

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS- UFSCar  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA- DGERO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

---

**MARIA EDUARDA VERCESI DE CARVALHO**

**Lei brasileira de inclusão: pessoa idosa com deficiência auditiva e o direito ao espaço urbano**

SÃO CARLOS- SP

2023

MARIA EDUARDA VERCESI DE CARVALHO

**LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO: PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA  
AUDITIVA E O DIREITO AO ESPAÇO URBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Gerontologia da Universidade Federal  
de São Carlos, para obtenção do título  
de bacharel em Gerontologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Luzia  
Cristina Antoniossi Monteiro

**Co-orientador:** Ms. Luiz Armando  
Garlippe

São Carlos- SP

2023

Vercesi de Carvalho, Maria Eduarda

LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO: PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O DIREITO AO ESPAÇO URBANO / Maria Eduarda Vercesi de Carvalho -- 2023. 52f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Luzia Cristina Antoniossi Monteiro

Banca Examinadora: Letícia Felice Olaia

Bibliografia

1. Gerontologia, Acessibilidade, Pessoa Idosa com Deficiência Auditiva. I. Vercesi de Carvalho, Maria Eduarda. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

## **DEDICATÓRIA**

Dedico meu trabalho à UFSCAR, instituição que me acolheu e me deu a honra de aprender minha profissão e sobretudo às pessoas que me ajudaram e me apoiaram neste processo, sendo avós, namorado, mãe, orientadora e colegas de pesquisa.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial meu avô Anibal, o responsável por plantar em mim a sementinha da curiosidade, busca pelo conhecimento e dedicação nos estudos. À minha mãe e avó, Veridiana e Ana Maria, que sempre estiveram na torcida por mim, cuidando para que eu estivesse bem e pudesse seguir em frente por toda a trajetória da graduação. Ao meu irmão Arthur, que foi e é grande inspiração pra mim.

Ao meu namorado e à minha sogra, Pedro e Ilca, por serem meu porto seguro e um oásis ao meio de todas as turbulências enfrentadas durante este período. À minha amiga e confidente Grazielle, por ter tornado a experiência da universidade algo leve e prazeroso com sua amizade. Além disso, à todas as pessoas, colegas e amigos que encontrei neste percurso e que me acolheram e me ajudaram a buscar me tornar a profissional que desejo ser.

À minha orientadora Dra. Profa. Luzia Cristina Antoniossi Monteiro, por ser sempre muito paciente e compreensiva, me guiando pelos melhores caminhos acadêmicos. Também agradeço ao meu coorientador Luiz, que abriu as portas do Centro Especializado em Reabilitação, para que fosse possível a minha pesquisa. Ademais, à Letícia, colega de pesquisa que me ajudou em momentos muito importantes de submissão e escrita. Em geral agradeço à todo meu grupo de pesquisa “Direito, Cidade e Envelhecimento”, que me apoiou e construiu comigo muitos dos conhecimentos que adquiri.

À todos os professores e ao Departamento de Gerontologia, principais responsáveis pela minha formação e ética profissional.

Aos profissionais do Centro Especializado em Reabilitação, que colaboraram com minha pesquisa com bastante disposição e entusiasmo.

Por fim, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo- FAPESP, por realizar o financiamento do meu estudo.

## **RESUMO**

A partir da observação do aumento da população idosa no Brasil e no mundo, devem ocorrer mudanças principalmente no que tange o sistema de saúde, associado ao aumento de doenças crônicas e das condições de saúde consequentes da senescência, como a PARI (Perda Auditiva Relacionada à Idade). Assim, se mostra importante investigar a relação entre as pessoas idosas com PARI, o acesso ao serviço de saúde e o acesso à cidade em correlação às legislações vigentes. O objetivo deste trabalho foi analisar quais são as barreiras tanto arquitetônicas quanto comunicacionais que possam impedir o acesso ao Centro Especializado em Reabilitação (CER) e à cidade de modo geral. Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória, descritiva e quanti-qualitativa. Buscou-se conhecer o CER de Araraquara/SP e realizar um mapeamento do mesmo para estudar sobre as facilidades e barreiras em relação à acessibilidade que o serviço oferece. Para tanto, foram realizadas entrevistas com gestores e trabalhadores do local além do mapeamento. Procurou-se entender a dinâmica do serviço de saúde e verificar se os direitos instituídos pela Lei Brasileira de Inclusão e pelo Estatuto da Pessoa Idosa estão sendo concedidos às pessoas idosas com perda auditiva, assim contribuindo para melhorar o CER, as políticas de saúde auditiva e o acesso à cidade. Os achados revelaram que as maiores barreiras em relação ao acesso ao serviço e também ao aparelho auditivo foram em relação ao transporte e mobilidade urbana, comunicação, fila de espera e suporte social. Ao passo que os facilitadores consistiram na acessibilidade arquitetônica, na ambiência do local e no fluxo bem estruturado de atendimento. Entende-se a importância do presente estudo, por haver pouca pesquisa sobre esta temática na literatura, mas ainda assim ser um assunto muito relevante rumo ao aumento da qualidade de vida das pessoas idosas e das pessoas com deficiência de modo geral.

