais gerais, dentre os quais destacamos o sistema de saúde amazonense com a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.



**Gráfico 01** - Atendimento CER III de 2006 a 2015.  
Fonte: Relatório Descritivo CER III (2015)

Cabem algumas reflexões sobre o quantitativo de atendimento e a densidade demográfica atinente às pessoas com deficiência auditiva. Segundo dados do IBGE (2013), 5,1% (aproximadamente 2.325,908) da população brasileira apresentam-se entre as pessoas com deficiência auditiva. Dos 1.982.179 habitantes manauaras tomados como referência nesta abordagem, teríamos, proporcionalmente, o equivalente a 101.091 (5.1%) pessoas com deficiência auditiva, isto é, uma quantidade considerável de pessoas que demandam por saúde auditiva na capital amazonense<sup>69</sup>.

Apesar disso, constatamos que, de 2013 a 2015, é perceptível o decréscimo gradativo dos atendimentos na especialidade em otorrinolaringologia, desde o antigo Programa de Atenção Integral ao Deficiente (PAID) ao mais recente CER III. 2012 fora o ano de maior atenção nessa especialidade, com 2.679 atendimentos. Em 2013, foram realizados 2.407 atendimentos; em 2014, 2.300; e em 2015, 1.952 usuários. Com base nesse quantitativo, teríamos algo em torno de 1,93% das pessoas com deficiência auditiva sendo atendidas na instituição em questão, quando tomamos como referência os 5,1% (101.091 usuários, aproximadamente).

<sup>69</sup> A população total do Amazonas em 2010 pelo Censo IBGE foi de 3.483.395 habitantes, sendo que 2.755.490 (79,1%) habitantes residem na zona urbana e 728.495 (20,9%) residem na zona rural. Do total da população, 50,3% da população foi do sexo masculino, correspondendo a 1.753.179 homens e 49,7% do sexo feminino com 1.730.806 mulheres (AMAZONAS, 2014b, p. 19). Parte substantiva das ações e serviços destinados às pessoas com deficiência concentra-se na capital, Manaus, dada a proporção demográfica ora expressada.

Quantitativamente, esse dado mostra um número inexpressivo de atendimento, contrastando com a constatação imediata em campo, quando da atenção à saúde no CER III no que se refere às várias especialidades que o conformam, isto é, a demanda por cuidado à pessoa com deficiência se apresenta por demais avolumada, dentre as quais situam-se as pessoas com deficiência auditiva.

Apesar dessa inexpressividade aparente (1,93% de atendimentos às pessoas com deficiência auditiva em otorrinolaringologia), o CER III mostra-se como instituição presente na vida de muitas pessoas. Durante o período de investigação, as observações realizadas nos permitem afirmar que o mesmo contribui significativamente para a promoção da atenção em saúde das pessoas com e sem deficiência. O trato dispensado aos inúmeros usuários (e acompanhantes) do CER III revela que, apesar das limitações (que não são “prerrogativas” somente das instituições públicas<sup>70</sup>) se fizerem presentes, o atendimento tende sempre a se realizar. Esta constatação é endossada com o quantitativo geral de 43.174 usuários/acompanhantes tanto nas especialidades quanto por servidores de nível médio *in loco*.

---

<sup>70</sup>Cito por exemplo: As reclamações dos consumidores devido às exclusões de coberturas, aumentos abusivos, longos períodos de carência, rescisões unilaterais de contrato e limitações de internações [que] tornaram-se freqüentes no setor suplementar, com reflexos sobre o Poder Judiciário. Antes de 1998, na ausência de legislação específica, a norma mais freqüentemente utilizada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre usuários e operadoras era o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Com isso, ocorreu um aumento da pressão exercida sobre o Estado por parte dos usuários dos planos de saúde e das associações de defesa dos consumidores, para que fosse exercida uma efetiva fiscalização sobre esse mercado (ALVES; BAHIA & BARROSO, 2009, p. 280).

Atendimento Geral CER III 2015 (Nível: Superior e Médio)		
PROFISSIONAL	TOTAL	%
<b>Serviço Social</b>	<b>9.979</b>	48,07
Fonoaudióloga	<b>1.347</b>	6,49
Psicóloga	<b>695</b>	3,35
Fisioterapeuta	<b>891</b>	4,29
Enfermeira	<b>429</b>	2,07
Ortopedista	<b>2.246</b>	10,82
Otorrinolaringologista	<b>1.952</b>	9,40
Nutricionista	<b>263</b>	1,27
Proctologista	<b>365</b>	1,76
Oftalmologista	<b>2.476</b>	11,93
Terapeuta Ocupacional	<b>116</b>	0,56
<b>Sub-Total</b>	<b>10.780</b>	<b>100</b>
<b>Total Geral Nível Superior</b>	<b>20.759</b>	<b>47</b>
<b>Total Nível Médio</b>	<b>23.079</b>	<b>53</b>
<b>Total Geral Do Atendimento</b>	<b>43.838</b>	<b>100</b>

**Quadro 14** - Atendimento no CER III 2015

Fonte: Pesquisa documental, maio de 2016

Até a data da investigação que deu base para este estudo, o CER III, como expresso na figura 04, estava conformado por quatro módulos para a oferta de bens e serviços em saúde, os quais correspondem aos que se seguem, a saber: **Módulo Ortopédico (Físico)**: Médico Ortopedista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista; **Módulo Visual**: Médico Oftalmologista, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista; **Módulo Auditivo**: Médico Otorrinolaringologista, Fonoaudióloga, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional; **Módulo Ostomizado (Físico)**: Médico Proctologista, Assistente Social, Enfermeira estomoterapeuta, Psicóloga, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional.

Durante a investigação, identificamos que as ações/atividades desenvolvidas no CER III se iniciavam às 07 (sete) horas da manhã e se processavam até as 17 horas, durante os dias úteis da semana, não havendo atividades aos fins de semana e feriados. Portanto, atendendo às determinações propostas pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, a qual prevê que “[...] Os serviços de Reabilitação dos CER II, III ou IV terão funcionamento de no mínimo 8 horas diárias de segunda à sexta [...]” (BRASIL, 2013, p. 08).

Com o objetivo de “auxiliar na prevenção e reabilitação da pessoa com deficiência, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e auxiliar sua inclusão social” e a missão de “prestar assistência integral aos diferentes tipos de deficiência propostas pelo Ministério da Saúde (deficiência ocular, auditiva, física e

estomizado)” (Pesquisa documental, 2016). a atenção à saúde mediada pelos distintos profissionais nos respectivos módulos deve pautar-se pela observância às normativas consubstanciadas nos instrutivos técnicos da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (DAPES/SAS/MS, 2013). Tal articulação, entre o objetivo e a missão do CER III e os pressupostos normativos, é essencial tendo em vista a inclusão social do segmento.

Inclusão social e atendimento integral são conceitos presentes na proposta de cuidados à pessoa com deficiência. Conforme visto no Capítulo II, a rede de atenção, no contexto da saúde, é compreendida nessa perspectiva e, como tal, deve ser implementada. No CER III, percebemos que as ações e serviços, *a priori*, voltam-se prioritariamente para uma abordagem integral dos sujeitos demandantes por saúde (como veremos mais adiante) no que se refere à Saúde Auditiva, dada a atenção multiprofissional e sua relação com os demais pontos da incipiente Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Estado do Amazonas.

Quanto aos recursos humanos, os dados da pesquisa empírica sustentam que existe uma diferença (para mais) entre a quantidade de profissionais vinculados ao CER III, presente no fluxograma (Figura 04). É válido afirmar que todos os profissionais estão lotados na Policlínica Codajás. O atendimento, assim, se desenvolve numa articulação entre o CER III e a Policlínica Codajás, devido à quantidade de especialidades disponibilizadas por esta última, tendo em vista a atenção integralizada como pressupõe a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Manaus.

Desse modo, até a data de realização da pesquisa de campo (março, abril, maio e junho de 2016), o CER III apresentava os seguintes recursos humanos, por categoria profissional, quantidade de profissionais, vínculo de trabalho e carga horária. Vejamos no quadro a seguir:

Recursos Humanos do CER III			
Categoria Profissional	Quantidade de Profissionais	Vínculo	Carga Horária
Agente Administrativo	06	SUSAM	30h Semanais
Assistente Social	04	SUSAM	30h Semanais
Auxiliar Operacional para Serviços Diversos (AOSD)	01	MS	30h Semanais
Auxiliar Operacional de Saúde	01	SUSAM	30h Semanais
Enfermeiro	02	MS/SUSAM	30h Semanais
Fisioterapeuta	01	SUSAM	30h Semanais
Fonoaudiólogo	04	SUSAM	30h Semanais
Nutricionista	01	SUSAM	30h Semanais
Oftalmologista	01	SUSAM	20h Semanais
Ortopedista	01	SUSAM	20h Semanais
Psicólogo	01	SUSAM	30h Semanais
Otorrinolaringologista	01	SUSAM	20h Semanais
Proctologista	01	SUSAM	20h Semanais
Técnico de Enfermagem	05	SUSAM	30h Semanais
Terapeuta Ocupacional	01	SUSAM	30h Semanais

**Quadro 15** - Recursos Humanos do CER III

Fonte: Pesquisa de Campo, março, abril, maio e junho de 2016.

No quadro em análise, verifica-se que, dentre os profissionais que não estão presentes no fluxograma ora apresentado (Fig. 04), destacamos o Técnico de Enfermagem, o Auxiliar Operacional para Serviços Diversos (AOSD), o Auxiliar Operacional de Saúde e o Agente Administrativo. Todavia, durante a pesquisa empírica, constatou-se que todos os recursos humanos presentes no Quadro 15 desenvolvem suas atividades junto aos usuários do CER III, cujo fluxo de atenção vimos anteriormente (Vide: Figura 04).

Averiguamos ainda que, durante a semana, a média de atendimento/hora por especialista (e profissionais de nível médio) é de 30h, majoritariamente, com exceção dos médicos especialistas em Ortopedia, Proctologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, os quais têm seus horários determinados em 20h semanais. A diferença de horários de trabalho entre as distintas especialidades justifica-se pelo processo de contratação via concurso público e/ou formas peculiares de vínculo de trabalho, cujas descrições sumárias das atribuições profissionais e horários de atuação são previamente estabelecidas<sup>71</sup>.

<sup>71</sup> Outra questão refere-se às particularidades das distintas especialidades profissionais no processo de negociação junto ao Estado por meio de suas auto-representações quanto à definição do tempo de expediente e dos honorários por atendimento/hora trabalhada. A título de exemplo, o caso do Serviço Social, por meio do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e seus respectivos Conselhos Regionais (CRESS), é emblemático sobre a questão. A categoria tem se mobilizado tendo em vista a “[...] implementação da Lei 12.317, de 26 de agosto de 2010, que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e define a jornada

É interessante destacar que, de acordo com as recomendações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS, 2013), constantes no *Plano Viver Sem Limite* (2011-2013), a quantidade de recursos humanos, físicos e equipamentos necessários ao pleno funcionamento dos CERs, principalmente do CER III, conforme as áreas especializadas em reabilitação, é a seguinte:

**a) Recursos Humanos:**

- 01 (um) Coordenador, 01 (um) Médico otorrinolaringologista, 01 (um) ortopedista, ou 01 (um) neurologista ou 01 (um) fisiatra, 05 (cinco) Fisioterapeuta, 05 (cinco) Fonoaudiólogo, 02 (dois) Terapeuta Ocupacional, 02 (dois) Psicólogo, 01 (um) Nutricionista (opcional), 02 (dois) Enfermeiro, 02 (dois) Técnico em Enfermagem, Assistente Social (opcional), Pedagogo (opcional), Técnico em Mobilidade (opcional), Protético Ocular (opcional) e Tecnólogo Oftálmico (opcional).

**b) Recursos Físicos e Equipamentos específicos:**

- Reabilitação Física: 01 (um) Consultório Fisioterapia, Ortopedia ou Neurologia; 01(um) Ginásio; 01 (um) Consultório de Enfermagem e 04 Box de eletroterapia;
- Reabilitação Auditiva: 01 (um) Consultório Otorrinolaringológico; 01 (uma) Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica; 01 (uma) Sala para Exames complementares: Potencial Evocado Auditivo (BERA) e emissões otoacústicas (EOA) e 01 (uma) Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual);
- Reabilitação Visual: 01 (um) Consultório Oftalmológico; 01 (um) Laboratório de Prótese Ocular – opcional; 01 (uma) Sala de Orientação de Mobilidade e 01 (uma) Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão;

*Comum de Habilitação/Reabilitação:*

- 01 (um) Consultório Neurologista, 05 (cinco) Sala de Triagem, 05 (cinco) Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional, 01 (um) Átrio com bancada de trabalho coletiva, 02 (duas) Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil, 02 (duas) Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto, 02 (duas) Sala de atendimento terapêutico infantil, 02 (duas) Sala de atendimento terapêutico adulto, 01 (uma) Sala de Estimulação Precoce, 01 (uma) Sala de Atividade de Vida Prática (AVP), 01 (uma) Sala de reunião e 01 (uma) Áreas de Convivência Interna;

*Apoio Administrativo e Recepção:*

- 02 (dois) Sanitários Independentes (feminino e masculino), 01 (um) Fraldário, 01 (uma) Sala de espera/recepção, 02 (dois) Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino), 01 (um) Almoxarifado, 01 (uma) Sala de arquivo, 03 (três) Sala do setor administrativo, 01 (um) Depósito de Material de Limpeza (DML), 01 (uma) Copa/ refeitório, 01 (uma) Sala de armazenamento temporário de resíduos;

*Externa:*

- 01 (uma) Área de convivência externa, 01(uma) Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado, 01 (uma) Área externa para embarque e desembarque de ambulância, 01 (uma) Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa, 01 (um) Abrigo externo de resíduos sólidos e 01 (uma) Garagem (descoberta).

Ao tomarmos como referência as recomendações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (2013), para a disponibilização dos recursos humanos necessários ao atendimento às demandas do CER III, comprovamos a presença de alguns profissionais que não constam nesta normativa. De acordo com os dados disponíveis no Quadro 15, identificam-se os seguintes profissionais, a saber: o Agente Administrativo, o Auxiliar Operacional para Serviços Diversos (AOSD) e o Auxiliar Operacional de Saúde. Para efeito de funcionamento e operacionalização das ações e serviços no âmbito do CER III, as recomendações relativas aos recursos humanos, segundo a Coordenação Geral, deveriam conformar a equipe mínima proposta como pode ser visualizada no quadro abaixo.

Equipe Mínima do CER III segundo as recomendações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (2013)			
CER III		Equipe mínima	
Visual	Física	Auditiva	Quantidade
Médico			03
Auditiva: otorrinolaringologista; Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Visual: oftalmologista.			
Enfermeiro			02
Tec. Enfermagem			02
Fonoaudiólogo			05
Psicólogo			02
Fisioterapeuta			05
Terapeuta ocupacional			02
Nutricionista - opcional			01
Ortoptista - opcional			01
Protético ocular - opcional			01
Tecnólogo oftálmico - opcional			01
Assistente social - opcional			01
Pedagogo - opcional			01

**Quadro 16** - Equipe Mínima do CER III.

Fonte: Adaptação com base em Brasil (2013)

Diante do exposto, depreendemos que a presença desses profissionais junto ao CER III, relaciona-se ao papel desenvolvido pela Policlínica Codajás, enquanto mantenedora dos recursos humanos vinculados ao referido Centro Especializado em Reabilitação. Como visto anteriormente, todos os profissionais do CER III estão lotados na policlínica mencionada. Além do mais, devemos considerar as particularidades locais no empreendimento da atenção à saúde, estando a instituição promotora habilitada a deliberar quanto à composição de sua equipe de

trabalho, desde que não se negligencie as recomendações gerais atinentes à implementação da atenção em saúde pública: a quantidade mínima de recursos físicos e humanos.

Dando sequência à análise sobre os recursos humanos disponíveis no CER III, constatamos que este dispõe de uma coordenação como recomendado pela normativa, e esta está sob a responsabilidade de uma profissional de enfermagem. Esta possuía 10 anos e quatro meses de atuação junto à atual Policlínica Codajás e seu trabalho com as pessoas com deficiência, remonta o antigo Programa de Concessão de Órtese e Prótese, sua conversão para o Programa de Atenção Integral ao Deficiente (PAID) que, desde 2013, passara para o formato de Centro Especializado em Reabilitação. Enquanto coordenadora, suas atribuições no CER III voltam-se para:

Coordenar, supervisionar, avaliar e planejar as atividades da equipe [do CER III], bem como controlar o estoque de materiais e equipamentos, de expediente; Promover reuniões com a equipe do Centro; Elaborar relatórios e levantamentos estatísticos, referentes aos atendimentos e à dispensação de materiais e equipamentos, aos usuários inscritos no centro mensalmente e anualmente; Informar a equipe sobre a aplicação de regulamentos, normas e rotinas referentes à administração do setor; Realizar contatos com a rede de cuidados às pessoas com deficiência; Realizar ações de Educação Continuada em Serviço; Planejar com a equipe as atividades educativas e sociais dos usuários e colaboradores; [e] Solicitar aquisição de equipamentos e materiais de locomoção tendo como base a série histórica dos anos anteriores (informação verbal).

As atividades da coordenação implicam necessariamente no bom ou mau desempenho dos profissionais que realizam ações e serviços no CER III. Durante a pesquisa empírica, mediante observações *in loco*, pôde-se verificar que a relação profissional entre coordenadora e os demais profissionais, se processava de forma a permitir o fluxo da atenção aos distintos usuários no âmbito do CER III.

Ao presenciar o atendimento a uma criança com deficiência visual pela equipe interdisciplinar, notou-se uma convergência de ações com atenção detalhada aos procedimentos numa relação profissional e emocional entre quem cuida e quem era cuidado. A equipe celebrara como uma conquista do CER III o processo gradativo de habilitação materializado no sorriso da criança e de seus responsáveis.

A observação desta qualidade positiva que perpassara as relações profissionais fora evidenciada desde o primeiro contato com a coordenação em novembro de 2014 e com o início das atividades investigativas na instituição, em

março de 2016. A mediação realizada pela coordenadora mostrou-se como fundamental, pois o processo de familiarização com o ambiente requer atitudes dessa natureza o que contribuiu significativamente para a realização do presente estudo.

Quanto às atribuições da coordenação, é interessante destacar a realização de contatos com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. De acordo com a Coordenadora do CER III, a atenção à saúde no referido centro se desenvolve, ainda, por meio das parcerias com outras instituições. A entrevistada argumentou que essas parcerias são iniciadas por meio de visitas técnicas nas instituições que compõe a Rede de Cuidado, por exemplo, Instituto de Saúde da Criança do Amazonas (ICAM) / Hospital Adriano Jorge, além de universidades, como a Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Destacou, ainda, a necessidade de adensar e intensificar a articulação com a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SEPED) e a Associação Amazonense de Apoio aos Deficientes Auditivos e Usuários de Implante Coclear (AMADA). Sobressai, portanto a noção de rede na atenção no CER III. Esta confirmação reforça assim, o papel da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por criar “[...] condições de tratamento em reabilitação a partir do CER, que, na condição de nó da Rede, articula os outros componentes e pontos de atenção, sejam eles públicos, comunitários ou privados [...]” (CAMPOS, SOUZA & MENDES, 2015, p. 209).

Nessa lógica, a articulação multiprofissional para a realização das ações/atividades no CER III tende a propiciar maior visibilidade à instituição. O CER III tem se revelado à comunidade manauara, especialmente a partir de reportagens contínuas nos veículos de comunicação locais sobre os trabalhos lá realizados<sup>72</sup>. O processo de adesão às atividades realizadas no CER III obedece ao fluxo de atendimento mediante cadastros segundo o protocolo institucional. Para melhor apresentar as ações/atividades realizadas no CER III, tomaremos como referência os dados contidos no Relatório Descritivo do CER III (2016), o qual fora atualizado em março deste ano. Conforme o Relatório Descritivo do CER III (2015, p. 07), de janeiro a dezembro de 2015, foram:

---

<sup>72</sup>Vide: PORTAL DO AMAZONAS. Centros de Reabilitação da Susam beneficiaram quase 80 mil pessoas, com serviços e equipamentos. Disponível em <<http://portaldoamazonas.com/>>. Acesso em 21 jul. 2015.

[...] cadastrados 1.212 (um mil e duzentos e doze) usuários de 1ª vez [...], e 258 (duzentos e cinquenta e oito) reaberturas, totalizando 1.462 (um mil quatrocentos e sessenta e dois) cadastros. Dos inscritos 445 (30,27%) são do Módulo Auditivo, 189 (12,86%) do Módulo Estomizado, 507 (34,49%) do Módulo Ortopédico e 329 (22,38%) do Módulo Visual. Devido alguns usuários possuir a indicação de dois equipamentos, o total de equipamentos solicitados foi 2.106 (dois mil cento e seis) [...].

A coordenadora do CER III considera que o atendimento às demandas na instituição mostra-se como fundamental. Associa as atividades realizadas ao que propõe a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e destaca as limitações no atendimento às restrições próprias da gestão superior (limitações decorrentes da redução nos gastos o que impacta no alcance das metas<sup>73</sup>), para que a atenção reflita as proposições do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (*Viver Sem limite*). Porém, destaca os avanços advindos com o desenvolvimento do *Plano Viver Sem Limite*, do qual a expressão mais recente é o processo de reforma da atual estrutura física do CER III. Para ilustrar, no Gráfico 02 estão dispostos os percentuais relativos aos cadastros pela primeira vez e a abertura de novos cadastros.



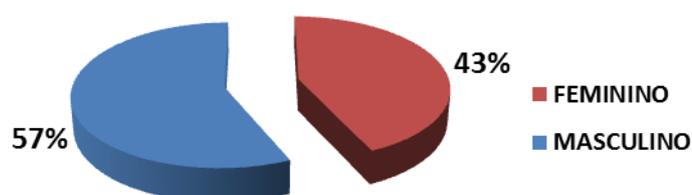
**Gráfico 02** -Cadastro (1ª Vez e Reabertura/Usuários) por Módulo.

Fonte: Relatório Descritivo CER III (2015)

<sup>73</sup> Em razão do não acesso ao Plano de Ação do CER III (2015) e de o atual estar em elaboração durante o período da pesquisa, não fora possível sua disponibilização para que pudéssemos consolidar as informações estabelecendo a relação entre o que se propunha e o que fora alcançado em 2015.