**Palavras-chave:** acesso à cidade; serviço de saúde; pessoa idosa; perda auditiva.

## **ABSTRACT**

From the observation of the increase in the elderly population in Brazil and in the world, changes must occur mainly in what concerns the health system, associated with the increase in chronic diseases and health conditions resulting from senescence, such as PARI (Hearing Loss Related to Age). Thus, it is important to investigate the relationship between elderly people with PARI, access to health services and access to the city in correlation with current legislation. The objective of this work was to analyze which are the architectural and communicational barriers that may prevent access to the Specialized Rehabilitation Center (CER) and to the city in general. This is a cross-sectional, exploratory, descriptive and quantitative-qualitative research. We sought to know the CER of Araraquara/SP and carry out a mapping of it to study the facilities and barriers in relation to the accessibility that the service offers. For this purpose, interviews were conducted with managers and workers at the site in addition to mapping. We tried to understand the dynamics of the health service and verify if the rights established by the Brazilian Law of Inclusion and the Statute of the Elderly Person are being granted to elderly people with hearing loss, thus contributing to improve the CER, hearing health policies and access to the city. The findings revealed that the biggest barriers in relation to access to the service and also to the hearing aid were related to transportation and urban mobility, communication, waiting list and social support. While the facilitators consisted of architectural accessibility, the ambience of the place and the well-structured flow of care. The importance of this study is understood, as there is little research on this topic in the literature, but it is still a very relevant subject towards increasing the quality of life of elderly people and people with disabilities in general.

**Keywords:** access to the city; healthcare service; elderly person; hearing loss.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Raio de 400m no entorno do CER.....	29
<b>Figura 2:</b> Fluxograma de funcionamento do Serviço de Reabilitação Auditiva.....	31
<b>Figura 3:</b> Registros do espaço interno do prédio.....	32

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

<b>Fotografia 1:</b> Fachada do CER.....	26
------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> caracterização dos profissionais entrevistados.....	33
----------------------------------------------------------------------	----

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

**AASI** – Aparelho de Amplificação Sonora Individual

**CER** – Centro Especializado em Reabilitação

**DRS** – Departamento Regional de Saúde

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**PARI** – Perda Auditiva Relacionada à Idade

**RRAS** - Rede Regional de Atenção à Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. APORTE TEÓRICO</b> .....	15
a. Envelhecimento populacional e Gerontologia.....	15
b. O direito à saúde e a pessoa idosa com deficiência auditiva.....	16
c. Direito à cidade e Estatuto da Pessoa com Deficiência.....	21
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	24
a. Objetivo geral.....	24
b. Objetivos específicos.....	25
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	25
a. Tipo de pesquisa.....	25
b. Local do Estudo.....	25
c. Participantes do Estudo.....	26
d. Instrumentos de Coleta de Dados.....	27
e. Forma de Análise do Dados.....	27
f. Procedimentos Éticos e Legais.....	28
<b>5. RESULTADOS</b> .....	28
a. Mapeamento do Serviço.....	28
b. Visita de Campo: Condições de Acessibilidade do Edifício.....	31
c. Entrevista com os profissionais.....	32
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>9. ANEXOS</b> .....	46
a. Comitê de Ética.....	46
<b>10. APÊNDICES</b> .....	50
a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50
b. Entrevista semiestruturada.....	53

## 1. INTRODUÇÃO

O mundo caminha rumo ao envelhecimento e o Brasil acompanha essa tendência, visto que sua nação está alcançando mais anos vividos. Em consequência desse fenômeno, a camada de pessoas idosas da população brasileira se torna mais expressiva, apresentando questões diferentes das décadas passadas, principalmente em relação à saúde. Em favor dessas demandas, faz-se necessária a atuação da Gerontologia, campo da ciência que estuda e faz gestão do envelhecimento e da velhice saudável e fragilizada.

Partindo do ponto de vista gerontológico, apesar da busca pelo envelhecimento ativo e saudável, existem algumas alterações naturais que o corpo pode sofrer no decorrer do tempo, as quais podem dificultar o dia a dia da pessoa idosa. Como exemplo podem ser citadas a osteopenia (perda de massa óssea), a presbiopia (diminuição da visão ou a famosa “vista cansada”) ou mesmo a presbiacusia ou perda auditiva relacionada à idade (diminuição da audição nas frequências mais altas dos sons) que será alvo de investigação do presente trabalho.

Além de impasses no dia a dia, acredita-se que a pessoa idosa com perda auditiva também pode enfrentar barreiras ao usufruir a cidade, tais como dificuldades comunicativas e de interação social, bem como de acesso aos serviços públicos como transporte e saúde, tão importantes para o tratamento adequado das perdas auditivas relacionadas à idade. Por esse motivo, é necessária a prevenção, diagnóstico e intervenções adequadas ao tratamento das perdas auditivas relacionadas à idade no Sistema Único de Saúde (SUS) não somente como medida de saúde, mas também como direito ao acesso e ao usufruto da cidade.

Considerando as premissas elencadas, ressalta-se que o Brasil possui a lei nº 13.146/2015, denominado Estatuto da Pessoa com Deficiência, cujo objetivo é o alcance da igualdade e a inclusão das pessoas com todos os tipos de deficiência, incluindo a auditiva.

No que tange à reabilitação da pessoa com deficiência, além do Estatuto, existe a Portaria 793/2012 que visa a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS, promovendo o tratamento, acompanhamento e prevenção de problemas relacionados às deficiências de modo geral. Essa rede de cuidados é ofertada por Centros Especializados em Reabilitação (CER) que oferecem equipe multiprofissional especializada para atender essas pessoas, realizando consultas, diagnósticos, adaptação de tecnologias assistivas, assistência psicológica e social, entre outros tratamentos reabilitadores.

No que diz respeito às modalidades de reabilitação que cada CER deve oferecer, têm-se as modalidades Reabilitação Auditiva, Reabilitação Física, Reabilitação Intelectual e Reabilitação

Visual. Essa mesma portaria do ano de 2012, estabelece que cada CER deve oferecer no mínimo duas e no máximo quatro modalidades de reabilitação, sendo assim classificados como CER II, CER III e CER IV.

Em Araraquara, cidade do interior do Estado de São Paulo com 238.339 habitantes, segundo o IBGE em 2020, foi implantado o Centro Especializado em Reabilitação III (CER III) “Dr. Eduardo Lauand”, que atende as deficiências física, auditiva e intelectual dentro da média complexidade no SUS. O pleito veio a cabo após diversas discussões nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal por meio da participação incessante da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara e da Gerência de Reabilitação quando da participação da realização do Plano de Ação Regional da RRAS 13 (Rede Regional de Atenção à Saúde 13), aprovado pelos Grupos Condutores Regionais competentes dentro do Estado de São Paulo, sendo a aprovação publicada por meio Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. Por conseguinte, a modalidade reabilitação auditiva a qual compete o CER Araraquara é responsável por diversas ações em saúde auditiva de seus usuários, que em sua maioria são compostos de pessoas idosas com PARI.

Dentre essas ações especializadas em saúde auditiva, pode-se citar o diagnóstico e acompanhamento médico em otorrinolaringologia, avaliação e diagnóstico das perdas auditivas por profissionais fonoaudiólogos, além da prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) para pessoas idosas. Assim, este Centro se torna relevante para a presente pesquisa, uma vez que reúne a população-alvo deste estudo, permitindo a investigação das demandas de reabilitação pela população com deficiência e sobre a efetividade desse serviço.

Nesse contexto, o estudo visa analisar como a pessoa idosa com deficiência auditiva usufrui do direito à cidade, tendo em vista as barreiras encontradas no espaço urbano. Pode-se deparar com dificuldades no acesso, tanto para utilizar o serviço de saúde adequado ao tratamento, quanto para desfrutar a própria cidade onde se vive e convive. Acredita-se que as barreiras encontradas podem comprometer o próprio tratamento, bem como dificultar a autonomia e a integração socioespacial.

Considerando o apreço pelo artigo 53 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a acessibilidade consiste em “direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social”, o objetivo da pesquisa é analisar as barreiras que podem ser enfrentadas pela população

idosa com deficiência auditiva na cidade de Araraquara-SP, assim como as facilidades e dificuldades de acesso ao CER (serviço de saúde) e ao espaço urbano do entorno.

Espera-se contribuir com o aprofundamento da temática direito de acesso à cidade para pessoa idosa com deficiência, a partir do serviço de saúde especializado na cidade de Araraquara-SP, corroborando os termos da legislação, em especial da Lei Brasileira de Inclusão e a dignidade da pessoa humana.

## **2. APORTE TEÓRICO**

### **a. Envelhecimento Populacional e Gerontologia**

O Brasil era um país considerado “jovem” algumas décadas atrás. Isto se mostrava a partir da pirâmide populacional do país, com a base larga e o topo estreito. No entanto, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE projetam que o crescente número de pessoas idosas se intensificará. Estimativas para o ano de 2060 apontam que ¼ dos cidadãos terão 60 anos ou mais de idade na segunda metade do século XXI (Alvarenga *et al*, 2018; Oliveira, 2019).