A variável sexo pode ser observada no Gráfico 03, onde estão dispostos os percentuais dos usuários cadastrados pela primeira vez, de modo que 43% são do sexo feminino e 57% são do sexo masculino. Os dados em análise nos permitem inferir que estes tendem a não expressar a situação nacional no que se refere à expressão majoritária de mulheres com deficiência. Em se tratando de Brasil, constatou-se que 25.800.681 (26,5%) são mulheres e 19.805.367 (21,2%) são homens, segundo o IBGE (2010); (OLIVEIRA, 2012).

**Gráfico 03 - Cadastro de Usuários 1ª vez  
sexo**



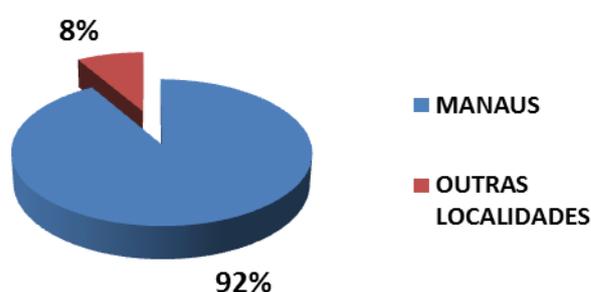
**Gráfico 03 - Cadastro (1ª Vez) Variável Sexo.**  
Fonte: Relatório Descritivo CER III (2015)

Outra questão a ser considerada em relação às demandas do CER III refere-se aos usuários advindos do interior do estado, ou mesmo de outras regiões e que são contemplados com a atenção em saúde, o que nos remete ao princípio doutrinário de universalidade já exposto anteriormente no Capítulo I, tópico 1.2. Sinalizamos, ainda, que parte substantiva das ações e serviços destinados às pessoas com deficiência concentra-se na capital Manaus, dada sua proporção demográfica. Assim, segundo o Relatório Descritivo do CER III (2015), em se tratando das demandas por saúde:

Destes 92% residem em Manaus e 8% em outros municípios do Estado (Gráfico 3). O CER também atendeu usuários oriundos de outro Estado, a exemplo do Pará. Quanto ao interior do Amazonas, grande parte dos usuários provém de, Manacapuru, Maués, Parintins, Itacoatiara, Iranduba, Itamarati, Alvarães, Tefé, Nhamundá, Maraã, Manicoré, Manaquiri, Rio Preto da Eva, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, e São Gabriel da Cachoeira, Eirunepé, Parintins, Novo Airão, Novo Aripuanã, e outros municípios.

No Gráfico 04, a seguir, estão dispostos os percentuais destacados no Relatório Descritivo do CER III (2015). Com base nessas informações, percebe-se a necessidade de se promover a expansão da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência para o interior do estado do Amazonas. Compreende-se que, em razão da incipiência da Rede de Cuidado, aliada a não atenção a essa questão que se apresenta como herança na forma de conduzir as políticas de saúde (CAMPOS, 2003; PAIM, 2007), tenderá a sobrecarregar a oferta dos bens e serviços comprometendo a qualidade postulada pela política de saúde brasileira.

**Gráfico 04 - Procedência dos Usuários do CER III**

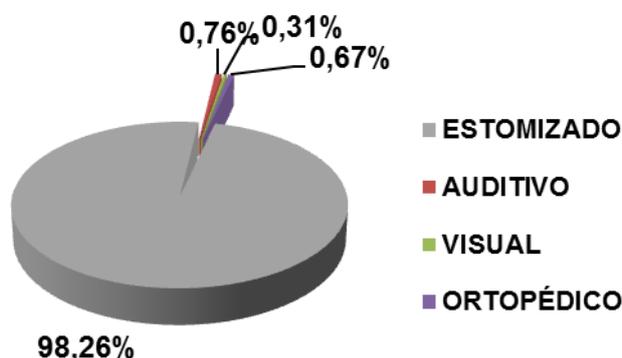


**Gráfico 04 - Procedência dos Usuários do CER III.**  
Fonte: Relatório Descritivo CER III (2015)

Quanto à concessão de equipamentos, de acordo com os dados do Relatório Descritivo do CER III (2015), tal como exposto no Gráfico 05, tem-se ainda realizado o acesso a vários mecanismos (órgãos, próteses, meios auxiliares de locomoção, etc.) voltados para o processo de reabilitação necessário ao convívio social. Desse modo, em 2015:

Houve a concessão de 76.426 equipamentos (Gráfico 5), para 1.857 usuários, destes, 971 estomizados receberam 75.099 (98,26%) equipamentos para estomia intestinal e urinária; 238 (0,31%) usuários do Módulo Visual receberam órgãos oculares; 299 usuários do Módulo auditivo receberam 581 (0,76%) equipamentos, e 359 usuários do Módulo Ortopédico receberam 509 (0,67%) órgãos/próteses e materiais auxiliares de locomoção (RELATÓRIO DESCRITIVO, 2015, p. 09).

Gráfico 05: Concessão de Equipamentos



**Gráfico 05** - Concessão de Equipamentos.  
 Fonte: Relatório Descritivo CER III (2015)

De acordo com as falas das profissionais investigadas, o processo de concessão de equipamentos requer ainda o acompanhamento dos usuários beneficiados. Dessa forma, tais ações devem pautar-se numa abordagem integral com projeto terapêutico singular perpassando a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2013).

É preciso reconhecer que o processo de reabilitação não se limita à concessão de equipamentos. Além disso, os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir entre outras questões: Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado; Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional; E realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos (Ibid), pois considera-se que:

Mais importante que a entrega dos instrumentos de auxílio às pessoas com deficiência é a continuidade do tratamento (monitoramento). Todos os usuários beneficiados passaram por uma triagem da equipe do CER III e, após receber o equipamento, eles são acompanhados e avaliados para verificar a adaptação do produto e a integralidade da saúde. Esse usuário também deve participar de ações educativas e socioculturais ao longo do ano (RELATÓRIO DESCRITIVO, 2015, p. 09-10).

Apesar da experiência acumulada pela forma de organização do antigo PAID, acredita-se que a nova conformação da atenção às pessoas com deficiência é vislumbrada como um avanço substantivo no contexto da saúde. Como afirmam Campos, Souza & Mendes (2015, p. 209): “Antes da atual política, o cuidado à saúde da pessoa com deficiência estava restrito a equipamentos de reabilitação: serviços do componente de saúde da Atenção Especializada, o que [era] insuficiente para as demandas de saúde da pessoa com deficiência. [...]”.

Nesse sentido, as autoras destacam o papel que deve ser desempenhado pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, no que concerne ao atendimento aos princípios do SUS. Retoma-se aqui o entendimento de que, por meio da consolidação da Rede de Cuidado, estará se propiciando os meios necessários ao atendimento integral em harmonia com os pressupostos do SUS.

Dando prosseguimento à discussão e retomando o debate sobre os recursos humanos, destacamos que as especialidades médicas (profissionais de medicina lotados na Policlínica Codajás) que atuam no CER III referem-se à especialização em otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia e proctologia, atendendo às recomendações da Coordenação Geral de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Destes, somente o profissional de proctologia não é exclusivo do CER III, ou seja, esse profissional é disponibilizado pela Policlínica Codajás, de modo que o atendimento às demandas específicas para essa especialidade no CER III seja realizado. A relevância da atuação desse profissional, a que já se fez referência, relaciona-se à particularidade do CER III (Manaus) na constituição de módulo específico de atenção para as pessoas com estomia.

Um dado interessante refere-se aos profissionais de Nutrição e de Serviço Social. Segundo a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013), esses profissionais são considerados opcionais na conformação do quadro técnico do CER III. A título de exemplo, durante a vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (revogada em 2011), a Portaria complementar 587/2004 em seu anexo II, determinava que a equipe mínima para atuar na atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade não prescindia do profissional de Serviço Social. A Saúde Auditiva necessitaria, assim, de uma equipe mínima composta por “[...] 01 Médico otorrinolaringologista; 04 Fonoaudiólogos (sendo pelo menos dois com qualificação

para trabalhar em audiologia e dois para terapia); 01 Assistente Social; 01 Psicólogo. [...]” (BRASIL, 2004, p. 10).

Com a nova configuração da atenção, por meio da Rede de Cuidado, a atuação desses profissionais não fora considerada como imprescindível na composição da equipe técnica. Isto, em grau considerável, representa um desafio que tende a limitar o processo de atenção à saúde das pessoas com deficiência no CER III. A atuação desses profissionais mostra-se deveras necessária, em razão das demandas de atenção à saúde advindas das pessoas com deficiência no âmbito do CER III, como se pode constatar no Quadro 14. Outro aspecto a ser considerado refere-se à abordagem integral que ficaria prejudicada nas dimensões atinentes às ações do Serviço Social e da profissional de Nutrição.

No caso do papel desempenhado por profissionais de Serviço Social no CER III, com a construção dos processos que em sua maioria, viabilizam o acesso às órteses, próteses e demais equipamentos aos sujeitos demandantes por saúde no CER III, é fundamental. O aprofundamento dessa discussão será realizado no tópico seguinte. Quanto ao profissional de nutrição, este desenvolve suas ações, especialmente, no âmbito do Módulo Ostomizado, considerando-se as particularidades desta demanda que envolve o cuidado com a alimentação.

As prescrições para a implementação das ações/atividades no CER III estão contidas nos instrutivos referentes ao processo de atenção nos CERs, isto é, as orientações para os procedimentos obedecem ao protocolo relativo ao fluxo de atendimento às pessoas com deficiência. No que tange à quantidade de atendimentos, a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece um quantitativo mínimo mensal. Conforme estabelece a Coordenação Geral (2013):

[...] A média do número de usuários atendidos deve considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, a saber: Reabilitação Auditiva: mínimo de 150 usuários/mês; Reabilitação Física: mínimo de 200 usuários/mês; Reabilitação Intelectual: mínimo de 200 usuários/mês [...] (BRASIL, 2013, p. 09).

A somatória de todos os atendimentos em um mês deveria equivaler a 750 usuários no âmbito do CER III em Manaus, de acordo com essas recomendações. Se tomarmos como referência os dados do Quadro 14, relativo ao ano de 2014,

teremos os seguintes quantitativos, a saber: 20.759 atendimentos que, divididos por 12 meses (um ano), expressam aproximadamente 1.729 atendimentos. Ao dividirmos esse quantitativo pelas três especialidades do CER III (Auditiva, Física e Visual), teremos uma média aproximada de 432 usuários atendidos no nível das especialidades (superior) – um quantitativo superior ao recomendado.

Há de se fazer um reconhecimento à cobertura realizada pelo CER III em Manaus, em se tratando de um estabelecimento que realiza atenção na média complexidade, quando se consideram as inúmeras limitações pelas quais o sistema de saúde público brasileiro tem passado. Paim et al. (2011, p. 24) destacam que: “A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados [...]”.

À luz desta constatação é que situamos o papel do CER III na atenção às demandas por saúde em Manaus na média complexidade. Há, ainda, de se fazer uma advertência. Diz-se da necessidade de profissionais, recursos humanos em quantidade suficiente de modo a dar conta das demandas postas ao CER III, cuja carência tem levado à sobrecarga ora apresentada.

Ao tratarmos dos Recursos Físicos e Equipamentos (infraestrutura) específicos recomendados pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (2013), já visualizados anteriormente, durante a pesquisa empírica, identificaram-se, igualmente, algumas pendências que entram em contraste com as determinações das normativas que tratam do funcionamento dos CERs de forma geral.

Consoante com estas normativas, o CER (CER III) deve estar em conformidade com as Legislações e Normas de Acessibilidade de Edificações (NBR-9050<sup>74</sup>), além de dispor de um conjunto de instalações físicas e de equipamentos que não podem deixar de ser considerados. Desta feita, quanto à estrutura física e equipamentos necessários à realização a atenção em saúde, atualmente, o CER III dispõe dos equipamentos e da estrutura física presentes no quadro a seguir. Tais informações podem ser encontradas no CNES (2016) do Ministério da Saúde e os

---

<sup>74</sup>Esta norma estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050, 2004, p. 09).

mesmos referem-se à infraestrutura, aos recursos materiais e humanos da Policlínica Codajás. Vejamos:

<b>Equipamentos e Estrutura Física da Policlínica Codajás</b>		
<b>Equipamentos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Em uso</b>
<b>Audiológico</b>		
Emissões Otoacusticas Evocadas Transientes	01	01
<b>Equipamentos de Diagnostico Por Imagem</b>		
Raio X De 100 A 500 Ma	01	01
Ultrassom Convencional	01	01
Ultrassom Doppler Colorido	02	02
Ultrassom Ecografo	01	01
<b>Equipamentos de Infra-Estrutura</b>		
Controle Ambiental/Ar-Condicionado Central	01	01
<b>Equipamentos para Manutenção da Vida</b>		
Desfibrilador	01	01
Reanimador Pulmonar/Ambu	02	02
<b>Equipamentos Por Métodos Gráficos</b>		
Eletrocardiógrafo	04	04
Eletroencefalógrafo	02	02
<b>Equipamentos por Métodos Ópticos</b>		
Endoscópio Digestivo	02	02
<b>Outros Equipamentos</b>		
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	04	04
Aparelho de Eletroestimulação	03	03
Forno de Bier	04	04
<b>Instalações Físicas para Assistência Ambulatorial</b>		
Clinicas Básica	15	
Clinicas Especializada	37	
Sala de Curativo	02	
Sala de Enfermagem (Serviços)	23	
Sala de Gesso	01	
Sala de Pequena Cirurgia	01	
<b>Serviços de Apoio</b>		
Ambulância		
Central de Esterilização de Materiais		
Farmácia		
Lavanderia		
Nutrição e Dietética (S.N.D.)		
S.A.M.E. ou S.P.P. (Serviço de Prontuário de Paciente)		
Serviço de Manutenção de Equipamentos		
Serviço Social		

**Quadro 17-** Equipamentos e Estrutura Física da Policlínica Codajás  
Fonte: CNES (2016)

Com base no Quadro 17, constatou-se que o atendimento às demandas por saúde no CER III se realiza mediante a disponibilização de equipamentos, estrutura física e de recursos humanos próprios e de equipamentos, estrutura física e recursos humanos que, em parte, são cedidos pela Policlínica Codajás, numa relação contínua com o CER III. Por estar vinculado à Policlínica Codajás, essa articulação se mostra como positiva, pois se verificou que em razão do acesso

imediatamente às distintas especialidades na Policlínica o atendimento tende a ser ampliado.

Acerca das limitações ora evidenciadas, a responsável pela coordenação do CER III afirmou que este estava passando por um processo de reforma, de modo que, com a conclusão dessas atividades, estará cumprindo as normativas atinentes às prescrições da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

De acordo com a coordenadora do CER III:

O processo de reforma do CER [está se desenvolvendo] por meio do Processo n. 035630/13, cuja empresa contratada [...] é a KRN Cunha, Processo 12279/2015 que visa garantir a adequação à estrutura física em cumprimento ao Manual de Ambiência dos CER. A previsão de conclusão da reforma é final de julho de 2016. Essa iniciativa faz parte do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver Sem limite -, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade desses serviços no âmbito do SUS (informação verbal, março de 2016).

A conformidade com o Manual de Ambiência verbalizada pela coordenadora do CER refere-se aos itens “a” e “b” (relativos à estrutura física e aos equipamentos necessários à atenção) supramencionados e aos recursos humanos presentes no Quadro 16, tendo em vista o desempenho do papel central do CER III na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Manaus. Envolve ainda sua conformidade com as Legislações e Normas de Acessibilidade de Edificações (NBR-9050).

Durante a pesquisa de campo, identificamos as limitações ora evidenciadas, bem como as possibilidades de superação. Portanto, dispor das condições exigidas pela nova proposta volta-se para a ampliação efetiva do acesso aos distintos bens e serviços no âmbito da Saúde Pública a partir do CER III. Nessa perspectiva, Campos, Souza & Mendes (2015, p. 209) afirmam que:

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em suma, cria condições de tratamento em reabilitação a partir do CER, que, na condição de nó da Rede, articula os outros componentes e pontos de atenção, sejam eles públicos, comunitários ou privados. O CER é, portanto, estratégico na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às pessoas com deficiência, inclusive, em termos de acolhimento de diferenças e de humanização dos cuidados. Daí sua centralidade na nova Rede.

A centralidade em questão toma materialidade quando guarda relação com um efetivo contingente profissional e de condições físicas e equipamentos que dê conta das demandas específicas por saúde relativas às pessoas com deficiência.

Ainda segundo a coordenadora do CER III, em relação aos recursos humanos, ela destacou que se está:

[...] aguardando o resultado do concurso público que contemplará no quadro de vagas o profissional de fonoaudiologia, fisioterapeuta e outros profissionais. Contudo, nos foi comprometido em completar o quadro com os profissionais que estão faltando (informação verbal, março de 2016).

Após a habilitação do CER III, este deveria estar apto a desenvolver as ações/atividades relativas ao cuidado às pessoas com deficiência desde 2013, quando da mudança de formato de PAID para centro especializado. O compromisso com a disponibilização de profissionais, que se refere à coordenadora para atuarem após a habilitação, relaciona-se à articulação já evidenciada, entre o CER III e a Policlínica Codajás. Infere-se, assim, que o caso do profissional de Proctologia, do Técnico de Enfermagem, do Agente Administrativo, do Auxiliar Operacional para Serviços Diversos (AOSD) e do Auxiliar Operacional de Saúde são exemplos do compromisso voltado para a atenção em saúde no CER III, após a habilitação com sua assimilação pela Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência.

A discussão em tela lançara luz ao *Lócus* da pesquisa, sua infraestrutura, os recursos humanos e materiais, de modo a desvelar as ações e serviços oferecidos no CER III, bem como sua natureza e operacionalização. Enquanto instituição pública cuja atenção se dá, preponderantemente, no nível médio e, na contrarreferência para a alta complexidade, numa articulação contínua com as clínicas especializadas, o CER III tem se apresentado como espaço diferenciado no processo de consolidação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito da saúde no Estado do Amazonas.

Após a instituição da Portaria MS/GM 3.246/2013, como parte das ações do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência (*Viver sem Limite*) que o habilitou para Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III), este centro vem se mostrando como ponto estratégico de articulação com os demais pontos da incipiente Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Manaus. Com a vênua de Lenir Santos (2011), sobre o significado das redes na contemporaneidade, há de se reforçar o papel fundamental a ser desempenhado com a consolidação da Rede de Cuidado em Manaus, pois concordamos com a autora quando a mesma afirma “[...] que na área pública não se

poderá fugir do formato de redes sociais, sob pena de não se garantir os direitos que se pretende proteger [...]” (p. 30).

Neste prisma, inferimos que o direito à saúde e seu acesso pelas pessoas com deficiência, na perspectiva da integralidade, ao nível local, somente se materializará se se efetivarem aproximações sucessivas aos pressupostos do SUS, mediante a consolidação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Manaus. Em relação a essa questão, no tópico seguinte, empreenderemos o aprofundamento da discussão e análise sobre desafios e perspectivas na atenção à saúde auditiva a partir da visão da equipe técnica do CER III.

### **3.3 Desafios e perspectivas na atenção à saúde auditiva a partir da visão da equipe técnica do CER III**

Desde o lançamento do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (*Viver sem Limite*<sup>75</sup>), em dezembro de 2011, envolvendo 17 Ministérios e a posterior instituição da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS<sup>76</sup> que estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência (temporária ou permanente; progressiva; regressiva ou estável; intermitente ou contínua), entrou em cena a figura dos Centros Especializados em Reabilitação (CER). No que se refere à saúde auditiva, enquanto política pública – com objetivos e diretrizes bem definidos –, esta foi revogada, dado que a Rede de Cuidados atenderia amplamente o segmento em suas distintas demandas, uma nova proposta de atenção às pessoas com deficiência no Brasil.

Campos, Souza & Mendes (2015, p. 209) destacam que:

A atual política define que a Rede se organiza nos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência<sup>77</sup>. Os pontos de atenção desses componentes estão

<sup>75</sup> Decreto Presidencial Nº 7.612 de 17 de Novembro de 2011. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)>. Acesso em 10 jun. 2016.

<sup>76</sup> Portaria Nº 793 de 24 de abril de 2012 (Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro), Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 10 jun. 2016.

<sup>77</sup> De maneira detalhada os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são: Atenção Especializada em Reabilitação: Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em

articulados por conjuntos de ações, de protocolos de ação e de procedimentos, que estabelecem os processos e os fluxos do cuidado entre os componentes e seus pontos de atenção.

Integrantes do componente de Atenção Especializada, os Centros Especializados em Reabilitação mostram-se como fundamentais na atenção à saúde do segmento das pessoas com deficiência, quando os relacionamos às formas pretéritas de atendimento no campo da saúde.

Lócus central deste estudo, o Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) está organizado em quatro módulos de atenção, sendo eles: o **Módulo Ortopédico**, o **Módulo Visual**, o **Módulo Auditivo e o Módulo Ostomizado** (Físico).

Neste estudo, o foco da pesquisa é a análise dos serviços de atenção à saúde auditiva, a partir da visão da equipe técnica que atende no referido módulo auditivo. Visou-se, portanto, detectar os limites e possibilidades na implementação dos serviços destinados aos demandantes por Saúde Auditiva, no contexto do Plano Viver Sem Limite em que se situa a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Manaus.

De acordo com a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (2013):

Os serviços que oferecem reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que podem fazer a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora individual (AASI). Devem garantir o melhor aproveitamento da audição residual da pessoa com deficiência auditiva realizando o processo de reabilitação auditiva, incluindo: diagnóstico - consultas e exames audiológicos -, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Além disso, é de fundamental importância o acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI (BRASIL, 2013, p. 10).

Nessa perspectiva, realizamos a discussão e análise dos dados sobre os serviços dispensados no Módulo Auditivo, articulando duas dimensões: *a primeira atinente aos recursos humanos enquanto elementos imprescindíveis à realização*

---

Múltiplas Deficiências (Centros Especializados em Reabilitação (CER); Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Oficinas Ortopédicas; e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)); Atenção Básica (Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde; Atenção odontológica) e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (Leitos de cuidados prolongados; Centros Cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a pessoas com deficiência) (BRASIL, 2013).

dos serviços e a segunda referente à infraestrutura (física, materiais, equipamentos), com seu grau de importância, na qual o aspecto financeiro se revela em alguma medida.

Quanto aos recursos humanos, segundo o fluxograma supramencionado na Figura 04, o Módulo Auditivo apresenta os seguintes profissionais: Médico Otorrinolaringologista, Fonoaudióloga, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional. Esta informação é a mais divulgada quando se trata dos serviços realizados no Centro nos meios de comunicação públicos e privados – razão pela qual se buscou investigar 100% da equipe outrora referida. Sobre esses profissionais é que, inicialmente, buscou-se desvelar as relações que perpassam o atendimento em saúde auditiva no CER III.