A partir da década de 1980, esse cenário começa a mudar devido a vários fatores: queda da taxa de natalidade, queda da taxa de mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Os arranjos familiares se modificaram, existiam cada vez mais famílias com menos membros; isso se deu primeiramente nos maiores centros urbanos, onde as mulheres tinham mais acesso à informação e formação escolar, por isso inseriram-se no mercado de trabalho, além do fato de um maior conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sobre planejamento familiar, portanto as famílias passaram a ser menores do que eram antes (Leone; Maia; Baltar, 2010).

Ademais, a queda das taxas não foram as únicas causas do começo da inversão da pirâmide etária da população brasileira, já que o aumento da expectativa de vida faz ocorrer outro fenômeno: o aumento da longevidade. Portanto, o perfil das famílias também mudou, existem mais pessoas idosas e maiores de 80 anos compondo os arranjos familiares.

A expectativa de vida da população mundial vem crescendo. Em 2019, a expectativa chegou a 72.8 anos em uma média mundial e há projeções de que alcance 77.2 anos até 2050. No cenário nacional, a expectativa em 2019 era de 76,6 anos, 3 meses a mais que o ano anterior. A diferença entre a expectativa nacional e mundial mostra a heterogeneidade do processo de

envelhecimento entre os países, tornando ainda mais evidente o quanto o olhar dos gestores para a realidade local é imprescindível (IBGE, 2020; United Nations, 2022).

Essa transformação no caráter etário dos brasileiros acarretou problemas acerca de gestão do sistema de saúde, visto que o aumento do público idoso vem acompanhado de uma significativa conversão do quadro epidemiológico no Brasil: as doenças infectocontagiosas que eram a maior demanda, deram lugar às doenças crônicas que carecem de atenção mais prolongada e tratamento mais caro, o que acaba por sobrecarregar o sistema de saúde brasileiro. Segundo Veras, 2009, pg 549:

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Além das doenças crônicas as quais as pessoas idosas estão suscetíveis, existem também os desgastes do corpo comuns ao envelhecimento que devem da mesma forma ser acompanhados e se possível tratados pelo sistema de saúde, como a perda auditiva relacionada à idade (PARI), que requer avaliação, acompanhamento e até aquisição e adaptação de tecnologia assistiva cedida com os investimentos em saúde do Estado.

A partir dessa problemática, a Gerontologia - ciência voltada para o estudo do envelhecimento – assume importante papel nas novas demandas populacionais e, juntamente com os gestores de governo, nas pautas como moradias acessíveis, gestão do cuidado, acesso à cidade, entre outras. O profissional gerontólogo é capacitado para a gestão da velhice, compreendendo-a a partir de variados aspectos multidimensionais e transdisciplinares, propondo, articulando e implementando políticas públicas na área da saúde e cidadania em prol do envelhecimento ativo e saudável. Desta forma, sua atuação preconiza prevenção de problemáticas em relação à velhice, garantindo qualidade de vida e preservando a dignidade humana na velhice.

## **b. O direito à saúde e a pessoa idosa com deficiência auditiva**

Para que possa ser assegurado um envelhecimento digno e ativo para a população, o entendimento sobre como ocorre este processo e sobre a saúde da pessoa idosa é imprescindível, além de conhecer as legislações que garantem esses direitos, possibilitando o acesso à saúde e

consequentemente a tratamentos, prevenção e reabilitação de condições e agravos.

Segundo a Constituição Federal de 1988, pelo artigo 196:

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

Em outras palavras, a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, respaldado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que assiste toda população. Dentre os usuários, deve-se ter um olhar especial para o grupo social das pessoas idosas, pois este vem crescendo e demanda mais acesso ao sistema de saúde, além de ter direito ao atendimento preferencial, segundo o artigo 3º do Estatuto da Pessoa Idosa (lei nº 10.741/03). Para garantia de uma saúde completa, os gestores devem prestar atenção a todos os aspectos humanos, para além do físico, já que para a Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, a definição de saúde representa um estado de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OPAS, 2016).

No que diz respeito às dimensões do envelhecimento humano, existem três campos estudados, sendo eles o social, psicológico e biológico, para que haja atenção e conhecimento integral sobre as esferas da velhice. O aspecto social é comumente analisado a partir de redes de apoio que a pessoa idosa tem, do elo que é estabelecido com a família e da qualidade das relações as quais o mesmo está inserido, pois essas concepções interferem diretamente na vida deste, em assuntos como independência, suporte social e qualidade de vida, por exemplo (Schneider; Irigaray, 2008).

Quanto ao aspecto psicológico, este está bem atrelado ao social, pois além de trazer temáticas como a autoestima no processo de envelhecimento, entendimento do mundo, atribuições de papéis na família e outros grupos sociais, são estudadas as teorias psicológicas e sociológicas do envelhecimento, para que estes fenômenos sejam entendidos e possam ser alvos de estudos e ações para contribuir com o bem-estar e com a saúde da pessoa idosa (Schneider; Irigaray, 2008).

Por fim, no que se relaciona ao aspecto biológico, são investigados eventos que ocorrem com o corpo humano durante todo o envelhecimento e como essas mudanças influenciam na saúde e no dia a dia, sendo crucial para determinar os cuidados que aquela pessoa idosa necessita, como controle de medicações, adaptações da moradia, independência de locomoção, entre outros. Estes aspectos são tão importantes para o estudo da Gerontologia, que alguns

estudiosos até desconstruem a idade cronológica e fragmentam está entre as idades social, psicológica e biológica para enfatizar que o envelhecimento é único em cada ser humano e não pode ser generalizado a partir da contagem dos anos de vida (Schneider; Irigaray, 2008).

Baseando-se nisso, o âmbito biológico é muito importante se tratando do tópico ‘saúde’ (apesar de não ser determinante por si só) e ele traz perspectivas significativas para o entendimento do envelhecimento bem-sucedido, por exemplo o conceito de senescência. Este conceito expressa “um somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal”, ou seja, são padrões biológicos normais que mais cedo ou mais tarde manifestam-se em todos os indivíduos que envelhecem (Freitas *et al.*, 2013, p. 73).

Alguns exemplos que podem ser citados: a aparição de cabelos brancos, perda de massa muscular e óssea, a diminuição da visão (presbiopia) e a diminuição da audição (PARI). É importante salientar que senescência é diferente de senilidade, visto que este último representa a velhice fragilizada e é um desenvolvimento patológico ligado à velhice que normalmente é acompanhado de doenças crônicas e que leva a um progressivo desgaste dos sistemas funcionais de maneira mais acelerada do que o natural (Ciosak *et al.*, 2011).

Uma pessoa idosa saudável e ativo pratica com independência suas atividades de vida diária (AVD), sejam elas básicas (ABVD) ou instrumentais (AIVD). As atividades básicas se resumem em autocuidado, tal como tomar banho, se vestir, comer, entre outras e as atividades instrumentais traduzem o necessário para viver em uma vida comunitária e ter autonomia, como pegar ônibus, pagar as contas, fazer compras, controlar as medicações tomadas, entre outros (Brito *et al.*, 2018). Para a realização bem sucedida dessas atividades, é importante que esta pessoa tenha suas funções e seus sentidos preservados, assim mantendo sua independência.

O relatório de saúde e envelhecimento da OMS define o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”, considerando que a capacidade funcional é um conjunto de características de saúde que possibilitam que as pessoas sejam e façam o que as motiva e o que querem, ou seja, é a interação entre as capacidades intrínsecas (características pessoais: gênero, raça, condição socioeconômica e etc) e o ambiente (local onde vive, barreiras, acesso à tecnologia assistiva, entre outros). Portanto, tem-se que a capacidade funcional é de suma importância para o envelhecimento ativo e saudável, garantindo mais qualidade de vida para a pessoa idosa (OMS, 2015).

Mediante a essas resoluções sobre saúde e funcionalidade, é importante que haja uma preocupação com as limitações de vida diária que a pessoa com deficiência auditiva possa ter,

eventualmente dificultando seu nível de participação social e corroborando para uma baixa qualidade de vida. Assim, para entender e classificar essas limitações da condição de saúde, existe a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que é um mecanismo de classificação utilizado para quantificar e qualificar as limitações de atividades e participação social, complementando a Classificação Internacional de Doenças (CID). Esta ferramenta fornece códigos que são separados entre funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais, proporcionando uma noção multidimensional e funcional do paciente e permitindo uma intervenção e acompanhamento de sua evolução (Morettin; Bevilacqua; Cardoso, 2008).

A CIF é muito importante por ajudar a determinar quais são os fatores que acabam por prejudicar as pessoas idosas com PARI no âmbito da restrição na participação social, já que estes podem apresentar dificuldade na compreensão da fala ou em ouvir a televisão/rádio e por isso sentem-se isolados em situações de grupo ou desencorajados a manterem sua autonomia e ter uma vida ativa e saudável.

PARI (Perda Auditiva Relacionada à Idade) é o termo utilizado para se referir à diminuição auditiva causada pela senescência e pode ser classificada como uma perda bilateral, simétrica que atinge as frequências mais altas dos sons, diminuindo o espectro auditivo ao longo dos anos. Pode-se dizer que este acometimento atinge em média de 30 a 60% da população acima dos 60 anos, fazendo-se uma questão discutível para a saúde pública, visto que a população idosa pode ter problemas sociais, de autonomia e de acesso à cidade por conta dessa barreira comunicacional (Samelli *et al.*, 2011).