No entanto, ao longo da investigação, detectamos um quadro de profissionais (equipe técnica) que difere do que consta nos documentos e nas informações disponíveis no sítio da Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), bem como do que determina a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013), como viemos destacando. Uma das atribuições da Coordenação Geral é a de “coordenar e supervisionar a elaboração dos planos, programas e projetos que compõem a política nacional de inclusão da pessoa com deficiência” (BRASIL, 2016, s/p). Refere-se, portanto, à definição e supervisão dos procedimentos no campo da atenção à saúde das pessoas com deficiência sob os quais as ações e serviços no atendimento às pessoas com deficiência devem se pautar. Refere-se, ainda, à determinação do quadro técnico necessário a tal processo.

Em se tratando do quadro técnico detectado, os dados revelam que atualmente, o Módulo Auditivo dispõe de uma equipe com os seguintes profissionais. Vejamos no quadro abaixo:

Sujeitos da Pesquisa			
Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)			
Setor de atuação/Discriminação	Formação	Quantidade	
Coordenação (CER III)	Enfermeira	01	10%
	Fonoaudióloga	02	20%
Módulo II Saúde Auditiva	Médico Otorrinolaringologista	01	10%
	Assistente Social	01	10%
	Psicóloga	01	10%
	Terapeuta Ocupacional	01	10%

	Nutricionista	01	10%
	<b>Agente Administrativo</b>	01	10%
	<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	01	10%
<b>Total da equipe técnica</b>		<b>10</b>	<b>100%</b>
<b>Total de sujeitos investigados</b>		<b>09</b>	<b>90%</b>

**Quadro 18** - Sujeitos da Pesquisa.

**Fonte:** Elaboração própria, 2016.

A pesquisa conseguiu atingir 90% dos sujeitos em potenciais, pois, durante a investigação, somente não nos foi possível entrevistar o profissional de otorrinolaringologia. A dinâmica do CER III e o compromisso para o desenvolvimento da pesquisa exigiam que não se interferisse no andamento das atividades cotidianas – observância esta que fora feita com rigor.

Todavia, após o primeiro e único contato com o profissional de otorrinolaringologia, na primeira quinzena de março de 2016, não nos foi possível agendar outra data – razão pela qual foi acordado entre pesquisador e pesquisado encaminhar o roteiro de entrevista via e-mail, de modo que ele pudesse contribuir com esta investigação. Entretanto, após o envio do e-mail endereçado ao profissional, não obtivemos o retorno esperado, isto é, o roteiro preenchido com as respostas das questões acerca dos serviços desenvolvidos pelo profissional.

Esta limitação nos remete à reflexão realizada por Michel (2005) acerca do comportamento científico do pesquisador, quando diante das circunstâncias (eventualidades e adversidades) que tendem a interferir no processo investigativo. A autora, assim, sublinha a questão:

O pesquisador precisa aprender a ser humilde para aprender que o conhecimento nunca está pronto, acabado. Para abrir-se para novos conhecimentos, é necessário saber-se limitado e pronto para aceitar erros e enganos, buscar e refazer novos caminhos. É imparcial, não torce os fatos, respeita a verdade. Cultiva a honestidade, evita o plágio, não assume como seu o que é produto de outros e tem coragem suficiente para enfrentar obstáculos, dificuldades e desânimos que uma pesquisa possa oferecer (p. 21).

Por esse ângulo, a pesquisa em tela tivera êxito com a coleta de informações junto aos demais profissionais que se disponibilizaram a colaborar com a construção do presente estudo. Destarte, limitamo-nos a investigar somente os profissionais constantes no quadro a seguir.

Perfil dos Sujeitos Investigados (CER III/Módulo Auditivo)					
Profissional	Formação	Qualificação / Aprimoramento	Sexo	Qt.	Tempo de Atuação no CER III
Enfermeira	Enfermagem	Especialização em Estomaterapia	Fem.	01	10 anos, 04 meses
Fonoaudióloga A	Fonoaudiologia	Especialização em Reabilitação Auditiva com Ênfase em crianças de 0 a 3 anos pela USP	Fem.	01	07 anos
Fonoaudióloga B	Fonoaudiologia	Especialização em Audiologia Clínica pelo CEFAC SP e especialista em Habilitação e Reabilitação em crianças com DA de 0 a 3 anos	Fem.	01	14 anos
Assistente Social	Serviço Social e Direito	Curso básico de libras – Esse curso é oferecido a toda a equipe do CER III anualmente.	Fem.	01	08 anos, 10 meses
Psicóloga	Psicologia	Não possui formação complementar.	Fem.	01	07 anos
Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional	Especialização em Psicomotricidade	Fem.	01	02 anos
Nutricionista	Nutrição	Não possui formação complementar.	Fem.	01	02 anos
<b>Agente Administrativo</b>	Nível Médio	Curso básico de libras – Esse curso é oferecido a toda a equipe do CER III anualmente.	Fem.	01	02 anos
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	Nível Médio	Não possui formação complementar.	Fem.	01	05 anos

**Quadro 19** – Perfil dos Sujeitos Investigados (CER III/Módulo Auditivo)

Fonte: Pesquisa de Campo, março a junho de 2016.

No quadro 19, está elencado o perfil dos profissionais responsáveis pela atenção em saúde auditiva no CER III em Manaus. Para efeito das determinações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (DAPES/SAS/MS, 2013), no âmbito do CER III, a atenção à saúde auditiva deverá dispor de um quadro técnico (recursos humanos), físico e de equipamentos mínimos. Os recursos humanos compreendem o Médico Otorrinolaringologista, o Fonoaudiólogo e o Psicólogo. Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, outros profissionais, dentre os quais se destaca o profissional de Serviço Social.

No Quadro 15, visualiza-se a presença de todos os profissionais que realizam ações/atividades no Módulo Auditivo, como determina a Coordenação Geral, bem como a presença de profissionais de nível superior que não constam na normativa em questão. Estes últimos são: a Enfermeira, a Terapeuta Ocupacional e a Nutricionista. Destacamos que, a atuação destes profissionais está atrelada ao andamento das atividades cotidianas no CER III. Como estes se fazem presente nos demais módulos de atenção, sua mediação tende a ampliar a intervenção profissional como característica da atuação interdisciplinar – pressuposto da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Outra observação refere-se, ainda, à presença dos profissionais de nível médio como a Técnica de Enfermagem e a Agente Administrativa<sup>78</sup>. A presença destes profissionais se dá em razão da manutenção dos recursos humanos “comuns de habilitação<sup>79</sup>” (presentes nas recomendações da Coordenação Geral), porque tem relação com a necessidade da atuação destes últimos para dar andamento aos atendimentos em todos os módulos do CER III, de forma articulada. São recursos humanos necessários ao pleno funcionamento do Centro e, por conseguinte, do Módulo Auditivo no que é referente às mediações para a operacionalização das ações e serviços.

A nosso ver, esta articulação estabelece certa proximidade com a integralidade na atenção enquanto “[...] novo enfoque para o direito à saúde. [Já que] A integralidade, [tem] como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade [...]” (NOGUEIRA & MIOTO, 2009, p. 225) – qualidades estas presentes em muitas das ações desenvolvidas no CER III.

De acordo com os pesquisados, bem como as observações realizadas em campo, estes realizam os seguintes serviços no Módulo Auditivo do CER III. Vejamos no quadro abaixo:

---

<sup>78</sup> Particularmente, as profissionais de Terapia Ocupacional e a Agente Administrativo realizam suas atividades há pouco mais de 01 (um) ano no Módulo Auditivo. Não obstante, suas intervenções têm contribuído em larga medida para o acesso aos bens e serviços no âmbito do Módulo Auditivo como se pôde constatar durante a pesquisa de campo.

<sup>79</sup> Nomenclatura utilizada nos instrumentos disponibilizados pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com deficiência (2013).

<b>Serviços do Módulo Auditivo do CER III</b>	
<b>Procedimentos Específicos de Saúde Auditiva/ Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada</b>	
Otorrinolaringologista	Avaliação p/ Diagnóstico Diferencial de Deficiência Auditiva; Tratamento de Doença do Ouvido Externo Médio e da Mastoide; Consulta Médica em Atenção Especializada;
Fonoaudiologia	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea/Óssea); Logaudiometria; Imitanciométrica; Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Especializada; Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada; Avaliação Para Diagnóstico De Deficiência Auditiva > 03 Anos;
Serviço Social	Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Especializada; Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada; Busca Ativa; Visita Institucional por Profissional de Nível Superior;
Psicólogo	Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Especializada; Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada; Busca Ativa; Visita Institucional por Profissional de Nível Superior; Terapia em Grupo; Terapia Individual; Visita Domiciliar por Profissional De Nível Superior;
Nutricionista:	Consulta De Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada; Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Especializada; Acompanhamento de Pacientes em Terapia Nutricional; Avaliação Antropométrica.
Terapeuta Ocupacional	Atividade Educativa / Orientação em grupo na atenção especializada; prática corporal / atividade física em grupo; visita domiciliar/institucional em reabilitação - por profissional de nível; consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada;

**Quadro 20** – Serviços do Módulo Auditivo do CER III

Fonte: Pesquisa de Campo, março a junho de 2016.

Percebemos, com base no quadro 20, que as informações apresentadas pelos profissionais relacionam-se às atividades presentes nos procedimentos de atenção à saúde do Ministério da Saúde, particularmente aqueles atinentes à saúde auditiva. Tais procedimentos são normatizados pela Portaria nº 971/SAS/MS, de 13 de setembro de 2012. Esta portaria adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS guardando relação, também, com a prestação de assistência à saúde mediada pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

A título de informação, no Quadro 21, identificam-se os profissionais habilitados para lidar com essas demandas segundo Portaria nº 971/SAS/MS (2012). Vejamos:

Composição de Profissionais Mínima para o Serviço Especializado 164 Serviço de Órteses Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação					
164	Serviço de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação	Cód. Clas.	Descrição da Classificação	Equipe Mínima	
				CBO	Descrição
		005	Dispensação de OPM Auditiva	-	Sem Definição
		006	Manutenção e Adaptação de OPM Auditiva	2252-75	Médico Otorrinolaringologista
				2238-10	Fonoaudiólogo
				2252-45	Médico Foniatra
				2238-10	Fonoaudiólogo

**Quadro 21** – Composição de Profissionais Mínima para o Serviço Especializado 164 Serviço de Órteses Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação  
Fonte: Pesquisa documental, Julho de 2016.

De porte dessas informações, buscamos conhecer como se desenvolviam as atividades destes profissionais no Módulo Auditivo, considerando-se a normativa em questão e as demandas por saúde auditiva, tencionando a identificação dos limites e possibilidades na atenção. Os depoimentos a seguir revelam nuances das atividades de rotina, pois fazem parte do cotidiano dos especialistas que atendem no Módulo Auditivo. Assim, as falas dos profissionais apresentam os seguintes conteúdos, a saber: “Sou responsável pelas terapias fonoaudiológicas. Após o processo de protetização, as crianças são encaminhadas para iniciar as sessões de reabilitação através das terapias fonoaudiológicas” (Fonoaudióloga 01, informação verbal).

Atender os usuários de demanda espontânea e os inscritos no CER III encaminhado pelo Serviço Social e Otorrinolaringologista; Examinar a documentação do usuário constante do processo; Realizar entrevista com o usuário e responsável, avaliando a acuidade auditiva por meio do exame de audiometria; Informar sobre o objetivo do CER III e rotina de atendimento; Realizar exames de Audiologia (Audiometria, Imitanciometria e EOA) e emitir Laudos; Expedir declaração de comparecimento ao usuário se necessário; Registrar o atendimento diário no BPAI e no mapa diário, as atividades desenvolvidas e encaminhar à sala da secretária da supervisão; Elaborar relatório descritivo anual; Realizar parecer técnico se necessário, dos materiais e/ou equipamentos de audiologia, emitindo notificação de conformidade e/ou não conformidade juntamente com a equipe técnica quando necessário; Participar de reunião com a supervisão do CER III para avaliação das ações programadas x realizadas x oficinas, treinamentos e capacitações; Encaminhar os usuários para agendamento com os especialistas, quando necessário; Tomar conhecimento de expedientes, avisos; Entregar o prontuário (processo) após a finalização dos registros ao

Centro de Processamento de Dados - CPD para os controles estatísticos” (Fonoaudióloga 02, informação verbal).

“Abordagem sobre a deficiência auditiva com indicações, características e orientações gerais das recomendações nutricionais, levando em conta as necessidades específicas de cada paciente” (Nutricionista, informação verbal).

“Faço atividades educativas. Faço individual e em grupo. Biblioterapia. Trabalho com usuários através da leitura” (Psicóloga, informação verbal).

Dia de segunda e quarta-feira a recepção agenda para mim usuários de primeira vez no Módulo Auditivo. Que são os usuários que vem abrir o processo.. A porta de entrada é o Serviço Social. Após a entrada são encaminhados para os demais profissionais. Aí, é nesse momento que eu faço uma anamnese sobre como o usuário está vivendo esse momento. Tem uma porcentagem bem menor que se queixa. Eles trazem alguma queixa (Terapeuta Ocupacional, informação verbal).

A análise dos depoimentos, à luz da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Plano Viver Sem Limite 2013), remete-nos a ausência de um elemento fundamental na prestação dos serviços em saúde auditiva. Trata-se do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este instrumento é essencial para que a atenção em saúde auditiva atenda às determinações da atual política materializada nas ações dos CERs.

O Projeto Terapêutico Singular relaciona-se ao direcionamento dado aos procedimentos de cuidado à saúde. Este é construído tomando-se como referência a identificação das particularidades dos usuários e de suas famílias, numa articulação com várias dimensões da vida sem que se prescindia da atuação dos profissionais e suas respectivas equipes de referência, pois compete a estes a condução (BRASIL, 2008).

Inferimos que a ausência do PTS na fala dos investigados esteja relacionada à incipiente instituição da Rede de Cuidado em Manaus. Porém, há de se atentar para esta questão, no sentido de se estabelecer o *feedback* no âmbito do CER III, para que esta demanda seja equacionada. Já vimos nas falas anteriores que o CER III está passando por uma reforma e que, ao fim desse processo, visualiza-se a materialização da atenção às pessoas com deficiência o mais integralmente possível.

Por outro lado, constatamos na fala da Profissional de Fonoaudiologia 02 uma informação que se faz presente em outros depoimentos dos profissionais ao longo da pesquisa. A profissional revela que, entre suas atividades, encontra-se a de “Participar de reunião com a supervisão do CER III para avaliação das ações programadas x realizadas x oficinas, treinamentos e capacitações” (informação verbal). Este argumento é fundamental para ilustrar a materialização das ações no CER III, pois diz respeito ao processo avaliativo no âmbito da política de saúde. A realização de ações dessa natureza tende a contribuir para a qualificação dos serviços numa relação interdisciplinar-integral.

Esta verificação situa-se no campo das possibilidades, no que se refere à prestação dos serviços em saúde auditiva no CER III. Contudo, sente-se a necessidade de avaliação sistemática e, por conseguinte, da construção de indicadores de avaliação da saúde auditiva, dado que até o ano de 2010 não havia “[...] instrumentos sistematizados para auxiliar os gestores na avaliação de serviços de saúde auditiva [...]” (MORETTIN; MELO & BEVILACQUA, 2010, p. 121). Tal questão é da maior importância, se consideramos a qualidade proposta pela Política Nacional de Saúde a que vimos fazendo referência.

Partimos do entendimento que a qualidade necessária à realização das atividades, no âmbito da saúde pública, passa pelo processo formativo e contínuo dos profissionais que atuam nos distintos estabelecimentos. Esta qualidade não se distancia da integralidade outrora mencionada. Então, visando desvelar as mediações que conformam a oferta dos serviços em saúde auditiva, questionou-se acerca da existência de cursos voltados para a capacitação da equipe do Módulo Auditivo do CER III.

Sobre a questão, a maioria dos investigados informou que existem cursos voltados para a capacitação dos membros da equipe do Módulo Auditivo. Dentre os cursos, há destaque para o curso de Libras (Língua Brasileira de Sinais), conforme a fala a seguir: “Sim, curso básico de Libras. Esse curso é oferecido a toda a equipe do CER III anualmente” (Assistente Social, informação verbal). Os demais profissionais informaram, ainda, que existem outros cursos voltados para a equipe e que se referem às atividades da profissional de Psicologia da Instituição, bem como cursos “[...] relacionado[s] a alguma data importante ou alguma modificação na

política e na dinâmica do serviço” (Terapeuta Ocupacional, informação verbal, março de 2016), além de cursos realizados em parceria com outras instituições.

Entre as competências da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, está a de fomentar e apoiar a especialização e a formação continuada dos atores e parceiros na execução da Política Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2013). Esta assertiva é constatada na fala da atual coordenadora do CER III, que destaca que, dentre as suas funções, está a realização de Educação Continuada em Serviço. Ademais, no âmbito do SUS a Educação Permanente relaciona-se à formação dos quadros técnicos, trabalhadores e usuários continuamente, como pressuposto da Política de Humanização do SUS. Entre seus objetivos encontramos o de “garantir nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa, incluindo trabalhadores e usuários” (PAIM, 2011a, p. 91).

Entendemos que esse processo mostra-se como indispensável tendo em vista a materialização do acesso aos bens e serviços em saúde auditiva com a qualidade proposta pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (2012). Como corroboram Trenche; Pupo & Barzaghi (2010, p. 51) ao afirmarem que, no âmbito da Saúde Auditiva, “o conceito de educação permanente envolve formação voltada para a qualificação dos processos de trabalho”.

Outra constatação refere-se à presença de profissionais de nível superior, com formação complementar ao nível de pós-graduação na área em que atuam. Entre os profissionais que atuam no Módulo Auditivo, apenas a Psicóloga e a Assistente Social informaram não possuir formação complementar. As demais profissionais, majoritariamente, afirmaram possuir cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*, como consta no Quadro 19.

Com base nessa informação, podemos inferir que o processo de qualificação mediado pelas formações e/ou capacitações, no contexto da saúde, tendem a corroborar com a filosofia da inclusão social na perspectiva advogada por Sasaki (2002), quando da modificação dos sistemas sociais gerais de nossa sociedade, de modo a possibilitar o acesso das pessoas com deficiência aos vários setores da sociedade, como é o caso da Saúde Auditiva.

A inclusão social também guarda relação com o acesso efetivo aos distintos equipamentos públicos (bem como o acesso às instituições privadas e não

governamentais). Nesse sentido, destaca-se que o CER III se encontra na parte inferior do edifício onde a Policlínica Codajás está instalada, situando-se ainda na parte dos fundos da Policlínica Codajás. O acesso às pessoas com deficiência é possível em razão das rampas existentes na instituição, das sinalizações por meio de linguagem iconográfica e piso tátil para pessoas com deficiência visual. São duas entradas pela Avenida Codajás, das quais uma é acessível às pessoas com deficiência. Ressalta-se que o acesso ao CER (III) deve-se realizar consoante com as Legislações e Normas de Acessibilidade de Edificações (NBR-9050).

Quanto à parte física/infraestrutura para o Módulo Auditivo, segundo a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, o CER III deveria dispor de 01 (um) Consultório Otorrinolaringológico; 01 (uma) Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica; 01 (uma) Sala para Exames complementares: Potencial Evocado Auditivo (BERA) e Emissões Otoacústicas (EOA) e 01 (uma) Sala para seleção e adaptação de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual).

Todavia, atualmente, o Módulo Auditivo não conta com 01 (uma) Sala para seleção e adaptação de AASI. Esta carência contraria os pressupostos contidos no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (*Plano Viver Sem Limite, 2013*), quando da oferta dos recursos mínimos necessários ao desenvolvimento das ações no CER III no módulo auditivo. Como alternativa de equação dessa questão, a protetização vem sendo realizada nas clínicas conveniadas. A solução para esta demanda fora enfatizada pela coordenadora do CER III, que fez o seguinte depoimento: “Estamos aguardando a reforma da estrutura física do CER III” (informação verbal, março de 2016), pois, após a reforma, todos os serviços serão realizados no CER III.

A reforma do CER III é reafirmada frequentemente por todos os investigados, como possibilidade concreta do aumento da qualidade na atenção à saúde auditiva e nos demais módulos do centro. Porém, a dinâmica cotidiana exige respostas imediatas às demandas no Módulo Auditivo. Isso requer, portanto, a disponibilização de todos os recursos necessários a tal empreendimento. Em relação a esta questão, indagou-se quanto à suficiência dos recursos disponíveis (humanos, materiais e financeiros) no referido módulo. Uma parte expressiva dos pesquisados informaram

que os recursos humanos e materiais (equipamentos, estrutura, etc) são insuficientes para que se efetive a atenção nos serviços com qualidade.

Já apontamos a ausência de sala para protetização como uma das limitações. Por outro lado, identificamos elementos como a necessidade de manutenção dos equipamentos à disposição, assim como a necessidade de mais profissionais, posto que, em alguns depoimentos, verificamos esta questão. A fala da profissional de psicologia é categórica. Vejamos: “As políticas são feitas. As políticas em sua totalidade [são feitas] de forma que respondam às demandas que existem. Mas, na hora de implementar os recursos são escassos” (informação verbal). A fala da profissional nos remete a não correspondência entre o que se propõe a ser feito enquanto política pública e o que efetivamente é realizado, sobretudo no que diz respeito ao financiamento. São objeções denunciadas por teóricos da área a exemplo de Paim (2007; 2011) e Polignano (2014).

Diante do que foi relatado, Paim et al. (2011, p. 20-21) afirma que:

O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores. O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado.

Ainda que estas questões (a não relação entre o que se dispõe sobre a política pública de saúde por meio de suas leis específicas, com o que se efetiva na realidade cotidiana da vida dos usuários) se façam presentes na atenção à saúde em sua dimensão *lato sensu* e em sua dimensão *stricto sensu*, lancemos mão ao que afirmam Nogueira & Mito (2009, p. 233) quanto à saúde auditiva, ao considerarem que: “Há que se reconhecer [...] que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação”. Esta assertiva assinala as possibilidades presentes nos serviços de atenção à saúde auditiva no CER III, como veremos quando as profissionais destacam o que consideram pontos fortes e pontos a melhorar na atenção no módulo auditivo.