Para além dos problemas de autonomia em sua vida pessoal, dificuldade de socialização e acesso à informação, no caso daqueles que dependem de meios como rádio ou dizeres/vozes populares, a diminuição e/ou perda auditiva afeta também a saúde mental das pessoas idosas e pode causar déficit cognitivo com o passar dos anos. Ou seja, consequências desta condição abrangem quadros de ansiedade e depressão, dependência dentro do ambiente de trabalho e diminuição significativa da qualidade de vida (Ribeiro *et al.*, 2021).

A partir dessas compreensões, vê-se necessária a atenção à saúde da pessoa idosa, apontada como direito pelo artigo 15 do Estatuto da Pessoa Idosa que estabelece:

É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

E ainda mais especificamente à saúde auditiva da pessoa idosa, em razão deste ser um candidato notável para se enquadrar como deficiente auditivo, já que conforme artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146), a pessoa com deficiência é aquela que possui dentre outras, uma barreira sensorial que dificulta sua participação efetiva na sociedade em condição de igualdade com as demais pessoas e, assim, tem o direito de ter atendimento especializado e de reabilitação garantido também pelo Estatuto da Pessoa Idosa, nos parágrafos 2º e 4º do artigo 15.

É importante ressaltar que mesmo antes da existência do Sistema Único de Saúde, que surge a partir da Constituição Federal de 1988 e também da existência do Estatuto da Pessoa com Deficiência, muitas lutas foram travadas acerca da pauta sobre a saúde e dignidade das pessoas com deficiência por meio de associações filantrópicas, movimentos sociais e ações da sociedade civil.

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite foi lançado no ano de 2011 por meio do decreto 7.612 de 2011, visando de colocar o Brasil em consonância com a Convenção de Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU, 2006). O plano se divide em ações de políticas públicas e programas para acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde.

O foco da atenção à saúde dentro do plano é ampliar e qualificar o acesso à saúde de pessoas que tenham deficiência intermitente ou contínua, temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável. Para tal, prevê-se a identificação precoce de deficiências, elaboração de diretrizes terapêuticas para a Rede de Atenção à Saúde do SUS, implementação dos Centros Especializados em Habilitação e Reabilitação, metas de transporte para acesso à saúde, ampliação da lista de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e atenção odontológica às pessoas com deficiência (Brasil, 2011).

Diante disso, no ano de 2012 o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Portaria nº 793/2012 que teve papel importante para garantir o acesso desses indivíduos ao cuidado, por criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência através do SUS, seja do nível básico até a atenção especializada e avançada, hospitalar, urgência e emergência (Campos; Souza; Mendes, 2014).

Além desta, pode ser citada outra Portaria que vai em direção à atenção e cuidado, agora especificamente à pessoa com deficiência auditiva, que é a nº 2073/2004. Esta implementa a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, sendo um de seus objetivos promover um apoio mais amplo no Brasil à “universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social

da saúde auditiva”. Esta premissa inclui os níveis básico, médio e de alta complexidade, em busca de uma maior qualidade de vida e integração dessas pessoas na sociedade, incentivando sua participação social.

Diante do que já foi abordado anteriormente, a Portaria 793/2012 implementou os CER, que são Centros Especializados em Reabilitação, voltados para as pessoas com deficiência, seja esta intelectual, visual, física, auditiva, ostomia e múltiplas deficiências. O objetivo desses Centros é fazer o diagnóstico, tratamento, adaptação e manutenção da tecnologia assistiva, acompanhando o paciente e dando toda a assistência e apoio que o mesmo e a família necessitam, já que é referência para a rede de atenção à saúde no território, além de articular e promover comunicação entre os outros pontos de atenção da rede de cuidados.

Ademais, retoma-se que conforme a Portaria, os CER são organizados da seguinte forma: existe o CER II, que atende à dois serviços de reabilitação, o CER III, que atende à três serviços e o CER IV que pode vir a oferecer quatro ou mais serviços de reabilitação, contudo, mencionado a “quantidade” de serviços, refere-se à modalidade do atendimento que é prestado, seja voltado para audição, visão, etc.

Apesar das normativas instituídas para que a pessoa idosa com deficiência auditiva tenha acesso ao diagnóstico, tratamento e tecnologia assistiva, ainda se dão muitas dificuldades à admissão da pessoa nesses programas, principalmente por ser um serviço de saúde menos comum, o que requer investimento e gestão bem estabelecidos e conforme os pactos de princípios e diretrizes do SUS.

### **c. Direito à Cidade e Estatuto da Pessoa com Deficiência**

As cidades brasileiras são marcadas por dificuldades no acesso aos serviços e às atividades sociais ou de lazer e, conseqüentemente, o direito de ir e vir e a liberdade de locomoção encontram-se precarizados. As barreiras arquitetônicas, comunicacionais, urbanísticas e atitudinais podem desencorajar o cidadão ao usufruto da cidade. A acessibilidade consiste em fator de segurança e garantia de autonomia para o uso dos espaços, dos transportes, de instalações e serviços, facilitador da inclusão socioespacial, conforme artigo 3º, inciso I, do Estatuto da Pessoa com Deficiência:

Acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo,

tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

O preceito da livre locomoção no meio onde se vive e convive é direito fundamental, consagrado na Constituição Federal de 1988. No que tange à pessoa com mais de 60 anos de idade, o Estatuto da Pessoa Idosa expressa a liberdade, o respeito e a dignidade da pessoa humana nos termos do artigo 10, parágrafo 1º: “O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos: I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais”.

As barreiras, conforme a lei Brasileira de Inclusão, artigo 3º, inciso IV, considera-se:

qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros.

Os obstáculos limitam o acesso aos espaços e aos serviços, repercutindo diretamente na saúde da pessoa humana, e por consequência no alcance do direito à cidade. Esse conceito filosófico elaborado pelo Francês Henri Lefebvre em seu livro “*Le droit à la ville*”, publicado no ano de 1968, expressa a garantia dos cidadãos de acessar à cidade, podendo usufruir de todos os benefícios que ela oferece, com a maior facilidade e viabilidade possíveis.

No Brasil, este direito está expresso juridicamente no Estatuto da Cidade (lei nº 10257/2001), pelo artigo 2º, inciso I: “Garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infra-estrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações”.

Além disso, o direito à cidade é também o dever de assegurar ambiências favoráveis para que os indivíduos gozem do uso de sua urbe. As ambiências são as interações e experiências entre o ambiente e o sujeito, ou seja, os sentimentos e sensações que acontecem durante esse contato, envolvendo a esfera objetiva (se o lugar é acessível fisicamente, limpo, claro, etc) e a esfera subjetiva (se desperta memórias, sentimentos bons ou ruins, sensações agradáveis ou não, etc) (Monteiro *et. al.*, 2017).

Portanto, as ambiências se tornam um meio do Estado garantir o direito à cidade e são particularmente importantes para as pessoas idosas e pessoas com deficiência, pois por meio de proteção socioeconômica, acessibilidade nas ruas e nos estabelecimentos coletivos, campanhas

que divulguem os serviços de saúde oferecidos pelo governo que podem ser utilizados por esse público e outras ações, podem-se aumentar a possibilidade de rego desse direito.

A Organização Mundial da Saúde (2015) no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, assinala que os ambientes atuam na promoção do envelhecimento saudável. O documento afirma que os espaços físicos e sociais agem sobre a velhice de maneira mais incisiva do que a própria herança genética.

Sendo assim, é notável considerar: se o acesso à cidade é dificultoso para a pessoa sem qualquer problema, para a pessoa idosa com algum tipo de deficiência torna-se ainda mais complexo. Diante disso, visando minimizar as barreiras e para incluir o máximo possível todos os cidadãos, no ano de 2015 foi promulgado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, consolidando, no Brasil, os preceitos da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência, ou Lei Brasileira de Inclusão, considera-se pessoa com deficiência:

aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Com vigência a partir de janeiro de 2016, essa legislação representa um grande avanço para o alcance dos direitos inerentes à pessoa e à sua dignidade. Nesse sentido destaca-se a incorporação de um novo conceito de capacidade, definindo que a pessoa com deficiência é legalmente capaz, mesmo que pessoalmente não exerça os direitos que lhe são disponíveis.

Relevante destacar ainda, os termos do artigo 25, ao expressar que os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em consonância com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônicos, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

O Desenho Universal é um conceito de criação de espaços e produtos que visam a participação de todas as pessoas, com deficiência ou não. O preceito foi usado pela primeira vez nos Estados Unidos, em 1985, pelo arquiteto Ron Mace. Este conceito surgiu a partir de reivindicações tanto do segmento social, quanto de profissionais que trabalhavam na área: arquitetos, engenheiros, urbanistas e designers, com intuito de democratizar o uso dos espaços e ampliar as visões em relação aos projetos (Carletto, 2008).

A ideia central do Desenho Universal não é a construção de projetos focados em adaptações para pessoas com deficiência, mas projetos que sejam acessíveis para todas as pessoas, com tamanhos, níveis de mobilidade e postura diversos. Deste modo, não há necessidade de espaços especiais que eventualmente podem segregar as pessoas com deficiência, tornando as ambiências mais favoráveis a todos, visando desfrutar o ambiente de maneira segura e autônoma (Carletto, 2008).