Dando continuidade à análise atinente aos equipamentos e aos serviços e materiais de reabilitação auditiva conforme as determinações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013), os estabelecimentos de saúde que atendem as demandas por saúde auditiva devem dispor dos seguintes materiais e equipamentos, como disposto no quadro abaixo:

<b>Materiais e Equipamentos do Serviço de Reabilitação Auditiva</b>			
<b>Materiais e Equipamentos Obrigatórios</b>			
Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção);	Estetoscópio (infantil e adulto);	Escada com 2 degraus;	Maca;
Audiômetro de dois canais;	Foco Frontal;	BERA Sistema de Potencial Evocado (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico)	Ganho de Inserção equipamento de verificação eletroacústica).
Imitancímetro multifrequencial;	Otoscópio;	Impressora;	Aspirador de secreção
Cabine audiométrica;	Autoclave;	Cadeira otorrinolaringológica;	Armário
Sistema de campo livre;	Computador;	Esfigmomanômetro (adulto e infantil);	Arquivo
<b>Materiais e Equipamentos Recomendados</b>			
Carro de curativo;		Carro de medicamento	
<b>Materiais de Consumo</b>			
Os materiais abaixo relacionados, considerados como de consumo pela portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002, não serão financiados pelo Ministério da Saúde. Porém, dada a sua pertinência no processo de reabilitação auditiva, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades dos referidos serviços.			
Baterias; Aspirador; Desumidificador; Alicate; Programas de computação periféricos para teste de próteses; Seringa e massa para pré-moldagem; Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos);		Espelho Nasal (adulto e infantil); Espelho Auricular (adulto e infantil); Pinças (dente de rato, sem dente e em baioneta); Curetas para remoção de cerume; Seringa metálica de 100ml para remoção de cerume; Estilete porta-algodão; Espelho com rodízios; Caneta otoscópio;	

**Quadro 22** – Materiais e Equipamentos do Serviço de Reabilitação Auditiva

Fonte: Pesquisa documental, março a junho de 2016.

Os depoimentos das pesquisadas acerca dos recursos materiais e equipamentos disponíveis para a atenção em Saúde Auditiva no CER III apresentam os seguintes conteúdos destacados por aspas duplas e em destaque no corpo do texto, a saber: “Basicamente a tecnologia assistiva. Recursos tecnológicos,

computador” (Terapeuta Ocupacional, informação verbal); “A maioria dos recursos utilizados são lúdicos, visto que o atendimento é com crianças. Além de brinquedos e jogos educativos, ainda utiliza recursos eletrônicos como notebooks e tablets” (Fonoaudióloga 01, informação verbal);

No momento tenho um computador com impressora, um audiômetro, um impedanciômetro, uma cabine acústica e instrumentos musicais. Com estes realizo audiometria tonal, audiometria vocal SRT [limiar de reconhecimento de fala] e IPRF, audiometria por via óssea, impedanciometria com reflexos contra laterais e IPSI laterais e audiometria infantil instrumental (Fonoaudióloga 02, informação verbal).

“A gente não tem muito que fazer. Eles chegam e ficam aguardando a hora de serem atendidos. Têm as prioridades. Quando eles saem com o pedido a gente faz a relação de documentos pessoais que é para formalizar o processo” (Técnica em Enfermagem, informação verbal). “Sempre os pacientes estão acompanhados com pessoas que facilitam a comunicação, ou como último recurso nos comunicamos através da escrita” (Nutricionista, informação verbal); “Utilizamos os recursos com os quais o usuário possa interagir ao atendimento” (Assistente Social, informação verbal); “Libras. Recurso da escrita. Prontuário. Às vezes eles trazem interpretes (Técnica Administrativa, informação verbal).

Percebemos, na fala das profissionais com as quais realizamos as entrevistas, que estas fazem uso de materiais e equipamentos segundo o que determina a normativa da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013). Destacam-se, por exemplo, o uso de equipamentos que estão presentes no quadro 17 e referem-se aos equipamentos obrigatórios, como os computadores com impressoras, um audiômetro, um impedanciômetro, uma cabine acústica para a realização de exames diversos na área em tela como os exames do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE sigla em português ou BERA em inglês).

Tais equipamentos são imprescindíveis quando da atenção em Saúde Auditiva. Na Média Complexidade, contribuem substantivamente para que o atendimento seja efetivado. Isto somente será possível se envolver a oferta “[...] de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para a perda auditiva

e pessoas com deficiência auditiva” (TRENCHÉ; PUPO & BARZAGHI, 2010, p 60), como também o uso de outras mediações. É o caso da terapia fonoaudiológica.

Segundo a Fonoaudióloga 01, “[...] Após o processo de protetização as crianças são encaminhadas para iniciar as sessões de reabilitação através das terapias fonoaudiológicas” (Fonoaudióloga 01, informação verbal).

O entendimento que orientou a investigação embasadora este estudo é de que as atividades desenvolvidas no CER III devem necessariamente relacionar-se ao processo de reabilitação das pessoas com deficiência auditiva. Tais atividades referem-se às prescrições oriundas do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (2011). Contudo, o atendimento às distintas demandas em saúde auditiva não devem se limitar tão somente a essas prescrições, uma vez que a Região Norte (onde se situa a capital do Amazonas) se difere em muito das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste – *locus* estes em que parte substantivas das políticas públicas são concebidas e implantadas/implementadas (TEIXEIRA, 2009).

De acordo com as determinações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013, p. 20) atinente à saúde auditiva:

[...] O serviço de reabilitação auditiva deve garantir a terapia fonoaudiológica com enfoque na reabilitação integral dos usuários de AASI:

- Crianças e adultos: as sessões de terapia fonoaudiológica devem ser de até 45 minutos, sendo atendimento individual ou de grupo de acordo com a avaliação da equipe do serviço.
- A avaliação e o processo de reabilitação em relação aos aspectos auditivos e linguagem devem ser registrados no prontuário do paciente informando sobre sua evolução.

Sobre a questão, a Fonoaudióloga 01 informou ainda que “[...] Os pacientes são acompanhados quinzenalmente nas terapias fonoaudiológicas”. Cumpre destacar que, durante a espera para a realização da entrevista com essa profissional, o tempo médio de atendimento no CER III se aproxima bastante do que preconiza a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, ou seja, os 45 minutos necessários à atenção. Essa verificação vai ao encontro das falas das profissionais, quando reconhecem como positiva a atenção dispensada pelos especialistas no CER III (como será exposto mais adiante).

O entendimento a que chegamos é de que a atenção mediada pelo CER (III), em parte, guarda relação com as propostas da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, no que tange à saúde auditiva numa articulação com os demais pontos

de atenção em saúde, e transcende estas propostas quando articula com os demais profissionais da Policlínica Codajás o atendimento em Saúde Auditiva, posto que esta:

[...] visa o cuidado/atendimento de forma integral à pessoa com deficiência auditiva, através de ações que vão desde a atenção básica, média e alta complexidade. [Portanto] engloba diferentes ações na assistência à saúde auditiva, desde o fornecimento dos aparelhos auditivos até as terapias fonoaudiológicas para reabilitação (Fonoaudióloga 01).

Cabe, outrossim, outra observação que se relaciona a não ocorrência de materiais e equipamentos de uso exclusivo do profissional de otorrinolaringologia nas informações aqui apresentadas. Justificamos essa questão em razão de não ter sido possível realizar a entrevista com esse profissional pelos motivos suprarreferidos. Todavia, já fora destacada a presença dos materiais e equipamentos considerados obrigatórios para a atenção em saúde auditiva e que atendem preliminarmente às requisições dos usuários nessa área no CER III, como consta no Quadro 17.

Há que ressaltar que, dada a incipiência da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Manaus/Amazonas, as ações e serviços voltados para o segmento estão em processo de construção e de estruturação. Quando questionadas sobre a relação entre os serviços de atenção à saúde auditiva e os objetivos da Rede de Cuidados (especialmente o papel do CER III), as profissionais destacaram que os procedimentos de atenção estão em consonância com os objetivos da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. As pesquisadas enfatizaram que os serviços se referem à atenção integral tendo como resultado a reabilitação e a ampliação da oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) – proposta esta que vem sendo limitada em razão da redução dos recursos na área da saúde para o segmento.

Ainda que se considerem limitações dessa ordem, a atenção às pessoas com e sem deficiência no CER III tem se realizado cotidianamente. Nesse sentido, questionou-se sobre o que as profissionais consideravam serem os pontos fortes e os pontos a melhorar em relação aos serviços de atenção à saúde auditiva realizados na instituição. Os depoimentos são reveladores dos desafios e perspectivas presentes na atenção no CER III. Dessa forma, agrupamos as falas

segundo essas duas dimensões, com exceção da fala da profissional de Nutrição que não se manifestou sobre a questão, como segue:

Os Pontos Fortes, segundo os depoimentos, referem-se aos seguintes aspectos, a saber:

O atendimento com o especialista. O fato de os pacientes terem a orientação com o Dr. Fábio de que o aparelho vai melhorar a vida das pessoas (Auxiliar de Enfermagem);

Os profissionais especializados que fazem parte do CER III (Fonoaudióloga 01);

Eu acho que o acolhimento ao usuário. Em relação ao Serviço Social eu vejo que elas são bem treinadas. Elas fazem uma busca ativa ou carta para o estabelecimento (Terapeuta Ocupacional);

O atendimento por especialistas e com bons equipamentos (Fonoaudióloga 02);

Gestão; Equipe; Infraestrutura; Capacitação (Assistente Social);

Todos conseguem ser atendidos com qualidade. É muita demanda para pouco profissional, mas todos conseguem ser atendidos; Facilidades de consultas no Módulo Auditivo. A pessoa com deficiência auditiva é atendida. Consegue marcar consulta diferentemente do SISREG. Três dias depois ou quinze dias depois (Técnica Administrativa);

Dedicação dos profissionais diante da falta de estrutura. Disponibilização do AASI (Psicóloga);

Atendimento multi e interdisciplinar às pessoas com deficiência auditiva e familiares; Concessão de Aparelho de Amplificação Sonora Individual pelas clínicas prestadoras de serviço Otoclin e Cliniáudio; Multiplicação de informações através de Educação Continuada pertinentes às atividades realizadas no CER III a outros colaboradores da Policlínica Codajás, bem como a outras instituições de saúde; Campo de Estágio (Coordenadora).

Nesses depoimentos, identificamos uma série de elementos que reforçam o papel do CER III enquanto instituição pública prestadora de bens e serviços em saúde a um segmento distinto ao qual tem conseguido responder muitas de suas demandas específicas. Não se pode esquecer, todavia, que a prestação de bens e serviços está associada aos parâmetros, protocolos de atenção que orientam os procedimentos em saúde como vimos destacando, ou seja, a relação servidor-usuário é mediada por instrumentos técnicos, mas há a presença da dimensão subjetiva na prestação de serviços. Ademais, as falas refletem o vínculo dos sujeitos ao seu ambiente de trabalho e de vida, o que, em certa medida, tende a apresentar uma defesa de seu espaço de atuação.

Minayo (1996) destaca que os sujeitos em determinada pesquisa estão envoltos a uma dada realidade, pertencem a uma classe social e, portanto, não podemos dissociá-los da mesma. Esta objeção nos alerta para que na análise dos dados os elementos que expressem a realidade (aproximando-se desta) sejam apreendidos de modo a clarificar o objeto em estudo.

Assim, ao passo que se percebem nos depoimentos acima afirmações que apresentam um ambiente favorável à efetivação de políticas de saúde, observou-se durante a pesquisa de campo aspectos que são reveladores de conflitos e que não podem ser qualificadas em uma simples entrevista, ou seja, coexistem elementos que refletem tanto a solidariedade dos sujeitos com seus pares e com os usuários, quanto a presença de aspectos que demonstram conflitos presentes nas múltiplas relações intersubjetivas no Módulo Auditivo do CER III. Contudo, o fluxo da atenção em saúde não encontra barreiras nessas questões – razão pela qual o atendimento sempre se realizara.

As capacitações, a disponibilização de profissionais especializados, o acolhimento ao usuário, o processo de gestão, a referência positiva a outros profissionais e a noção de dedicação profissional, apresentam-se como indícios da qualidade na atenção em saúde, segundo os pesquisados. São aspectos que revelam a força do CER III na atenção às demandas das pessoas com deficiência em Manaus. Força aqui é sinônimo de positivo; portanto, de boa qualidade.

Dando sequência à discussão, questionamos sobre o que os pesquisados consideravam ser necessário à melhoria na atenção no Módulo Auditivo. Os depoimentos apresentaram os seguintes resultados, como segue:

Se existisse aqui a parte do implante Cloquear que é feito fora (SP, SC, Fortaleza). Qualquer cirurgia na parte auditiva é feita fora (Auxiliar de Enfermagem);

A quantidade desses profissionais ainda não é a adequada (Fonoaudióloga 01);

Transporte: as visitas não são feitas por falta de transporte. Momento para que eu pudesse fazer um seria necessário uma sala com o mínimo de recursos. Foi relatado que não há investimento financeiro (Terapeuta Ocupacional);

Um atendimento mais centrado e concentrado, especializado e rápido (Fonoaudióloga 02);

Mais Recursos Financeiros, visando atender um número maior de usuários com as mais variadas deficiências, conforme os módulos de atendimentos

no CER III; Desenvolver Ações de Promoção da Saúde Auditiva, principalmente nas Escolas (Assistente Social);

Mais profissionais especialistas. Mais capacitações (Técnica Administrativa);

Falta de servidores pesa muito. É essencial. Estrutura do CER III. Capacitação profissional (Psicóloga);

Reforma da estrutura física e aquisição de novos equipamentos, que estão contemplados em processos licitados pela Comissão Geral de Licitação; Aquisição de profissionais para contemplar o quadro de recursos humanos em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde; Concessão de AASI no CER III na Policlínica Codajás, previsto após a reforma (Coordenadora).

Diante desses resultados e ao relacionarmos estes aos demais conteúdos das falas das pesquisadas ao longo deste capítulo, concluímos que os desafios presentes na oferta de atenção à saúde auditiva situam-se no âmbito da escassez orçamentária, que resvalam na redução de recursos humanos, de materiais e equipamentos, isto é, está ligada à limitada oferta de recursos financeiros destinados aos serviços de atenção à saúde, em particular à saúde auditiva.

As análises de Ivanete Boschetti e Evilásio Salvador (2009) ,acerca da desvinculação dos recursos destinados às políticas sociais, dentre as quais a política de saúde, são esclarecedoras do que subjaz o subfinanciamento do SUS, concorrendo assim para as limitações na atuação profissional de determinados sujeitos no âmbito da política de saúde, como expressa a fala da Terapeuta Ocupacional e as sinalizações sobre a necessidade de mais profissionais destacados pela Fonoaudióloga 01, pela Técnica Administrativa e pela própria coordenadora.

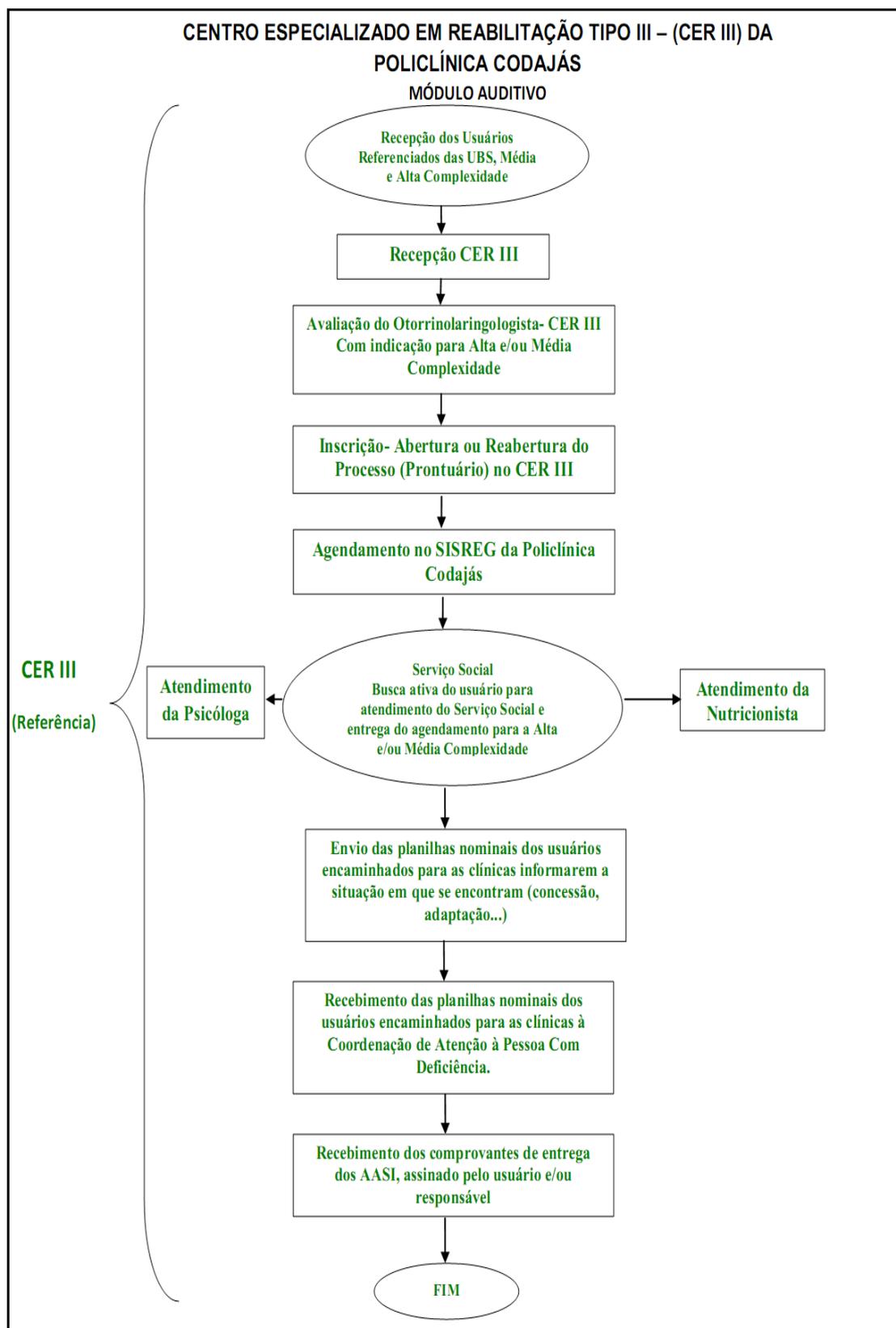
Contrariando a fala da Técnica Administrativa, quando esta se referia aos pontos fortes no Módulo Auditivo, a Coordenadora do CER III revelou que existe fila de espera para a atenção em saúde auditiva e que o atendimento se dá em menos de um mês, ou seja, tal atendimento é considerado imediato. Entretanto, caso seja necessário o uso do aparelho, este pode ser disponibilizado de 06 (seis) meses a 01 (um) ano após a solicitação junto às clínicas prestadoras de serviço, conforme fluxo de atenção. Segundo o depoimento da profissional de Serviço Social:

Os usuários são agendados para o Serviço Social após atendimento médico, para um primeiro atendimento, onde será realizada a “entrevista social” buscando conhecer um pouco da realidade deste usuário, para este momento são encaminhados apenas os usuários com perda auditiva.

Primeiramente é realizado o Cadastro com a juntada dos documentos e exames, após o atendimento em Serviço Social, o processo é encaminhado para o BPAI, onde serão listados os nomes dos usuários, data de nascimento, Cartão SUS e CPF e encaminhados ao SISREG para agendamento às Clínicas conveniadas. Uma vez agendados, o Same encaminha os boletos de agendamentos para o CER III e este realiza a busca ativa para a entrega ao usuário, procedida de Atividade Educativa, orientando este usuário para todas as fases seguintes à aquisição do equipamento e orientações diversas às famílias como formas de prevenção à perda auditiva, seguindo o acompanhamento e monitoramento permanente pelo CER III (Informação Verbal).

O acompanhamento/monitoramento dos usuários é realizado um ano após a aquisição do aparelho, ou caso apareçam queixas quanto ao uso por parte dos usuários, este tempo pode ser reduzido. Esse procedimento coaduna-se com o processo de “[...] avaliação, orientação, [...], concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva [...]” (BRASIL, 2013, p. 07), compreendendo estas tecnologias como mecanismos que promovem a redução das barreiras à inclusão social, ou seja, tudo o que contribui para facilitar a autonomia das pessoas com deficiência.

Quanto à concessão dos aparelhos, esta tem como respaldo a Portaria Governamental nº 178/2010, que regula a questão do atendimento do Módulo Auditivo. Nesse contexto, os usuários com deficiência auditiva são atendidos pela equipe do CER III na Média Complexidade com o serviço ofertado na Cliniaudio (Serviços Médicos – CLINIAUDIO) e na Alta Complexidade com o serviço ofertado na Clínica Otológica de Manaus (OTOCLIN), obedecendo aos procedimentos de triagem próprios do CER III. O fluxograma de atendimento no Módulo Auditivo do CER III pode ser visualizado na Figura 05 abaixo.



**Figura 05:** Fluxograma de atendimento no Módulo Auditivo do CER III  
Fonte: Pesquisa Documental, 2016.

Um dado importante fora constatado na fala das pesquisadas e reflete uma limitação no processo de atenção à saúde auditiva: trata-se do não repasse dos termos de recebimento dos aparelhos por parte das clínicas conveniadas. Esta questão é reiterada, inclusive, no Relatório Descritivo do CER III (2015, p. 55), como segue:

Reiteramos que a OTOCLIN e CLINIAUIO não vem repassando o Termo de Recebimento dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) comprometendo os registros para o Índice de Concessão dos Equipamentos a ser encaminhado ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) da Policodajás.

A disponibilização do aparelho é parte da execução dos serviços em saúde pública. Trata-se, portanto, de bens e serviços financiados com recursos públicos requerendo, assim, a observância acerca do bom uso destes. Nesse sentido, entende-se que devam ser envidados esforços para que essa questão seja equacionada, pois se refere ao controle público dos processos de dispensação<sup>80</sup> de bens na área da saúde.

É importante ressaltar a incipiência da organização e estruturação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Manaus, o que pode responder a algumas das falhas no processo de condução da atenção em saúde auditiva localmente. Constatou-se que as informações acerca da Rede de Cuidado se mostra demasiado escassa, tanto nos dados da pesquisa de campo quanto nos documentos

---

<sup>80</sup> Atualmente os critérios para a utilização dos AASI são indicados conforme instrutivo da Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência (2013). Assim, os critérios de Indicação do uso do AASI são estabelecidos conforme os seguintes parâmetros: **Classe I** Adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz, superior a 40 dB NA; Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz, superior a 30 dB NA. **Classe II** Crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de audibilidade encontra-se entre 20 dB NA e 30 dB NA (perdas auditivas mínimas); Indivíduos com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional); Indivíduos com perda auditiva flutuante bilateral (desde que tenham monitoramento médico e audiológico sistemático); Indivíduos adultos com perda auditiva profunda bilateral prélingual, não oralizados (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação); Indivíduos adultos com perda auditiva e distúrbios neuropsicomotores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral; Indivíduos com alterações neurais ou retro cocleares (após diagnóstico etiológico estabelecido); Perda auditiva limitada a frequências acima de 3000 Hz. **Classe III** Intolerância a amplificação devido a desconforto acústico intenso, tendo sido esgotadas as possibilidades de ajustes da saída do AASI; Anacusia unilateral com audição normal no ouvido contralateral (BRASIL, 2013, p. 11-12).

disponíveis pela Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), em seu site oficial. Muitas das informações disponíveis não correspondem à realidade atual, pois os conteúdos mais atuais dizem respeito à divulgação das atividades da gestão em vigência, inclusive, via jornais locais.

Cabe destacar que, segundo a coordenadora do CER III, existe um Grupo Condutor na SUSAM coordenado pela senhora Semira Torres. Ela está na coordenação da Rede de Cuida à Pessoa com Deficiência em Manaus. O grupo Condutor de Cuidado à Pessoa com Deficiência é responsável por tratar das questões relacionadas ao trabalho em parceria com diversas instituições, segundo preveem as determinações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Conforme sinalizado, a perspectiva de atendimento às pessoas com deficiência deve se realizar de forma integralizada, conceito este presente na fala dos investigados. Vimos no capítulo anterior que o papel do CER nesse contexto é fundamental, por ser o “agente articulador” central na oferta da atenção à saúde ao receber as demandas tanto referenciadas pelos demais estabelecimentos de saúde, quanto espontaneamente *in loco*.

Contudo, partilhamos do entendimento de que a integralidade somente se mostra efetivamente quando as ações e serviços se realizam a maneira de redes de atenção à saúde o que propiciaria uma qualificação dos sistemas de saúde (SILVA & MAGALHÃES Jr., 2011). Isso requer, portanto, a implementação da linha de cuidados segundo a proposta nacional do Ministério da Saúde em simetria com o *Plano Viver Sem Limite*, de modo que “[...] Todo atendimento realizado no CER seja realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular [...]” (BRASIL, 2013, p. 07) – desafio este presente na condução dos serviços de atenção à saúde auditiva em Manaus.

Por fim, uma imagem do CER III vem à mente ao escrever estas últimas linhas deste capítulo. Durante a realização da pesquisa de campo, presenciou-se o processo de atenção desde as primeiras horas do dia, seguindo o expediente normal. Era necessário presenciar as ações antes de ser apresentado à equipe enquanto pesquisador. Às 06:30h, a Técnica de Enfermagem procede à organização dos instrumentos de trabalho no consultório para que o profissional de

otorrinolaringologia o encontre em condições de uso. Esta medeia, além disso, a relação com os usuários que, aos poucos, vão se aglomerando na sala de espera, onde encontramos uma caixa para a avaliação dos serviços ofertados no CER III (Vide: Anexo 02) e um aparelho televisor com som ambiente.

No CER III, revela-se um bem-estar como em poucos estabelecimentos de saúde. É possível conversar com alguns profissionais, tirar algumas dúvidas sobre o processo de atendimento. Em meio aos usuários, percebem-se alguns sujeitos mais afoitos, outros mais calmos e algumas tensões interpessoais na relação servidor-usuário (de praxe), mas o atendimento é possível, visível e constatado sob as condições daquele espaço e naquele momento determinado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fruto de um longo processo histórico que tomou força com o Movimento da Reforma Sanitária, no bojo da abertura política brasileira no último quarto do século XX, o acesso à saúde enquanto política pública, dever do Estado e direito de cidadania, somente alcançara esse status com a consagração da Carta Magna de 1988, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, compondo a Seguridade Social brasileira.

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão desse direito orientado pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, materializou parte dos anseios daqueles que lutaram para que a saúde fosse um bem não negociável – situação esta que se traduz num movimento contínuo de avanços e retrocessos no campo da saúde pública.

À luz dos princípios doutrinários do SUS, emergira a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência, em 2002, mediante a Portaria 1.062 MS/GM, propiciando um novo momento para o acesso às políticas de saúde, ao segmento das pessoas com deficiência no Brasil, dado seu histórico de exclusão social. Entretanto, sua estruturação e organização não dera conta das demandas postas no cotidiano da vida dessa parcela da população, exigindo a criação de novos mecanismos de promoção da cidadania.

Com a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa “Portadora” de Deficiência Auditiva, em 2004 (Portaria 2.073 MS/GM), as pessoas com deficiência auditiva tiveram a possibilidade do acesso à saúde, tendo em vista o atendimento integral, conforme determinações do SUS, *com ações que englobavam a atenção básica (trabalhos de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce de problemas auditivos), de média e de alta complexidade*. Visualizava-se a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Auditiva nacionalmente – o que não ocorrera, já que houve a revogação desta política em razão da criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no contexto do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Plano Viver Sem Limite, 2011-2013) e o surgimento dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) e demais equipamentos de atenção às pessoas com deficiência.

Em Manaus, até o ano de 2013, as ações e serviços destinados a atender às pessoas com deficiência estavam sob a responsabilidade do antigo Programa de Atenção Integral ao Deficiente (PAID). Antes deste, a atenção se realizava por meio do antigo Programa de Órteses e Próteses, localizado na Policlínica Codajás. Com o advento do Plano Viver Sem Limite, houve a necessidade, dado processo de habilitação, de readequação do antigo programa para o formato de centro de reabilitação, fazendo emergir o Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) e abrangendo o atendimento dos três tipos de deficiência que dão nome ao centro.

Particularmente nestes centros, o atendimento deve ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, especialmente mediante a construção de Projeto Terapêutico Singular, numa articulação entre a equipe técnica, o usuário e sua família. Esta questão não tem se materializado no CER III em Manaus, o que representa uma limitação na atenção.

Porém, Manaus dispõe atualmente de um amplo conjunto de instituições que prestam serviços no âmbito da saúde auditiva e que se relacionam em alguma medida com CER III. Dessa forma, com base no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2016), encontram-se na capital do Amazonas o Hospital Universitário Francisca Mendes, Hospital Universitário Getúlio Vargas, a Policlínica Governador Gilberto Mestrinho, a Policlínica Codajás, o Otocenter Centro Médico e Educacional, a Clínica Novarino, o Thera Kids, o Departamento Regional do Estado do Amazonas, o Instituto de Doenças Respiratórias Otorrinolaringologista – IDRO, o Consultório da Dra. Viviane Saldanha, cadastrados junto à Policlínica Codajás. Para atender na Média Complexidade, está o Serviços Médicos (CLINIAUDIO) e na Alta Complexidade, o serviço ofertado pela Clínica Otológica de Manaus (OTOCLIN).

Nesse contexto, os serviços de atenção à saúde auditiva ofertados no CER III se realizam de forma articulada com os estabelecimentos de saúde supracitados, considerando-se o seguinte fluxo: as demandas por saúde auditiva emergem a partir de encaminhamentos (referência) da atenção básica e/ou espontaneamente por meio do atendimento na Policlínica Codajás, onde o CER III está situado. Na sequência, realiza-se o agendamento do atendimento para com as especialidades conforme cada módulo de atenção e posterior encaminhamento (caso necessário)

para as clínicas especializadas, de acordo com cada área de reabilitação com acompanhamento/monitoramento dos usuários.

Por meio da pesquisa empreendida no Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) da Policlínica Codajás, observou-se que os serviços de atenção à saúde auditiva encontram desafios que se configuram na escassez de recursos humanos, equipamentos e materiais que guardam relação, em parte, com a insuficiente destinação de recursos financeiros (questão esta denunciada por vários teóricos que investigam a saúde pública) que deem conta das demandas por saúde, bem como em relação às limitações ligadas ao processo vigente de reforma do CER III.

Todavia, constatou-se que a equipe técnica do Módulo Auditivo vê como positiva a concretização cotidiana do acesso aos bens e serviços em saúde auditiva, ainda que se constatem as limitações nas ordens outrora mencionadas. Enfatizam o empenho profissional como elemento positivo na atenção às demandas por saúde auditiva e destacam que com a finalização da reforma do CER III, que está em andamento, bem como o retorno das atividades regularmente com recursos humanos, materiais e equipamentos em conformidade com as determinações da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, vislumbrando-se a materialização do atendimento integral aos demandantes por saúde auditiva no CER III em Manaus.

Finalmente, há de se reconhecer que a insipiente estruturação e organização da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Manaus ainda não permite o atendimento integral às pessoas com deficiência, sobretudo as demandantes por saúde auditiva no CER III. Conforme exposto, o atendimento integral é algo perseguido e deve ser buscado quando se toma como referência os pressupostos do SUS. No entanto, considera-se que a atenção dispensada no Módulo Auditivo do referido centro, durante a realização da pesquisa de campo, revela-o como instituição pública que tem avançado substantivamente no que se refere à atenção à saúde auditiva, mesmo envolto às inúmeras limitações apresentadas.

## REFERÊNCIAS

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.** NBR 9050 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos Rio de Janeiro, 2004. 105 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Movimento da Reforma Sanitária critica propostas para a saúde da “Agenda Brasil”.** Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/site/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

**A CRÍTICA.** Saúde Pública ainda é um desafio em Manaus. Disponível em <<http://acritica.uol.com.br/manaus/Saude-publica-desafio->>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p (Coleção Temas em Saúde)

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia & BARROSO, André Feijó. **O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil.** In: \_\_\_\_\_ Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):279-290, fev, 2009.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM). **Plano Estadual de Saúde 2012-2015 (2ª Revisão).** Disponível em: <[www.saude.am.gov.br](http://www.saude.am.gov.br)>. Acesso em 20 jun. 2014b.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Policlínica Codajás comemora 28 anos nesta terça-feira com serviços de saúde e atividades culturais.** Disponível em: <[www.saude.am.gov.br](http://www.saude.am.gov.br)>. Acesso em 20 jun. 2014a.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Centro de Reabilitação da Policlínica Codajás faz a entrega de cadeiras de rodas motorizadas e outros equipamentos no Dia Nacional de Luta das Pessoas com Deficiência.** Disponível em: <[www.saude.am.gov.br](http://www.saude.am.gov.br)>. Acesso em 10 Jan. 2015.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Governo conclui etapa de revitalização do PAM Codajás.** Disponível em: <[www.saude.am.gov.br](http://www.saude.am.gov.br)>. Acesso em 04 abr. 2016a.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Como fica o reordenamento da Saúde.** Disponível em: <[www.saude.am.gov.br](http://www.saude.am.gov.br)>. Acesso em 04 jun. 2016b.

BEVILACQUA, M. C. (Org.). **Saúde Auditiva no Brasil: Políticas, Serviços e Sistemas.** São Jose dos Campos: Pulso Editorial, 2010. v. 1. 320 p.

BEVILACQUA, Maria Cecília et al. Contribuições para análise da política de saúde auditiva no Brasil. In: \_\_\_\_\_ Rev Soc Bras Fonoaudiol. 16(3): 252-9, 2011.

Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves et al. **Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil**: reflexões bioéticas. In: \_\_\_\_\_ Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 31-38, 2009.

BRASIL, **Portaria nº 722, de 28 de Junho de 2013. Altera Portaria nº 971/SAS/MS, de 13 de setembro de 2012.** Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0722\\_28\\_06\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0722_28_06_2013.html)> Acesso em 10 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Brasília/DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (DAPES/SAS/MS). **Passo a passo para Solicitação de Habilitação de Serviços do Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.** Brasília, 2013.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento). Acesso em 04 jun. 2016.

**BRASIL.** Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Pessoa com Deficiência. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br>>limite. Acesso em: 20 Mai. 2016.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento de Obras. Disponível em <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/>. Acesso em 12 de mai. 2016b.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS e Audiologia**: Formação de Auditores. Normas para o Atendimento em Saúde Auditiva. Departamento de Fonoaudiologia – CPA – Centro de Pesquisa Audiológica. 2006.

BORLININI, Leandra Maria. **Há pedras no meio do caminho do SUS**: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. In: Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Escala, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS**: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional do SUS/NOBSUS**.  
DOU: Brasília: 1996. Disponível em  
<<http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%2001>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS/NOB/RH-SUS**, princípios e diretrizes. 2 ed. Brasília: 2000. Disponível em <[http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%2001\\_96.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%2001_96.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília/DF: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília/DF, 1990. Disponível em <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015**. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

**BRASIL**, Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

**BRAVO**, Maria Inês Souza. **As Lutas pela Saúde: Desafios da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde**. In: Reunião Anual da SBPC – São Luís, MA – Julho/2012. Anais. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/64ra/PDF>>. Acesso em 15 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete... [ et al.] (Orgs). 2. Cortez: São Paulo, 2009. p. 88-110.

**BRASIL**, **1º Relatório nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010**. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/node/523>>. Acesso em 06 jun. 2016.

**BRASIL**, Decreto nº 6.949/2009. **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>>. Acesso em 06 jun. 2016.

**BRASIL**, Ministério da Saúde / Ministério da Justiça e Cidadania Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas**. Orientações para Elaboração de Projetos (Construção, Reforma e Ampliação). Brasília, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas contra a Privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sírios, 2014. 98 p.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate**. In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CAMPOS, Mariana Fernandes, SOUZA, Luiz Augusto de Paula & MENDES, Vera Lúcia Ferreira. **A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência**. In:\_\_\_\_\_. Interface Comunicação Saúde Educação, 19(52):207-10, 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**: In: Ciências e Saúde Coletiva, 8 (2), p. 568-584. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

CARNEIRO et al. **O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde**. In \_\_\_\_\_: Saúde Debate. Rio De Janeiro, V. 38, N. 102, p. 429-439, Jul-Set, 2014.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001**. 2002. 363f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, Gilson & MEDEIROS, Joellyngton. Redes de Atenção à Saúde no SUS: financiamento e alocações. In:\_\_\_\_\_: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE. **A PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS**. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/03/a-pec-451>>. Acesso em: 19 set. 2015.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da Saúde via Novos Modelos de Gestão: Organizações Sociais (OSS) em Questão. In: BRAVO et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Agora é Lei: 30 horas para assistentes sociais sem redução salarial**. Disponível em <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/466>>. Acesso em 01 de abri. 2016.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cidadania e Modernidade**. In: *Perspectivas*. Rev. Ciências Sociais. São Paulo: Editora da UNESP, 1999, p. 41-59

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira**: Uma equação possível? São Paulo. Cortez, 2004.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, Rosani, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E; OLIVEIRA, Junior M; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde**: Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

DEFICIÊNCIA, 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, 2013.

DAHER, Carla Valença & PISANESCHI, Érika. **A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**: A Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS. In:\_\_\_\_\_. BEVILACQUA, M. C. (Org.). São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010, p. 15-30

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

ESCOREL, Sarah. **Os dilemas da Equidade em Saúde**: Aspectos Conceituais. Disponível em < <http://www.researchgate.net/publication/242736079>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3: - Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

FÁVERO, Eugênia Augusta Gonzaga. **Direitos da Pessoa com Deficiência**: garantia de igualdade na diversidade. Rio de Janeiro: WVA, 2004.

**FNCPS – FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE**. Em defesa do SUS – público, estatal, universal e de qualidade, nov. 2011, 11 fs. (folder). Disponível em: <<http://www.contraprivati-zacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

GOMES, Ronaldo marques. **Redes de Atenção à Saúde do SUS**: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. In \_\_\_\_\_: Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 38, nº. 103, p. 938-952, out-dez 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. **Dia Nacional da Pessoa Estomizada 16 de novembro de 2011**. Manaus/Am: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas/Policlínica Codajás, 2011.

HAURADOU, Gladson Rosas. **A Saúde Auditiva em análise**: um estudo na Policlínica Dr. José Lins. 2010. Monografia (Curso de Serviço Social). Centro Universitário Nilton Lins, Manaus, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social São Paulo: Cortez, 2008.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130260>>. Acesso em 21 mai. 2015.

KUJAU, Henrique [et al.]. **O direito humano à saúde no Brasil**. In: Coletânea CERIS, Ano 2, nº 2. Rio de Janeiro: CERIS/Mauad X, 2007. p. 215-240

LEHER, Roberto. Ideologia do Desenvolvimento. In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.) **Desenvolvimentismo e Construção de Hegemonia**: Crescimento Econômico e Reprodução da Desigualdade. São Paulo: Cortez, 2011. p. 07-19

LIMA, Luciana Dias de et al. **Descentralização e regionalização**: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_ Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1903-1914, 2012

LIMA, Edna Fernandes. **O Atendimento Humanizado no Pronto Socorro do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP**: um processo em construção. 2007. 140f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo, 2007.

LIMA, Vivi Fernandes de. **Carlos Octávio Ocké-Reis destaca que saúde não rima com lucro**. In\_\_\_\_\_: PenseSUS. Disponível em <<http://pensesus.fiocruz.br/entrevi>>. Acesso em 01 de abri. 2016.

LUNA, Maria Rute de S. & OLIVEIRA, Simone Eneida B. de. **O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus**: um paradigma para análise. In:\_\_\_\_\_. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 91-106, jan.-jun./2010.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Manaus, 2014a.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. Manaus, 2014b.

MANZONI, Claudia Regina Charles Taccolini; ALMEIDA, Sandra Maria Vieira Tristão de. **Organização da Rede de Atenção à Saúde Auditiva**. In\_\_\_\_\_. BEVILACQUA, M. C. (Org.). São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010. v. 1. 320 p.

MESQUITA, Florêncio. **Saúde pública ainda é um desafio em Manaus**. Disponível em: <<http://acritica.uol.com.br/manaus/Saude-publica-desafio-Manaus>>. Acesso em 13 mar. 2015.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social**: Teoria, Método e criatividade. 29 ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. São Paulo/RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MESQUITA. Secretaria Municipal de Saúde. **Redes de atenção a saúde, territorialização e implementação de linhas de cuidado**. Disponível em: <amazonia.fiocruz.br>. Acesso: 02 mai. 2016.

MORETTIN, Marina; MELO Tatiana Mendes de & BEVILACQUA, Maria Cecília. A avaliação dose serviços e saúde auditiva: o uso de indicadores de qualidade. In: \_\_\_\_\_. BEVILACQUA, M. C. (Org.). **Saúde Auditiva no Brasil: Políticas, Serviços e Sistemas**. São Jose dos Campos: Pulso Editorial, 2010. v. 1. 320 p.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes**. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.] (Orgs). 3. Cortez: São Paulo, 2008. p. 40-48.

MATOS, Sidney Tanaka S. **Conceitos primeiros de neoliberalismo**. Mediações. v. 13, n.1-2, p. 192-213, Jan/Jun e Jul/Dez. 2008.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Cidadania, Crise e Reforma Democrática do Estado: Perspectivas**. Rev. Ciências Sociais. São Paulo: Editora da UNESP, 1999, p. 61-84

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: \_ MOTA, Ana Elizabete. [et al.] (Orgs). 2. Cortez: São Paulo, 2007, p. 218-241.

OLIVEIRA, Danielle de. **O Estigma da Marca Corporal Invisível: estudo sobre o mundo do trabalho das pessoas com estomia intestinal definitiva**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília – UnB - Brasília, 2007, 143p.

OLIVEIRA, Luiza Maria Borges. **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, 2012.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS** (1984). Definição de saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition>, 2002>. Acesso em: 10 out. 2009.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p (Coleção Temas em Saúde)

PAIM, Jairnilsom. **O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político**. Entrevista concedida por telefone à Graziela Wolfart do IHU On-Line em

2007. Disponível em <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option>. Acesso em 23 jun. 2015.

PAIM et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In:\_\_\_\_\_. **The Lancet: Saúde no Brasil (2011)**. Disponível em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Acesso em 08 out. 2015 p. 11-31

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde do Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>>. Acesso em 15 ago. 2014.

QUEIROZ, M. Souza. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In:\_\_\_\_\_. LUCENA, Célia T.; CAMPOS, Maria Christina S.S.; DEMARTINI, Zeila B. F. (Orgs). **Pesquisa em Ciências Sociais**: olhares de Maria Izaura Pereira de Queiroz. São Paulo: CERU, 2008 (Textos, Série 2: n. 10)

**RELATÓRIO DESCRITIVO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA, FÍSICA E VISUAL DO CER III**. Policlínica Codajás. Manaus, 2015.

SANTOS, Carlos Henrique Marques dos at al. **Perfil do Paciente Ostomizado e Complicações Relacionadas ao Estoma**. In: Rev bras Coloproct Janeiro/Março, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n1/a02v27n1.pdf> >. Acesso em: 04 jun. 2016.

SANTOS, N. R. **Política pública de saúde no Brasil**: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. In: Ciênc. Saúde Coletiva. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a02.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2015.

SANTOS, Lenir. O que são redes? In:\_\_\_\_\_: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS**: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. 2 ed. Campinas/São Paulo: Saberes Editora, 2011.

SASSAKI, R. K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 4 ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002.

SILVA. Ivamar Moreira da. **Politica de Atenção à Saúde Auditiva em Manaus**: um estudo a partir da Policlínica Dr. José Lins. Monografia (Pós-Graduação Lato Sensu do Centro de Educação a Distancia da Universidade Federal de Brasília). Manaus, 2010.

SILVA, Silvio Fernandes da; JÚNIOR, José Veloso Souto & JÚNIOR, Nilo Brêtas. O Pacto Pela Saúde: oportunidade para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In:\_\_\_\_\_: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3 ed ver e atual. São Paulo: Cortez, 2009.

SODRÉ, Francis et al. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**: um novo modelo de gestão? Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: VERÁS, M. P. B. (ed.) **Por uma sociologia da exclusão social**: o debate com Serge Paugam. São Paulo: EDUC, 1999.

TEIXEIRA, Adriane Ribeiro; ALMEIDA, Luciana Gomes et al. **Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas**. In:\_\_\_\_\_. Rev Soc Bras Fonoaudiologia. Rio Grande do Sul, 13 (4), 2008. p. 357-361.

TEIXEIRA, Cleide Fernandes. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva**: estudo de caso em Pernambuco. Recife: 2007. (Tese de Doutorado em Saúde Pública - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz).

TEIXEIRA, Joaquina Barata. O desafio da inclusão social no cenário atual brasileiro e amazônico. IN: SHERER, Elenise (Org.). **Questão social na Amazônia**. Manaus: EDUA, 2009.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA)**. Hospital Bettina Ferro abre cadastro para implante coclear. Disponível em: <<https://portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=10003>>. Acesso: 06 jun. 2016.

VIEIRA, Gislene Inoue et al. **Saúde auditiva no Brasil**: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. In: Distúrbios Comun. São Paulo, 27(4): 725-740, dezembro, 2015.

**Apêndices**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA – PROPESP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E**  
**SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS**

PESQUISA: A Saúde Auditiva em Manaus: Reflexões sobre os serviços de atenção à Saúde Auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)  
 APÊNDICE A – Roteiro Padrão para aplicação junto à coordenadora do Centro Especializado em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)

**1. IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1. Nome do (a) profissional: \_\_\_\_\_  
 1.2. Formação: \_\_\_\_\_  
 1.3. Endereço: \_\_\_\_\_  
 1.4. Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 1.5. Contato telefônico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**2. COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA NO CER III**

2. 1. Qual o horário de funcionamento do Centro Especializado em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)? Existe atendimento aos finais de semana e/ou feriados?  
 Horário: \_\_\_\_\_ / ( ) Sim ( ) Não
2. 2. Existem cursos voltados para a capacitação da equipe do Módulo Auditivo e demais módulos do CER III?  
 Caso sim, qual a frequência?  
 ( ) **Sim:** ( ) Mensalmente  
 ( ) Trimestralmente  
 ( ) Semestralmente  
 ( ) Anualmente  
 ( ) **Não**
2. 3. Há quanto tempo você atua na Coordenação do CER III?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.4. Quais são as suas atribuições no CER III?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. 5. Poderia informar a jornada média semanal de trabalho no CER III:

( ) Entre 21 e 30 h. semanais ( ) Entre 31 e 40 h. semanais ( ) Mais de 40 h. semanais

2. 6. Qual o seu entendimento acerca da Atenção à Saúde Auditiva?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.7. Os serviços ofertados no CER III estão relacionados aos objetivos da Saúde auditiva? Se positivo, de que forma? Se negativo, justifique.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.8. Você poderia dizer quais os procedimentos realizados no CER III voltados para o atendimento em saúde auditiva?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.9. Existem parcerias ou articulação a outras secretarias e/ou programas para a atenção integral à Saúde Auditiva? Caso exista, qual sua avaliação sobre essa articulação?

( ) Sim ( ) Não

2.10 Caso haja fila de espera, qual o tempo de espera para atendimento em saúde auditiva?

( ) Menos de 01 mês ( ) 01 a 03 meses ( ) 03 a 06 meses ( ) 06 a 12 meses ( ) mais de 12 meses

2.11 Caso seja necessário o uso do aparelho auditivo, qual o tempo de espera pelo aparelho?

( ) Menos de 01 mês ( ) 01 a 03 meses ( ) 03 a 06 meses ( ) 06 a 12 meses ( ) mais de 12 meses

2.12 Existem orientações para o uso adequado do aparelho auditivo?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não respondeu

2.13 Existem avaliações sobre o índice de satisfação dos usuários acerca do atendimento em saúde auditiva no CER III?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is)? Se não, justifique.

2.10. Fale sobre o acompanhamento/monitoramento dos usuários contra referenciados para as clínicas prestadoras de serviços para o CER III?

2.11. Com base na questão anterior, você poderia citar qual a frequência desse acompanhamento/monitoramento?

( ) **Sim:** ( ) Mensalmente  
( ) Trimestralmente  
( ) Semestralmente  
( ) Anualmente

( ) **Não**

### 3) INFRAESTRUTURA PARA O ATENDIMENTO EM SAÚDE AUDITIVA

(Neste item serão consideradas orientações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS – Tabela B CER Tipo III)

3.1. Considerando o quadro abaixo, assinale sua avaliação quanto à suficiência dos elementos para o desenvolvimento dos trabalhos junto aos usuários do Módulo Auditivo do CER III:

Aspectos avaliados	Suficientes	Insuficientes	Não Sei
Equipamentos			
Recursos Humanos			
Recursos financeiros			

Justifique:

#### 3.1 Recursos Humanos

3.1.1 O serviço conta com Médico.

- ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Quais as especialidades? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.
- 3.1.2 O serviço conta com Fonoaudiólogo?  
 ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.
- 3.1.3 O serviço conta com Psicólogo?  
 ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.
- 3.1.4 O serviço conta com Nutricionista? - opcional  
 ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.
- 3.1.5 O serviço conta com Enfermeiro?  
 ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.
- 3.1.6 O serviço conta com Técnico em Enfermagem?  
 ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.
- 3.1.7 O serviço conta com Assistente Social?  
 ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_  
 Carga horária \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo \_\_\_\_\_.

### 3.2. Estrutura Física.

3.2.1 O CER III está em conformidade com as Legislações e Normas de Acessibilidade de Edificações (NBR-9050)?

- ( ) Sim ( ) Não. Caso a resposta seja negativa, justifique.

#### 3.2.2 Quanto ao Módulo Auditivo o CER III dispõe de:

3.2.2.1 Consultório Otorrinolaringológico?

- ( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

3.2.2.2 Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica?

- ( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

3.2.2.3 Sala para Exames Complementares: Potencial Evocado Auditivo (BERA) e emissões otoacústicas (EOA)?

- ( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

3.2.2.4 Sala para seleção e adaptação AASI (Aparelho de amplificação sonora individual)?

- ( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

3.2.2.5 Elenque os pontos fortes e os pontos a melhorar acerca dos serviços de atenção à Saúde Auditiva em Manaus a partir do CER III:

<b>Pontos fortes:</b>	
-----------------------	--

<b>Pontos a melhorar:</b>	

3.2.2.6 Com base em sua experiência na coordenação, como você avalia os serviços oferecidos no Módulo Auditivo do CER III quanto aos seguintes atendimentos?

Agendamento ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Fonoaudióloga ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Médico Otorrinolaringologista ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Assistente Social ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Psicóloga ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Nutricionista ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Agente Administrativo ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim  
 Recepção ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

3.2.2.7 Posicione-se livremente acerca dos serviços de atenção à Saúde Auditiva e sua implementação a partir da equipe técnica do CER III na cidade de Manaus.

---



---



---

3.2.3 Quanto à área comum de Habilitação/Reabilitação, o CER III dispõe de:

3.2.3.1 Sala de Triagem?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.3.2 Consultório Interdisciplinar para Avaliação clínico-funcional?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.3.3 Átrio com bancada de trabalho coletiva?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.3.4 Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.3.5 Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.3.6 Sala de atendimento terapêutico infantil?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.3.7 Sala de atendimento terapêutico adulto?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.3.8 Sala de Estimulação Precoce?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.3.9 Sala de Atividade de Vida Prática (AVP)?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.3.10 Sala de reunião?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.3.11 Áreas de Convivência Interna?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

### **3.2.4. Quanto ao apoio administrativo e recepção, o CER III dispõe de:**

3.2.4.1 Sanitários Independentes (feminino e masculino)?

( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.4.2 Fraldário?

( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.4.3 Sala de espera/recepção?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.4.4 Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)?

( ) Sim ( ) Não. Quantos? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.4.5 Almojarifado?

( ) Sim ( ) Não.

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.4.6 Sala de arquivo?

( ) Sim ( ) Não.

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

3.2.4.7 Sala do setor administrativo?

( ) Sim ( ) Não.

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

---

---

3.2.4.8 Depósito de Material de Limpeza (DML)?

( ) Sim ( ) Não.

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.4.9 Copa/ refeitório?

( ) Sim ( ) Não.

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.4.10 Sala de armazenamento temporário de resíduos?

( ) Sim ( ) Não. Quantas? \_\_\_\_\_

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

**3.2.5 Quanto à área externa, o CER III dispõe de:**

3.2.5.1 Área de convivência externa?

( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.5.2 Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado?

( ) Sim ( ) Não.

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.5.3 Área externa para embarque e desembarque de ambulância?

( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.5.4 Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa?

( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.5.5 Abrigo externo de resíduos sólidos?

( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---

3.2.5.6 Garagem (descoberta)?

( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja negativa, justifique.

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA – PROPEP**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E**  
**SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS**

PESQUISA: A Saúde Auditiva em Manaus: Reflexões Sobre os serviços de atenção à saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada para aplicação junto aos membros da equipe técnica do Centro Especializado em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)

**1) IDENTIFICAÇÃO**

1.1. Nome do (a) profissional: \_\_\_\_\_

1.2. Formação: \_\_\_\_\_

1.3 Aprimoramento / Pós - Graduação: ( ) Capacitação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Endereço: \_\_\_\_\_

1.4. Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

1.5. Contato telefônico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**2) MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA DO MÓDULO AUDITIVO DO CER III**

2.1. Qual o horário de funcionamento do Centro Especializado em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)? Existe atendimento aos finais de semana e/ou feriados?

Horário: \_\_\_\_\_ / ( ) Sim ( ) Não

2.2. Existem cursos voltados para a capacitação da equipe do Módulo Auditivo do CER III? Caso sim, qual a frequência?

( ) **Sim:** ( ) Mensalmente  
 ( ) Trimestralmente  
 ( ) Semestralmente  
 ( ) Anualmente

( ) **Não**

2.3. Há quanto tempo você atua no CER?

( ) 0\_\_\_\_ ( ) 3\_\_\_\_  
 ( ) 1\_\_\_\_ ( ) 4\_\_\_\_  
 ( ) 2\_\_\_\_ ( ) 5\_\_\_\_

2.3.1 Há quanto tempo você atua Módulo Auditivo do CER III?

( ) 0\_\_\_\_ ( ) 3\_\_\_\_  
 ( ) 1\_\_\_\_ ( ) 4\_\_\_\_  
 ( ) 2\_\_\_\_ ( ) 5\_\_\_\_

2.4. Poderia informar a jornada média semanal de trabalho:

( ) Entre 21 e 30 h. semanais ( ) Entre 31 e 40 h. semanais ( ) Mais de 40 h. semanais

2.5. Qual o seu entendimento acerca da Atenção à Saúde Auditiva?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.6. Os serviços ofertados no CERIII estão relacionados aos objetivos da Atenção à Saúde Auditiva (Viver Sem Limite)? Se positivo, de que forma? Se negativo, justifique.

2. 7. Você poderia explicar como se desenvolve a atenção à saúde às pessoas com deficiência auditiva que são encaminhadas ao CER III pelas unidades de saúde de Manaus?

### 3) INFRAESTRUTURA

3.1. Considerando o quadro abaixo, assinale sua avaliação quanto à suficiência dos elementos para o desenvolvimento dos trabalhos junto aos usuários do Módulo Auditivo do CER III:

Aspectos avaliados	Suficientes	Insuficientes	Não Sei
Equipamentos			
Recursos Humanos			
Recursos financeiros			

Justifique:

3.2. Elenque os pontos fortes e os pontos a melhorar acerca da infraestrutura do CER III:

<b>Pontos fortes:</b>	
<b>Pontos a melhorar:</b>	

### 4) ATUAÇÃO DO MEMBRO DA EQUIPE TÉCNICA DO MÓDULO AUDITIVO:

4.1. Qual a sua experiência com pessoas com deficiência auditiva?

---

---

---

4.2. O quê o (a) motivou a trabalhar no CER III? Como se deu o processo de seleção e admissão ao CER III?

---

---

---

4.3. Fale sobre sua rotina e suas atividades no CER III (Módulo Auditivo).

---

---

---

4.4. Quais recursos você utiliza na realização dos serviços voltados às pessoas com deficiência auditiva no CER III?

---

---

---

4.5. Você tem formação complementar para atuar com pessoas com deficiência auditiva (capacitação, especialização, outros)? Se sim, qual (quais)?

( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

4.6. Você realiza acompanhamento/monitoramento junto aos usuários atendidos pelo CER III (Módulo Auditivo)? Se sim, com que frequência?

( ) **Sim:**                      ( ) Mensalmente  
  ( ) Trimestralmente  
  ( ) Semestralmente  
  ( ) Anualmente

( ) **Não**

4.7. Quanto à referência e contra referência no atendimento, como se efetiva esse fluxo segundo sua especialidade?

---

---

---

4.8. Existem procedimentos de avaliação do índice de satisfação dos usuários da saúde auditiva no CER III?

---

---

---

4.9. Elenque os pontos fortes e os pontos a melhorar acerca dos serviços de atenção à saúde auditiva em Manaus a partir do CER III:

<b>Pontos fortes:</b>	
-----------------------	--

<b>Pontos a melhorar:</b>	

4.10. Posicione-se livremente acerca da Saúde Auditiva e sua materialização por meio do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) na cidade de Manaus.

---

---

---

---

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA – PROPESP  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa “A Saúde Auditiva em Manaus: Reflexões sobre os serviços de atenção à saúde auditiva a partir do Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III)”, sob a responsabilidade do pesquisador **Gladson Rosas Hauradou**. (Endereço: Estrada - Parintins/Macurany 1805 – Jacareacanga – Fone-fax: (092) 3533-2251/3533-373 CEP. 69. 153-010 - Parintins-Amazonas, E-mail: gladson@ufam.edu.br), discente do programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM), sob orientação da professora Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira (Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Departamento de Serviço Social. Av: Gal Rodrigo Octávio Jordão Ramos 3000, Aleixo, 69077-000 - Manaus, AM – Brasil. Telefone: (92) 3305-4378, E-mail: sisloliveira@uol.com.br).

Sabe-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Contudo, os riscos atinentes a esta pesquisa são mínimos (baixos riscos), pois esta será direcionada a informantes com formação instrucional técnica (nível médio), de nível superior e/ou com pós-graduação. Ademais, será utilizada a observação assistemática bem como a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas sem atingir as ordem emocional, psicológica ou moral por possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, no decorrer da pesquisa em tela. Se houver algum tipo de risco relevante prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II. 3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos. *Os procedimentos (O MODO) para atender quaisquer destas eventuais situações se efetivarão mediante contato imediato do pesquisador com profissionais com habilitação em psicologia (Consultório Clínico Habilitado), bem como com a disponibilização de recursos financeiros para o transporte ou quaisquer meios necessários à garantia da atenção assegurada pela Resolução 466/2012 atinentes à dignidade humana exigida em uma pesquisa científica. Esta assistência refere-se ao ressarcimento de danos que a pesquisa possa apresentar, pois os itens ressarcidos destinam-se a tudo o que for necessário ao estudo.*

Assim, pretende-se analisar os serviços de atenção à saúde auditiva dispensados pelo Centro Especializado em Reabilitação em Saúde Auditiva, Física e Visual (CER III) em Manaus. Os objetivos específicos se voltam para: Desvelar as ações e serviços oferecidos no CER III bem como sua natureza e operacionalização; Conhecer as unidades que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) em Manaus e ofertam serviços direcionados à saúde auditiva; Identificar a visão dos membros da equipe técnica que atua no CER III sobre os desafios e perspectivas na atenção à Saúde Auditiva.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para desvelar situações que se apresentem como limitações ao processo de implementação da atenção à saúde voltada às pessoas com deficiência auditiva por meio do CER III, como também daquelas que representem possibilidades concretas com vistas à qualificação da atenção em saúde auditiva. Os benefícios desta pesquisa voltam-se para a contribuição no desvelamento das situações que possam estar interferindo positiva ou negativamente no processo de implementação da atenção à saúde voltada às pessoas com deficiência auditiva por meio do CER III. Pois, considera-se que esta atenção deva se dar de modo a atender os objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva na condição de direito de cidadania.

Se depois de consentir sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço, telefone ou e-mail acima descrito, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004. Contato por Celular: (92) 99171-2496. E-mail: cep.ufam@gmail.com

**Consentimento pós-informação:**

Eu \_\_\_\_\_, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas. Estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Tenho ciência, ainda, de que o presente TCLE fora apresentado em duas vias (e não cópia) ficando uma via sob meus cuidados e a outra com o pesquisador. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data:        /        /

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Anexo 01**

PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS

Distrito de Saúde Leste - População: 492.729 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)			
BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
ARMANDO MENDES POP:31.116	TRADICIONAL	UBS GERALDO MAGELA (L-33)	RUA I, S/N
	IA	UBS L-09	RUA G, CONTORNO NORTE, CONJUNTO ITACOLOMI
	IA	UBS L-10	R. SOCORRO CASTRO DUTRA, 24,
COLONIA ANTONIO ALEIXO POP: 18.262	TRADICIONAL	UBS GUILHERME ALEXANDRE	RUA PE. JOÃO BRUES (RUA NOVA REPUBLICA, 575)
	TRADICIONAL	UBS LAGO DO ALEIXO	RUA RAUL FULARION,112
	TRADICIONAL	UBS NOVA ESPERANÇA	RUA NOVA ESPERANÇA
	IA	UBS L-19	BECO BURITI R. MANOEL MATIAS, S/N, COL. ANT. ALEIXO
COROADO POP: 56.488	CAPS	CAPS LESTE	AV ADHOLFO LISBOA, 1221. CONJUNTO ACARIQUARA
	IV	UBS IVONE LIMA (L-17, L-28, L- 35, L -48)	RUA 8 (OURO VERDE)
	IA	UBS L-16	R. BURITI, S/N, OURO VERDE
	IA	UBS L-27	R. SÃO FRANCISCO ( INDIO CRETA)127, COROADO III
	IA	UBS L-29	R. FLÁVIO COSTA, S/N, COROADO I
	IA	UBS L-30	R. DOS INOCENTES, S/N, COROADO I
	IA	UBS L-31	R. SÃO JOÃO, 207, COROADO II
	IB	UBS L-32	RUA VINÍCIUS DE MORAES ,S/N COROADO III
DISTRITO INDUSTRIAL II POP: 4.289	IA	UBS L-42-B	ES. ESTRADA DO PURAQUEQUARA, S/N, S/N, KM 5 RAMAL CHICO MENDES
GILBERTO MESTRINHO POP:60.881	IA	UBS L-36	R. VITÓRIA RÉGIA, 93, GRANDE VITÓRIA
	III	UBS SILAS SANTOS (L-11, L-12, L-38)	RUA 16, ESQUINA COM RUA 10, CONJ. CASTANHEIRAS
	IA	UBS L-37	AV PERIMETRAL, N 25, QD- B -GRANDE VITÓRIA
JORGE TEIXEIRA POP: 124.164	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS AVELINO PEREIRA (L-02)	RUA CRAVINHOS - JOÃO PAULO
	III	UBS JOSEPHINA DE MELLO (L-39, L-40, L-41)	RUA CUIÚBA, 232, JORGE TEIXEIRA I
	IA	UBS L-01	R. SUMARÉ, S/N, LOTEAMENTO VAL PARAÍSO
	IA	UBS L-13	R. Q, S/N, LOTEAMENTO SANTA INÊS
	IA	UBS L-21	RUA SÃO PAULO, S/N (CIDADE ALTA)
	IA	UBS L-22	R. DAS TULIPAS, 30, QUADRA 54
	IA	UBS L-26	R. DAS ANGELICAS, 8, JORGE TEIXEIRA II
	IB	UBS L-47 (EM CONSTRUÇÃO)	RUA BEIJA FLOR, S/N PROX. A RESERVA ADOLPHO DUCKRER
	TRADICIONAL	UBS GEBES MEDEIROS (EM CONSTRUÇÃO)	AV. PIRARUCU, 100
	TRADICIONAL	UBS WALDIR BUGALHO - INATIVADO (REFORMA PREVISTA)	RUA 07 DE SETEMBRO (RUA PLUTARCO)
MAUZINHO POP: 25.915	IA	UBS L-18	R. DO AREAL, S/N, PARQUE MAUÁ
	IB	UBS L-44	RUA 05,S/N JARDIM MAUÁ
	TRADICIONAL	UBS LUIZA DO CARMO	AV. MIN. JOÃO G. DE ARAÚJO, S/N (VILA DA FELICIDADE)
	TRADICIONAL	UBS MAUZINHO	AV. RIO NEGRO,113

PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS

Distrito de Saúde Leste - População: 492.729 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)			
BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
PURAQUEQUARA POP: 6.441	IB	UBS L-42-A	R. AIRTON SENNA, S/N, COMUNIDADE BELA VISTA
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS PLATÃO ARAÚJO (L-20)	RUA BARROSO ,S/N
SÃO JOSÉ OPERÁRIO POP: 72.784	TRADICIONAL ESF INSERIDA	POL. COMTE TELLES (L-07)	RUA J, ETAPA B
	TRADICIONAL	UBS AMAZONAS PALHANO	RUA ANTONIO MATIAS
	TRADICIONAL	UBS CACILDA DE FREITAS	RUA PENETRAÇÃO I, S/N
	IB	UBS L-15	RUA JOSÉ ROMÇO 74, CONJUNTO COLINA DO ALEIXO
	IA	UBS L-23	RUA TURUMÃ S/N ESQUINA . J. NASCIMENTO, S/N, SÃO JOSÉ I
	IB	UBS L-45	RUA PENETRAÇÃO II, S/N SÃO JOSÉ II
	CEO	CEO LESTE (EM CONSTRUÇÃO)	RUA J, QUADRA 64, N07 - ESTAPA B
TANCREDO NEVES POP: 53.715	IA	UBS L-03	R. MATUSALÉM, 25, SÃO LUCAS
	IA	UBS L-04	R. TANCREDO NEVES, S/N,
	IB	UBS L-05	R. AV. BATRON, COM RUA NELSON PINHEIRO, 30
	IA	UBS L-06	R. TOPÁZIO,165, LOTEAMENTO NOVA FLORESTA
	IA	UBS L-14	R. PAPAGAIO,S/N, COMUNIDADE DE DEUS
	IA	UBS L-34	AV. VENEZUELA, S/N, NOVA CONQUISTA
	TRADICIONAL	UBS LEONOR BRILANTE	AV. AUTAZ MIRIM, 8004
ZUMBI DOS PALMARES POP: 38.674	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS ALFREDO CAMPOS (L-43)	AV. COSME FERREIRA
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS GILSON MOREIRA (L-25)	RUA PEGORARO
	TRADICIONAL	UBS JOÃO N. DA MATTA	RUA DR. DANIEL, SN(NOVA LUZ)
	IA	UBS L-08	R DAS PALMEIRAS, 07,
	IA	UBS L-24	R. NESTOR PAES, S/N, ZUMBI II
	IB	UBS L-46	RUA 1 DE JUNHO

Em: março de 2015

Obs: Informações sujeitas a alterações.

PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS

**Distrito de Saúde Norte - População: 551.149 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)**

BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
CIDADE DE DEUS POP: 77.155	IB	UBS N-01	R. SANTA MARTA (NOSSA SENHORA DE APARECIDA), S/N, CIDADE DE DEUS 1 ETAPA
	IB	UBS N-02	R. DOS CURIÓS, S/N, CIDADE DE DEUS
	IB	UBS N-03	AV. OMAR AZIZ, 386 (ATUAL RUA GUARIRI ,03) COM.ALFREDO NASCIMENTO
	IB	UBS N-05	AV. PARAIBANO, S/N, BRAGA MENDES
	IB	UBS N-06	R. BELÉM, S/N, NOSSA SENHORA DE FÁTIMA II
	IB	UBS N-35	R SANTO EZEQUIEL COM TRAV. MARANHÃO,326, QD. R-01 NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
	IB	UBS N-36	R. ATLÉTICO PARANAENSE (N. SENHORA DOS NAVEGANTES ), 142, CIDADE DE DEUS 2/4 ETAPA
	IB	UBS N-42	R. 22 ESQ COM RUA 5 , S/N, ALFREDO NASCIMENTO II
	IB	UBS N-43	R DAS JAÇANAS, 33, ALFREDO NASCIMENTO
CIDADE NOVA POP: 133.246	CEO	CEO NORTE DR. RUBIM DE SÁ	R 77, Nº 26, NUCLEO 11, QD 240
	LAB	LAB. DISTRITAL NORTE - MANOEL B. LIRA	R 17, Nº 170, NÚCLEO III
	TRADICIONAL	UBS ARMANDO MENDES	RUA ARAGARÇAS, Nº786 - CONJ. MANOIA
	TRADICIONAL	UBS AUGIAS GADELHA	RUA A, Nº 17
	TRADICIONAL	UBS BALBINA MESTRINHO	RUA MAJ. SILVERIO J. NERY (RUA 170), NÚCLEO III
	IB	UBS N-13	R. CARLOS GOMES S/N RIACHO DOCE II
	IB	UBS N-14	R. FÁBIO LUCENA (COM RUA MENINO JESUS), S/N, NSA SRA. DO P. SOCORRO
	IB	UBS N-16	AV. AMAZONAS ( RUA INARÁ), 31, CAMPO DOURADO
	IB	UBS N-17	R. TUCUMA COM RUA PLUTAO , S/N, CAMPO DOURADO II
	IA	UBS N-20	R. QUINZE, S/N,( RUA GENERAL ELIO DE AMORIM) MONTE SINAI
	IA	UBS N-38	R. M, S/N, CANARANAS
	IB	UBS N-39	AV. D, 39, FRANCISCA MENDES ATENDENDO TEMPORARIAMENTE NO CRAS AV C, S/N, CANARANA
	IB	UBS N-40	R 2, S/N, CJ. MANÔA, CIDADE NOVA
	IB	UBS N-41	R TENENTE ROXANA BONESSI S/N( ANTIGA RUA, 312),CONJUNTO NOVA CIDADE
IB	UBS N-50	R 05, S/Nº, CONJUNTO BOAS NOVAS	
COLÔNIA SANTO ANTÔNIO POP: 19.401	IB	UBS N-19	R. SÃO JUDAS, S/N, COM. TERRA NOVA II, COLNIA SANTO ANTÔNIO
	IA	UBS N-34	R MARIA MOTA (AV. SÃO JOÃO) S/N, COMUNIDADE JOSÉ BONIFÁCIO
COLÔNIA TERRA NOVA POP: 49.583	IB	UBS N-24	R. OSCAR ROMERO, N 24, TERRA NOVA III
	IB	UBS N-30	RUA SINAGOGA (R. SANTA HELENA), S/N, COLONIA TERRA NOVA
	IB	UBS N-31	AV CHICO MENDES - COLONIA TERRA NOVA
	IB	UBS N-46	R SANTA LUZIA C/ BOM PASTOR S/N, JESUS ME DEU
	IB	UBS N-47	R JACARANDÁ COM RUA BURITI,S/N,COM.SANTA MARTA, COLÔNIA TERRA NOVA
	IB	UBS N-49	R CAMPO GRANDE C/ ALAMEDA RIO NEGRO,01 QD.C-24, COM. RIO PIORINI
	IB	UBS N-57	R HELASIA COM RUA OTONIEL ALENCAR - COM RIO PIORINI

PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS

Distrito de Saúde Norte - População: 551.149 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)			
BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
JORGE TEIXEIRA/LIMITE COM CIDADE DE DEUS POP: 124.164	POLI	POLI. ANNA BARRETO	AV. AUTAZ MIRIM, S/N, COM. MONTE SIÃO
LAGO AZUL POP: 8.395	IB	UBS N-48	BR 174 KM 04 AV. SÃO JOÃO, S/N, COMUNIDADE SÃO JOÃO
	IB	UBS N-56	ALAMEDA A, S/N, COMUNIDADE LAGOA AZUL
	IB	UBS N-60	KM.02 . BR-174, CONDOMINIO VERONA
	IV	UBS JOSÉ FIGLIUOLO	RUA RIO ARINOS, S/N - CONJ RESIDENCIAL VIVER MELHOR
MONTE DAS OLIVEIRAS POP: 44.177	POLI	POLI. JOSE A. DA SILVA	R DAS AROEIRAS, S/N,
	IB	UBS N-22	R. ULISSES GUIMARAES C/ RUA SÃO PAULO - FLORESTAL
	IB	UBS N-23	R 11 DE DEZEMBRO , 22, TERRA NOVA II
	IB	UBS N-26	R. PRECIOSA, 262, MONTE DAS OLIVEIRAS
	IB	UBS N-27	R. SÃO NICOLAU COM ESQUINA, SÃO FELICIANO, S/N, MONTE PASCOAL
NOVA CIDADE POP: 65.532	IB	UBS N-52	R BIBLOS S/Nº.(RUA 37 Q/52) NOVA CIDADE
	IB	UBS N-53	R 222-A, (RUA CURAÇÃO), Nº 3340, QUADRA 316, CONJUNTO CIDADÃO V
	IB	UBS N-54	R JOSÉ DE LEONISSA, S/N CONJUNTO JOÃO PAULO II
	IB	UBS N-55	R 25, S/Nº - CONJUNTO BURITI NOVA CIDADE
NOVO ALEIXO POP: 106.270	IA	UBS N-07	R. JERUSALÉM, S/N, NOSSA SENHORA DE FÁTIMA I
	IA	UBS N-08	R. 40 A, 35,(RUA GAIVOTA) NOVO CANAÃ
	IA	UBS N-09	R. SÃO FRANCISCO, 30 QD E29, NOVO ALEIXO 2 ETAPA
	IA	UBS N-10	R. CINQUENTA, 23, QUADRA 85
	IA	UBS N-11	R. QUINZE, S/N, NOSSA SENHORA DE FÁTIMA I - AMAZONINO MENDES
	IB	UBS N-12	R. ANTONIO SÉRGIO VIEIRALVES, S/N ( C/ CARABINANE) NOVO ALEIXO
	IA	UBS N-15	R. TREZE, 1, QUADRA 38 AMAZONINO MENDES
	IB	UBS N-21	R. RUA 32 COM RUA 83, S/N, CONJUNTO AMAZONINO MENDES
	IA	UBS N-37	R JOAQUIM MARTINS SANTANA C/ R. ARAÚJO LIMA, S/N, AMAZONINO MENDES II
	IB	UBS N-51	R LIRIO DAS INDIAS QD11 LOTE 07 COMUNIDADE PARQUE DAS GARÇAS
	IB	UBS N-58	R CAPIBARIBE, 02, ANTIGA C 3 (COMUNIDADE ÁGUAS CLARAS)
	IV	UBS MARIA MAFRA (OBRA EM FINALIZAÇÃO)	RUA 52, CONJ. AMAZONINO MENDES, MUTIRÃO – BAIRRO NOVO ALEIXO
	TRADICIONAL	UBS ARTHUR VIRGÍLIO (EM READEQUAÇÃO ESTRUTURAL)	RUA 10,3015, COM (RUA ITAETÉ) CIDADE NOVA 5
NOVO ISRAEL POP: 18.505	TRADICIONAL	UBS FREI VALÉRIO (N-32)	RUA BOM JESUS
SANTA ETELVINA POP: 28.885	IB	UBS N-28	R. PROFESSORA AURORA REGO S/N COMUNIDADE VITÓRIA RÉGIA
	IA	UBS N-29	AV. GOV. AMAZONINO MENDES, S/N
	IB	UBS N-59	ALAMEDA C, (RUA DOM JESUS DE IRENEU) JARDIM FORTALEZA
	TRADICIONAL	UBS SÁLVIO BELOTA	RUA JOÃO MONTE FUSCO

PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS

**Distrito de Saúde Norte - População: 551.149 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)**

BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO

Em: março de 2015

Obs: Informações sujeitas a alterações.

**PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS**
**Distrito de Saúde Oeste - População: 442.107 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)**

BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
<b>ALVORADA</b> POP: 71.082	TRADICIONAL	UBS AJURICABA	AV. LESTE - CONJ. AJURICABA
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS MANSOUR BULBOL (S-36)	AV. DES. JOÃO MACHADO
	IB	UBS O-07	R. H, S/N, ALVORADA I
	IA	UBS O-08	R. TREZE, S/N, ALVORADA II
	IA	UBS O-09	R. SEIS, S/N, ALVORADA III
	IA	UBS O-37	R. MARECHAL RONDON, S/N, ALVORADA 1
<b>COMPENSA</b> POP: 83.414	CECOZ	CECOZ	AV. BRASIL S/N, COMPENSA I
	LAB	LAB. CITOPATOLOGIA	RUA 23 DE DEZEMBRO,S/N
	LAB	LAB. DISTRITAL OESTE	AV. BRASIL
	MATER	MATER MOURA TAPAJÓS	AV. BRASIL
	POLI	POLI. DJALMA BATISTA (O-40)	RUA 23 DE DEZEMBRO,S/N
	TRADICIONAL	UBS LEONOR DE FREITAS	AV. BRASIL
	IA	UBS O-16	R. GILBERTO MESTRINHO, 19, PANTANAL
	IA	UBS O-17	R. CRISTO REI, S/N, CRISTO REI COMPENSA III
	IB	UBS O-18	RUA C ENTRE RUAS 04 E 08 VILA MARINHO
	IB	UBS O-19	R. PLÍNIO COELHO, S/N, COMPENSA II
	IA	UBS O-20	R. DARCY VARGAS, S/N, COMPENSA I
	IA	UBS O-21	BC. DANILO AREOSA, S/N, COMPENSA I
	IB	UBS O-22	RUA MANAUS, Nº 04 – COMPENSA.
	IA	UBS O-23	R. DAS FLORES, S/N, COMPENSA II
IB	UBS O-43	R. BELO HORIZONTE, S/N, COMPENSA II	
<b>DA PAZ</b> POP: 16.712		C. ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO	RUA COM. PAULO LASMAR, S/N CONJ. SANTOS DUMONT
	CEO	CEO OESTE JOÃO LUÍS RIBEIRO	RUA COM. PAULO LASMAR,S/N CONJ, SANTOS DUMONT
	I	UBS O-02	R. VENEZUELA, S/N,
	IA	UBS O-03	R. QUATRO, S/N, BAIRRO DA PAZ II 3 ETAPA
	TRADICIONAL	UBS BAIRRO DA PAZ	RUA BOA ESPERANÇA
	TRADICIONAL	UBS SANTOS DUMONT	RUA CMTE.NORBERTO WON GAL, 434
<b>DOM PEDRO</b> POP: 18.777	IB	UBS O-38	BC. SÃO LUIZ, S/N, SANTA TEREZINHA
<b>GLÓRIA</b> POP: 9.879	TRADICIONAL	UBS DEODATO M. LEÃO	AV. PRES. DUTRA
	IA	UBS O-33	R. LAURO MACHADO, S/N, GLÓRIA
	IA	UBS O-34	R. 5 DE JUNHO, S/N, GLÓRIA
<b>LÍRIO DO VALE</b> POP: 23.687	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS LUIZ MONTENEGRO (O-13)	AV. LAGUNA
	IA	UBS O-12	R. GUANABARA, S/N, LÍRIO DO VALE II
	POLI	POL. RDO. FRANCO DE SÁ (O-10)	RUA 05, N. 150

**PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS**
**Distrito de Saúde Oeste - População: 442.107 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)**

BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
NOVA ESPERANÇA POP: 19.465	IB	UBS O-10	RUA DA INDEPEDÊNCIA COM PENETRAÇÃO, S/N – NOVA ESPERANÇA.
	IB	UBS O-11	R. OSWALDO BARBOSA, S/N, NOVA ESPERANÇA II
REDENÇÃO POP: 36.682	IA	UBS O-04	R. OLINDA, S/N,
	IA	UBS O-05	R. PROJETADA 4, S/N,
	IA	UBS O-06	TV. MIRASSELVA, S/N,
	TRADICIONAL	UBS REDENÇÃO	RUA OLINDA
SANTO AGOSTINHO POP: 18.252	III	UBS DOM MILTON (O-14, O-15, O-42)	RUA PRESEPE ( RUA TIRADENTES) S/N
SANTO ANTÔNIO POP: 21.732	IA	UBS O-29	R. PRESIDENTE KENNEDY, S/N, MANDA BRASA
	IA	UBS O-30	R. SÃO PAULO, 185, SANTO ANTÔNIO AREAL
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS SANTO ANTÔNIO (O-31)	RUA LAURO BITENCOURT
SÃO JORGE POP: 23.807	TRADICIONAL	UBS MARIA IDA MENTONI	RUA ALICE SALERMO - JD. DOS BARES (RUA AJURICABA)
	IA	UBS O-25	RUA AMBROSIO AIRES, SÃO JORGE S/N
	IA	UBS O-26	R. OLENCA DE MENEZES, S/N, JARDIM DOS BARÉS
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS JOSÉ RAYOL DOS SANTOS (O-28)	RUA MANOEL BATISTA ( RUA 18 DE SETEMBRO ), S/N
SÃO RAIMUNDO POP: 16.934	III	UBS VICENTE DE PAULA (O-32, O-35)	RUA JERONIMO RIBEIRO, N. 49
TARUMÃ POP: 30.862	TRADICIONAL	UBS LINDALVA DAMASCENO	AV. DO TURISMO
	IB	UBS O-45	R. PRAIA DO FUTURO, S/N, PQ RIO SOLIMÕES
	IB	UBS O-46	RUA RAIMUNDO MAIA ,S/N (PARQUE SÃO PEDRO)
	IB	UBS O-47 ( ANEXO UBS LINDALVA DAMASCENO)	RUA PETER DRUCKER COM RUA XAPUR I ( PARQUE RIACHUELO I )
	IB	UBS O-48	RUA SAPUCAIA S/N (PARQUE RIACHUELO II)
TARUMÃ-AÇÚ POP: 13.258	IB	UBS O-01	(AV AIRTON SENA), S/N, UNIÃO DA VITÓRIA
VILA DA PRATA POP: 12.145	III	UBS VILA DA PRATA (O-24, O-27, O-44)	RUA PROMECIO ( RUA ADEMAR DE BARROS) , S/N

Em: março de 2015

Obs: Informações sujeitas a alterações.

**PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS**

<b>Distrito de Saúde Rural - População: 13.036 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)</b>			
<b>BAIRRO POPULAÇÃO</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES</b>		
	<b>TIPO/ PORTE</b>	<b>NOME DA UNIDADE</b>	<b>ENDEREÇO</b>
<b>AM 010</b>	TRADICIONAL RURAL	UBS EPHIGENIO SALES (R-34)	RAMAL ÁGUA BRANCA II, KM 45, RODOVIA AM-010
	TRADICIONAL RURAL	UBS SÃO PEDRO (R-36)	COMUNIDADE BOM JESUS - AM 010 KM 25 E ADJACÊNCIAS
<b>BR 174</b>	TRADICIONAL RURAL	UBS ADA VIANA RODRIGUES (R-37)	COM. NOVA CANAA (BR 174 R-10)
	TRADICIONAL RURAL	UBS PAU ROSA (R-41 R-42)	RAMAL DO PAU-ROSA, ENTRADA DO KM 21, ASSENTAMENTO TARUMA-MIRIM
<b>RIO AMAZONAS</b>		UBS JATUARANA	COSTA DO JATUARANA - RIO AMAZONAS
		UBS LAGO DO ARUMÃ	COMUNIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - LAGO DO ARUMÃ
		UBS NOSSA SENHORA DO CARMO	COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO CARMO - PARANÁ DA EVA
		UBS NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO	COMUNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO - PARANÁ DA EVA
		UBS TABOCAL BONSUCESSO	COMUNIDADE BOM SUCESSO - COSTA DO TABOCAL
		UBS TABOCAL GUAJARÁ	COMUNIDADE SÃO FRANCISCO - COSTA DO TABOCAL
<b>RIO NEGRO</b>	MÓVEL FLUVIAL	UBS APUAÚ	COMUNIDADE NOVA ESPERANÇA DO APUAÚ - RIO APUAÚ
	MÓVEL FLUVIAL	UBS COSTA DO ARARA	COMUNIDADES COSTA DO ARARA - RIO NEGRO
	MÓVEL FLUVIAL	UBS CUIEIRAS	COMUNIDADE SÃO SEBASTIÃO - RIO CUIEIRAS
	MÓVEL FLUVIAL	UBS MIPINDIAÚ	COMUNIDADE NOVA JERUSALÉM - LAGO DO MIPINDIAÚ
	MÓVEL FLUVIAL	UBS SANTA MARIA	COMUNIDADE SANTA MARIA - RIO NEGRO
<b>TARUMÃ-MIRIM</b>	TRADICIONAL RURAL	UBS NOSSA SENHORA AUXILIADORA (R-39)	COMUNIDADE N. S. AUXILIADORA - TARUMÃ MIRIM
	TRADICIONAL RURAL	UBS NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (R-38)	COMUNIDADE N. S. DE FÁTIMA - TARUMÃ MIRIM
	TRADICIONAL RURAL	UBS NOSSA SENHORA LIVRAMENTO (R-35)	COMUNIDADE N. S. DO LIVRAMENTO - TARUMÃ MIRIM
<b>ATENDIMENTO FLUVIAL RIO NEGRO E RIO AMAZONAS</b>	TRADICIONAL FLUVIAL	UBS CATUIARA (R-27, R-29, R-32, R-40)	RIO NEGRO E AMAZONAS

Em: março de 2015

Obs: Informações sujeitas a alterações.

**PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS**

<b>Distrito de Saúde Sul - População: 483.153 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)</b>			
<b>BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)</b>	<b>PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES</b>		
	<b>TIPO/ PORTE</b>	<b>NOME DA UNIDADE</b>	<b>ENDEREÇO</b>
<b>ADRIANÓPOLIS POP: 9.732</b>	CEO	CEO UEA	RUA 4, Nº 5, DO CONJUNTO CELETRAMAZON
	LAB	LAB DVISA - MIN. AGRICULTURA	AV. MACEIÓ
<b>ALEIXO POP: 22.720</b>	IA	UBS S-50	R. GABRIEL GONÇALVES, S/N,
	IA	UBS S-51	R. JOSÉ DO PATROCÍNIO, S/N,
<b>APARECIDA POP: 7.695</b>	IA	UBS S-07	R. XAVIER DE MENDONÇA 228,
<b>BETÂNIA POP: 12.040</b>	TRADICIONAL	UBS LUCIO FLAVIO	TV. CMTE. FERRAZ ,15
<b>CACHOEIRINHA POP: 18.642</b>	CAPS	CAPS SUL	RUA BORBA, 1084
	IA	UBS S-32	R. GENERAL GLICÉRIO, S/N,
<b>CENTRO POP: 36.501</b>	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS VICENTE PALLOTTI (S-30)	RUA APURINÃ COM NHAMUNDÁ, N. 279
	IA	UBS S-10	R. EMÍLIO MOREIRA, S/N, BURACO DA JONATHAS
	IA	UBS S-11	AV. LOURENÇO DA SILVA BRAGA, S/N
	IB	UBS S-12	R. SANTA ISABEL, 103
<b>CHAPADA POP: 12.300</b>	TRADICIONAL	UBS DR. JOSÉ RAYOL	AV. CONSTANTINO NERY
<b>COLÔNIA OLIVEIRA MACHADO POP: 9.256</b>	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS THEODOMIRO GARRIDO (S-15, S-31)	RUA VISTA ALEGRE
<b>CRESPO POP: 16.996</b>	TRADICIONAL	UBS ALMIR PEDREIRA	RUA 09 DE MAIO, S/N LAGOA VERDE
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS FRANK CALDERON (S-25)	RUA BOA ESPERANÇA
	IA	UBS S-24	R. ADELINO NETO, S/N, ATRÁS DO GM 3
	IA	UBS S-20	BECO OLARIA, S/N,
<b>DISTRITO INDUSTRIAL I POP: 2.979</b>		UBS S-08 (ANTIGA UBS BIANCA DE CARVALHO)	RUA G3, QD 05 S/N, CJ .NOVA REPÚBLICA
<b>EDUCANDOS POP: 17.442</b>		UBS MEGUMO KADO	RUA INOCENTE DE ARAÚJO ,51
	IA	UBS S-13	R. UNIVERSAL, S/N, PRÓXIMO A SERRARIA MORAES
	IA	UBS S-14	R. LABOR, S/N, PRÓXIMO A FITEJUTA
<b>FLORES POP: 52.907</b>	IB	UBS S-01	RUA FORMOSA ,S/N(R. TAILÂNDIA) PARQUE DAS NAÇÕES
	IA	UBS S-02	RUA AUSTRIA,S/N PARQUE DAS NAÇÕES
	IA	UBS S-03	RUA BARÃO DE PARIMÁ, S/N, COM. MUNDO NOVO, FLORES
	IA	UBS S-53	R. 03, CONJUNTO SANTA CRUZ
	TRADICIONAL	UBS NILTON LINS (A inaugurar)	AV PROF NILTON LINS, 3259 - PQ DAS LARANJEIRAS
<b>JAPIIM POP: 58.706</b>	TRADICIONAL	UBS JAPIIM	RUA 31( ORESTE BARBOSA)
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS LOURENÇO BORGHI (S-41, S-34, S-18)	TRAV.S6 COM R. 5 DE SETEMBRO
	IA	UBS S-29	R. PENETRAÇÃO I, 120
	IB	UBS S-33	RUA NATAL, 17
	IA	UBS S-38	RUA NOVA, ESQUINA. FRANCISCO DUARTE, 9, JAPIIMLANDIA
<b>MORRO DA LIBERDADE</b>	LAB	LAB. DISTRITAL SUL	RUA SÃO BENEDITO, S/N

## PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE - ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE/SEMSA - MANAUS

Distrito de Saúde Sul - População: 483.153 habitantes (ESTIMATIVA IBGE 2013)			
BAIRRO POPULAÇÃO (ESTIMATIVA IBGE 2013)	PONTOS DE ATENÇÃO EXISTENTES		
	TIPO/ PORTE	NOME DA UNIDADE	ENDEREÇO
POP: 13.100	III	UBS MORRO DA LIBERDADE (S-16, S-22, S-23)	RUA DONA MIMI (RUA SÃO BENEDITO ), S/N
MOSSA SENHORA DAS GRAÇAS POP: 16.627	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS DR. LUIZ MONTENEGRO (S-09)	RUA RIO JUTAÍ,37
PARQUE 10 DE NOVEMBRO POP: 45.381	POLI	POLI. CASTELO BRANCO	RUA DO COMÉRCIO
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS THEOMÁRIO PINTO (S-52)	TRAVESSA 02 DE AGOSTO, S/N - BAIRRO DA UNIÃO
PETRÓPOLIS POP: 45.330	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS PETRÓPOLIS (S-36)	RUA DELFIM DE SOUZA
	IA	UBS S-35	TV. NOVA, 5,
	IA	UBS S-37	R. BENTO BRASIL S/N,
	IA	UBS S-40	R. 01, JARDIM PETRÓPOLIS
	IA	UBS S-42	R. CAMPO GRANDE, 133, VALE DO AMANHECER
	IB	UBS S-43	R. CAMPOS DO JORDÃO, S/N, NOVA JERUSALÉM
	IA	UBS S-44	R. DNA RAQUEL DE SOUZA, S/N,
	IA	UBS S-45	RUA BENTO BRASIL COM ABÍLIO NERY, S/N,
PRESIDENTE VARGAS POP: 8.738		UBS S-04	BECO BRAGANÇA,S/N
	IA	UBS S-06	R. SÃO JOSÉ, S/N, MATINHA
RAIZ POP: 15.534	IA	UBS S-21	R. NOVA OLINDA, 78, ATERRO DA RAIZ
	IA	UBS S-27	R. SANTA MARIA, 118
SANTA LUZIA POP: 7.153	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS SANTA LUZIA (S-17)	RUA LEOPOLDO NEVES, S/N
SÃO FRANCISCO POP: 18.506	IA	UBS S-46	R. NUNES CARDOSO, S/N,
	TRADICIONAL ESF INSERIDA	UBS SÃO FRANCISCO (S-48)	RUA RODOLFO VALLE (RUA JONAS DA SILVA), S/N
		UBS S-48 (EM PROCESSO DE REATIVACÃO)	RUA PIMENTA BUENO, 139
SÃO GERALDO POP: 8.359	IB	UBS S-05	RUA PICO DAS ÁGUAS, 88, SÃO GERALDO
SÃO LAZARO POP: 13.127	CEO	CEO SUL JOSÉ FORTUNADO DE OLIVEIRA	RUA SÃO LAZARO,S/N
	POLI	POLI. ANTÔNIO REIS	RUA ESCANDINÁVIA ( RUA SÃO LÁZARO ), S/N
	IA	UBS S-19	R. HEMETÉRIO CABRINHA, S/N,

Em: março de 2015

Obs: Informações sujeitas a alterações.

**Anexo 02**

# PESQUISA DE OPINIÃO

Você está participando da nossa PESQUISA DE OPINIÃO 2015. A sua opinião, de forma transparente e sincera é muito valiosa para medirmos a qualidade de nosso serviços.

## 1. Escolaridade:

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Outros

## 2. Dos Serviços abaixo, quais você utilizou?

- Laboratório
- Farmácia
- Registros Gráficos
- Imagenologia/RX e Ultrassonografia
- Fisioterapia
- Serviço Social
- Enfermagem
- Consulta Médica
- Marcação de Consultas
- Ouvidoria

3. Que conceito você daria aos nossos serviços?  
(O) Ótimo (B) Bom (R) Regular (P) Péssimo

- Laboratório
- Farmácia
- Registros Gráficos
- Imagenologia/RX e Ultrassonografia
- Fisioterapia
- Serviço Social
- Enfermagem
- Consulta Médica
- Marcação de Consultas
- Ouvidoria
- PAID / CER

4. Por que procurou os serviços desta  
POLICLÍNICA?

- Indicação de família/amigos
- Encaminhamento médico/agendamento
- Localização
- Outros

5. Recomendaria nossos serviços para amigos  
e familiares?

- Sim
- Não

6. Sugestão:

---

---

---

---

**Anexo 03**



## 2º Encontro Internacional de Política Social 9º Encontro Nacional de Política Social

Tema: "Lutas sociais no capitalismo contemporâneo"

Vitória (ES, Brasil), 4 a 7 de agosto de 2014

Eixo: Direitos geracionais (família, infância, juventude e velhice).

### O USO DO ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO NA AGROVILA DO CABURI (PARINTINS/AMAZONAS)

Fabiana de Souza Canto<sup>1</sup>  
Gladson Rosas Hauradou<sup>2</sup>

#### Resumo

Questão presente no cotidiano de várias famílias, o uso do álcool tem despertado a atenção de vários segmentos da sociedade civil e governamental tendo em vista a elaboração de alternativas de intervenção. Este artigo faz uma abordagem acerca do uso do álcool por adolescentes em uma comunidade do interior do estado Amazonas. Dadas às questões, constatou-se que esta comunidade lida constantemente com o uso do álcool por adolescentes os quais começam a ingerir estas substâncias a partir dos 12 anos de idade. Este uso se dá frequentemente e, por vezes, de forma mais intensa. Exigindo do poder público maior presença para enfrentar essa problemática junto à comunidade resguardando seus direitos.

**Palavras-chave:** Adolescência. Uso de álcool na Adolescência. Poder Público.

#### Abstract

Present in the daily lives of several families question the use of alcohol has attracted the attention of various segments of civil society and government with a view to developing alternatives intervention. This article makes an approach on alcohol use by adolescents in a community inside the Amazonas state. Given the questions, it was found that this community constantly dealing with alcohol use by adolescents who start to drink these substances from the age of 12. This use often gives and sometimes more intensely. Requiring the government to face greater presence this problem in the community protecting their rights.

**Keywords:** Adolescence. Alcohol use in adolescence. Public Power.

<sup>1</sup> Assistente Social. Graduada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM/Parintins). Email: fabiana.scanto@hotmail.com

<sup>2</sup> Professor Auxiliar I do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM/Parintins). Email: gladson@ufam.edu.br



## **SAÚDE DO PROFESSOR NO CAMPO:** estudo das condições de trabalho e sua relação com a saúde dos professores da Escola Municipal Luiz Gonzaga em Parintins - Amazonas

Gladson Rosas Hauradou<sup>1</sup>  
Lidiana Filgueira Ribeiro<sup>2</sup>  
Luziene Batalha Lima<sup>3</sup>  
Silneide Lima Portela<sup>4</sup>

**RESUMO:** Este artigo analisou a relação existente entre as condições de trabalho e a saúde dos professores da Escola Municipal Luiz Gonzaga. A metodologia contemplou três momentos, a saber: 1) o levantamento bibliográfico e fichamento; 2) a realização da pesquisa de campo e 3) a seleção e análise dos dados coletados. Os resultados evidenciam problemas relacionados à saúde oriundos de condições adversas, dentre os quais se destacam aqueles relacionados à voz, gástricos e fadigas ligadas aos trabalhos em classe e extra-classe.

**Palavras-chave:** Saúde. Saúde do Professor. Condições de Trabalho.

**ABSTRACT:** This paper analyzed the relationship between working conditions and health of teachers of the School Luiz Gonzaga. The methodology included three times, namely: 1) the literature and book report; 2) the completion of fieldwork and 3) the selection and analysis of the collected data. The results show problems related to health arising from adverse conditions, among which we highlight those related to voice, gastric and fatigue linked to the work in class and outside classroom.

**Keywords:** Health. Teacher Health. Working Conditions.

---

<sup>1</sup> Graduado em Serviço Social pelo Centro Universitário Nilton Lins-UNINILTONLINS. Pós-graduando em Psicopedagogia pela Faculdade Integrada do Brasil-FAIBRA.

<sup>2</sup> Graduada em Pedagogia pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA. Pós-graduanda em Psicopedagogia pela Faculdade Integrada do Brasil-FAIBRA.

<sup>3</sup> Graduada em Pedagogia pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA. Pós-graduanda em Psicopedagogia pela Faculdade Integrada do Brasil-FAIBRA.

<sup>4</sup> Graduada em Pedagogia pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA. Pós-graduanda em Psicopedagogia pela Faculdade Integrada do Brasil-FAIBRA.



## **O PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO E A EDUCAÇÃO DO CAMPO: NOVAS RELAÇÕES NAS ESCOLAS DO CAMPO EM PARINTINS**

**Gladimir Rosas Hauradou<sup>1</sup>**  
**Angelita Maria Rodrigues Assunção<sup>2</sup>**  
**Gladson Rosas Hauradou<sup>3</sup>**  
**Luziene Batalha Lima<sup>4</sup>**

**RESUMO** - Este trabalho objetivou conhecer se as ações de manejo dos canteiros sustentáveis realizadas por professores e monitores, em duas escolas do campo no município de Parintins (AM), se davam segundo a proposta do Programa Mais Educação PME e se havia relação com a proposta da Política de Educação do Campo. A metodologia contemplou três momentos diferenciados, todavia articulados entre si. Constatou-se que as escolas implantaram as atividades de manejo de canteiros segundo o PME. Contudo, as ações de manejo carecem de acompanhamento técnico específico (e de articulação teórico-prática) sem o qual estas ações se traduzem numa atividade não disciplinar, persistindo um distanciamento entre a proposta do PME e as atividades de manejo nas escolas, bem como, a não contextualização com a Educação do Campo.

**Palavras-chave:** Educação do Campo, Programa Mais Educação, Agroecologia, Canteiros Sustentáveis.

### **Introdução**

O Governo Federal numa estratégia para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral, instituiu em 2010 o Programa Mais Educação (PME). Este integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) pressupondo o desenvolvimento de atividades curriculares numa perspectiva interdisciplinar (BRASIL, 2014). O PME está subdividido em distintos macrocampos os quais possuem dimensões diferenciadas. Para o meio urbano têm-se os macrocampos: Acompanhamento Pedagógico; Comunicação, Uso de Mídias e Cultura Digital e Tecnológica, Cultura, Artes e Educação Patrimonial; Educação Ambiental, Desenvolvimento Sustentável e Economia Solidária e Criativa/Educação Econômica (Educação Financeira e Fiscal); Esporte e Lazer; Educação em Direitos Humanos; Promoção da Saúde e para o meio rural os macrocampos: Canteiros Sustentáveis; COM-VIDA – Comissão de Meio Ambiente e Qualidade de Vida; Conservação do Solo e Composteira (ou Minhocário); Cuidado com Animais e Uso Eficiente de Água e Energia

<sup>1</sup> Tecnólogo em Agroecologia, IFAM/UAB, Brasil. email: [hauradou.pi@gmail.com](mailto:hauradou.pi@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduada em Licenciatura em Pedagogia, UFAM, Brasil, email: [angelita9assucao@hotmail.com](mailto:angelita9assucao@hotmail.com)

<sup>3</sup> Assistente Social, Psicopedagogo, UFAM, Brasil, email: [gladson@ufam.edu.br](mailto:gladson@ufam.edu.br)

<sup>4</sup> Pedagoga, Psicopedagoga, SEMED/Parintins/AM, Brasil, email: [luziene.david2@gmail.com](mailto:luziene.david2@gmail.com)



**SAÚDE DO PROFESSOR NO CAMPO: estudo das condições de trabalho e sua relação  
com a saúde dos professores da Escola Municipal Luiz Gonzaga**

**Gladson Rosas Hauradou<sup>1</sup>  
Lidiana Filgueira Ribeiro<sup>2</sup>  
Luziene Batalha Lima<sup>3</sup>  
Silneide Lima Portela<sup>4</sup>**

**RESUMO**

Este artigo analisou a relação existente entre as condições de trabalho e a saúde dos professores da Escola Municipal Luiz Gonzaga. A metodologia contemplou três momentos, a saber: 1) o levantamento bibliográfico e fichamento; 2) a realização da pesquisa de campo e 3) a seleção e análise dos dados coletados. Os resultados evidenciam problemas relacionados à saúde oriundos de condições de trabalho adversas, dentre os quais se destacam aqueles relacionados à voz, gástricos e fadigas ligadas aos trabalhos em classe e extra-classe.

**Palavras-chave:** Saúde. Saúde do Professor. Condições de Trabalho.

**ABSTRACT**

This paper analyzed the relationship between working conditions and health of teachers of the School Luiz Gonzaga. The methodology included three times, namely: 1) the literature and BOOK REPORT; 2) the completion of fieldwork and 3) the selection and analysis of the collected data. The results show problems related to health arising from adverse working conditions, among which we highlight those related to voice, gastric and fatigue linked to the work in class and outside classroom.

**Keywords:** Health. Teacher Health. Working Conditions.

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: gladson@ufam.edu.br

<sup>2</sup> Estudante. Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

<sup>3</sup> Estudante de Pós-Graduação. Secretaria Municipal de Educação, Desporto e Lazer (SEMED).

<sup>4</sup> Estudante de Pós-Graduação. Secretaria Municipal de Educação, Desporto e Lazer (SEMED).



**SEMINÁRIO  
INTERNACIONAL**  
**Questões Socioambientais e  
Sustentabilidade na Amazônia**

“A crise ambiental e seu reatamento nas políticas públicas  
na contemporaneidade”

**1 a 3** dezembro  
de 2015 | Universidade Federal do Amazonas  
Manaus/AM - Brasil



**REFLEXÕES SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À “QUESTÃO  
SOCIAL” NA AMAZÔNIA**

Gladson Rosas Hauradou<sup>1</sup> e Simone Eneida Baçal de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO**

Busca-se, preliminarmente, discutir como tem-se configurado o enfrentamento da “questão social” na Amazônia mediante ações estatais com sutil atenção às formas de intervenção por meio da Política de Assistência Social. Parte-se do entendimento de que o meio mais concreto e convencional de se interferir nas dimensões desta questão no contexto brasileiro e amazônico vincula-se às ações do Estado por meio de estratégias peculiares a cada momento histórico, resguardadas as particularidades geográficas/locais. Estas estratégias de enfrentamento, por sua vez, dão inteligibilidade à existência de desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais inerentes ao modo como nossa sociedade está constituída.

Palavras-Chave: Questão Social. Políticas Públicas. Desigualdades.

**ABSTRACT:**

Preliminarily, we aim to discuss how has been set the facing of the "social issue" in the Amazon by state actions, with subtle attention to the forms of assistance through the Social Assistance Policy. This research is on the understanding that the most concrete and conventional means to interfere with the dimensions of this issue in the Brazilian Amazon region are linked to the State's shares through strategies peculiar to each historical moment, safeguarding the geographical features. These strategies of facing, in their turn, give intelligibility to the social, economic, political and cultural existence inherent to the way our society is constituted.

Keywords: Social Issue. Public Policy. Inequalities.

**1 INTRODUÇÃO**

A realidade amazônica apresenta peculiaridades que a distinguem das demais regiões do país e do mundo. Sua organização social, as relações sociais instituídas e o

<sup>1</sup> Professor. Universidade Federal do Amazonas (UFAM) / Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Assistente Social. Estudante de Mestrado em Serviço Social. Bolsista FAPEAM. Email: gladson@ufam.edu.br

<sup>2</sup> Professora. Universidade Federal do Amazonas (UFAM) / Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Endereço: Email: sisoliveira@uol.com.br



**SEMINÁRIO  
INTERNACIONAL**  
**Questões Socioambientais e  
Sustentabilidade na Amazônia**

“A crise ambiental e seu reatamento nas políticas públicas  
na contemporaneidade”

**1 a 3 de dezembro** | Universidade Federal do Amazonas  
de 2015 | Manaus/AM - Brasil



**CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL:  
Desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Gladson Rosas Hauradou<sup>1</sup> e Simone Eneida Baçal de Oliveira<sup>2</sup>

**Resumo**

Este estudo expõe uma sucinta reflexão sobre o papel da sociedade na consolidação do SUS mediante instrumentos de controle social como as conferências e, sobretudo, os conselhos. Discute o que se convencionou chamar de controle social com ênfase na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde com base na literatura atinente ao tema. Os resultados reforçam o significado dos conselhos enquanto instrumentos privilegiados na contínua defesa e ampliação do SUS mesmo envoltos a restritas condições de atuação. Aponta, ainda, a assimetria na correlação de forças entre representantes governamentais e da sociedade civil o que interfere, sobremaneira, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Palavras-Chave: Controle Social. Política de Saúde. Conselhos de Saúde.

**ABSTRACT**

This study exposes a brief reflection about the role of society in the consolidation of the Health Public System, through social control instruments such as conferences and the advice specially. It discusses the so-called social control, with emphasis on the performance of the Municipal Health Councils, based on the literature pertaining to the subject. The results reinforce the significance of the councils as privileged instruments in the continuous defense and expansion of the Health Public System, even wrapped the strict conditions of operation. It also points out the asymmetry in the balance of power between government representatives and civil society, which interferes greatly in the consolidation of the Brazilian Health Public System.

Keywords: Social Control. Health Policy. Health Councils.

<sup>1</sup> Professor na Universidade Federal do Amazonas (UFAM) / Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Assistente Social. Estudante de Mestrado em Serviço Social. Bolsista FAPEAM. E-mail: gladson@ufam.edu.br

<sup>2</sup> Professora. Universidade Federal do Amazonas (UFAM) / Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Assistente Social. Doutora em Serviço Social. E-mail: sisioliveira@uol.com.br

**NA CONTRACORRENTE DA UNIVERSALIDADE:** limites à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)

**ON COUNTERCURRENT OF UNIVERSALITY:** limits to the consolidation of the Single Health System (SUS)

**Gladson Rosas Hauradou** | Email: [gladson@ufam.edu.br](mailto:gladson@ufam.edu.br)  
Estudante de Mestrado em Serviço Social. Especialista. Bolsista FAPEAM.

**Simone Eneida Baçal de Oliveira** | Email: [sisioliveira@uol.com.br](mailto:sisioliveira@uol.com.br)  
Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazonas (GEPPSSAM). Doutora.

### Resumo

A materialidade do SUS na perspectiva do acesso universal segundo os pressupostos da Constituição Federal de 1988 representa um desafio contínuo num movimento que envolve todas as dimensões da vida social. É assim, que as conquistas advindas com o processo de Reforma Sanitária têm enfrentado limitações para sua efetiva implementação desde seu nascedouro na década de 1980 do século passado. Tais limitações relacionam-se a uma gama de conflitos advindos dos distintos interesses no contexto da atenção à saúde numa relação de avanços e retrocessos, permanente, se fazendo presente no cotidiano dos usuários. Neste estudo, reflete-se sobre alguns dos muitos desafios postos ao processo de materialização do SUS. Revela-se que, dentre os principais desafios, o de ordem política permeia todos os demais, pois sem um efetivo direcionamento às ações voltadas para a sua implementação nos três entes federados, em que se situa o financiamento, a proposta da Reforma Sanitária torna-se inviável.

### Palavras-chave

Universalidade. Sistema Único de Saúde. Desafios.

### Abstract

The materiality of Brazilian Public Health System (SUS), in the perspective of the universal access according to the premises of the Brazilian Federal Constitution of 1988, is a continuous challenge that involves all dimensions of social life. That is how the achievements stemming from the process of health reform have faced limitations to their effective implementation, since its birth in the 1980s. These limitations relate to a variety of conflicts, stemming from different interests of the context of attention of health in the permanent ratio of advances and setbacks, that become present in the daily lives of users. In this paper, we reflect on some of the many challenges posed to the SUS materialization process. We discuss that among the main challenges, the political one affects all others, because without an effective direction to initiatives for implementation in the three funded federal entities, the proposed health reform becomes unviable.

### Keywords

Universal Access. Brazilian Public Health System. Challenges.

### Introdução

A materialidade do SUS na perspectiva do acesso universal segundo os pressupostos da Constituição Federal de 1988 representa um desafio contínuo num movimento que envolve todas as dimensões da vida social. É assim, que as conquistas advindas com o processo de Reforma Sanitária (RS), que toma corpo com a determinação dos princípios doutrinários, organizativos e orientadores do SUS segundo o previsto na Política Nacional de Saúde (PNS)<sup>14</sup> enfrentado limitações para sua efetiva implementação desde o nascedouro do SUS na década de 1980 do século passado. Tais limitações relacionam-se aos conflitos advindos dos distintos interesses no contexto da atenção à

<sup>14</sup> Tratam-se dos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade; e os princípios organizativos baseados na participação popular, na regionalização e hierarquização, na resolubilidade e na descentralização com comando único





**4º Encontro Internacional de Política Social**  
**11º Encontro Nacional de Política Social**  
Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:  
desafios à Política Social  
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

Eixo: Política social e estratégias de desenvolvimento.

**NOTAS PARA A REFLEXÃO SOBRE A PRECARIZAÇÃO NA  
POLÍTICA DE SAÚDE<sup>1</sup>**

**Gladson Rosas Hauradou<sup>1</sup>**  
**Simone Eneida Baçal de Oliveira<sup>2</sup>**

**Resumo**

Neste estudo realiza-se uma reflexão sobre como as políticas sociais, particularmente a política de saúde brasileira, vem sendo afetada por influências externas, a exemplo das determinações dos organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional em razão da busca por rentabilidade ante a redução das taxas de lucros do capital. Assim sendo, o foco são as inflexões capitalistas na condução das políticas sociais na contemporaneidade, sobretudo, da política de saúde. Estas inflexões são reveladoras da precarização presente no andamento dessa política.

**Palavras-chave:** Política de saúde. Precarização.

**NOTES FOR THE REFLECTION ABOUT PRECARIOUSNESS IN HEALTH POLICY**

**Abstract**

In this study we carried out a reflection on how social policies, particularly the Brazilian health policy, has been affected by external influences, such determinations of multilateral organizations like the World Bank and the International Monetary Fund, because of the search for profitability before the reduction in capital gains rates. Therefore, the focus is the capitalist inflections in the conduct of social policy in contemporary, especially health policy. These inflections are revealing the precariousness present in the progress of this policy.

**Keywords:** Health policy. Precariousness.

**Introdução**

A *precarização* do trabalho, ou das políticas voltadas para atender às demandas sociais nas várias esferas de atenção das necessidades humanas fundamentais, como no caso da saúde pública, decorre de uma série de estratégias capitalistas tendo em vista o enfrentamento das crises inerentes ao seu *modus operandi*.

<sup>1</sup> Neste trabalho apresentamos parte da discussão realizada no texto "**Na contracorrente da universalidade: limites à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)**" publicado nos Anais do I Simpósio Internacional Estado, Sociedade e Políticas Públicas realizado em Teresina Piauí de 05 a 08 de abril de 2016.

<sup>2</sup> Especialista em Psicopedagogia Institucional. Estudante de Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) na Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professor do Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Educação e Zootecnia (ICSEZ/UFAM). E-mail: <gladson@ufam.edu.br>.

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: <sisiliveira@uol.com.br>.