O Desenho Universal pressupõe sete princípios, sendo eles: que o espaço/produto seja igualitário, adaptável, óbvio, conhecido, seguro, sem esforço e abrangente. O conceito de igualitário se traduz no uso equiparável a todas as pessoas e um exemplo que pode ser citado são as portas automáticas que independem do uso de força para abri-las ou da altura da pessoa. Adaptável significa o uso flexível e se volta principalmente a objetos, a exemplo o sistema de busca por voz. Óbvio traz a ideia de uso simples e intuitivo, uma vez que seja fácil o entendimento da pessoa, como nas sinalizações que se usam figuras e não palavras para demonstrar regras ou indicações nos locais. A concepção de conhecido abrange a ideia de fácil percepção, como o uso de várias línguas e símbolos em placas para que haja vários tipos de comunicação e todos possam entender. Seguro traz a ideia e contenção de riscos, tornando o espaço mais tolerante ao erro, evitando situações acidentais. Sem esforço é a ideia de pouco esforço físico, como por exemplo as torneiras que ligam a água por meio de sensores. E, por fim, o abrangente se baseia no local ter dimensões que independem da manipulação, alcance ou mobilidade do usuário, como poltronas para obesos ou banheiros que caibam cadeiras de rodas (Carletto, 2008).

Com o uso das premissas do Desenho Universal, aliadas à moderna legislação que visa a inclusão da pessoa com deficiência, é nítido que a acessibilidade se faz uma prerrogativa de direito para se viver de forma independente e autônoma e, para assim, exercer a cidadania e a participação social (Carletto, 2008).

### **3. OBJETIVOS**

#### **a. Objetivo Geral:**

Analisar as barreiras enfrentadas pela pessoa idosa com deficiência auditiva na cidade de Araraquara-SP e no Centro Especializado em Reabilitação.

#### **b. Objetivos Específicos:**

- Realizar mapeamento no CER-Araraquara, local onde está instalado o Serviço de Reabilitação Auditiva sobre perfil do usuário com deficiência auditiva;
- Conhecer a gestão do Serviço de Reabilitação Auditiva com foco no atendimento ao usuário;
- Entrevistar gestores e trabalhadores do Serviço de Reabilitação Auditiva do CER – Araraquara;
- Estudar o ambiente com relação às facilidades e dificuldades presentes no entorno do CER;
- Explorar os dados obtidos com base na literatura e verificar se a realidade é condizente com a legislação em vigor.

### **4. METODOLOGIA**

#### **a. Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória e descritiva, baseada no método quanti-qualitativo de investigação.

A pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos que são dificilmente quantificados, focando na compreensão das relações sociais. Para Minayo (2001), se relaciona com um universo de significados, correspondente a processos e fenômenos que não podem ser diminuídos à contabilização de variáveis. Já a pesquisa quantitativa trabalha com a compreensão da realidade por meio da análise de números e resultados de instrumentos padronizados e neutros (Kirschbaum, 2013). O uso dos dois métodos se justifica porque ambos têm seus pontos fortes e suas limitações perante ao resultado de uma pesquisa, permitindo a utilização conjunta obtenha o maior número de informações em relação ao que conseguiriam isoladamente (Castro, 2013).

#### **b. Local do Estudo:**

A pesquisa foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação “Dr. Eduardo Lauand” (CER) na cidade de Araraquara, localizado na rua Nove de Julho, 3700 – Jardim Dom Pedro I.

O CER “Dr. Eduardo Lauand” foi instituído em 2016, tendo sido a primeira obra de Centro Especializado em Reabilitação neste modelo do país, segundo matéria no site da Câmara Municipal da cidade de Araraquara-SP. Com sua inauguração, este passou a ser referência em reabilitação física, auditiva e intelectual para a região de abrangência da Diretoria Regional de Saúde III (DRS III). Especialmente em relação à reabilitação auditiva (foco deste estudo), o serviço passou a ser referência para uma população de cerca de 1.000.000 de habitantes do DRS III.

No Centro são realizados atendimentos de reabilitação na média complexidade, que incluem: avaliação clínica e funcional; diagnóstico precoce; prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs); prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI); orientação e cuidados ao usuário; orientação familiar; preparação do paciente para alta, convívio social e familiar; orientação técnica às equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e municípios referenciados.

**Fotografia 1** – Fachada do CER.



Fonte: CARVALHO, 2023.

### **c. Participantes do Estudo:**

Os participantes desse estudo foram gestores e trabalhadores do Setor de Reabilitação Auditiva do CER – Araraquara que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**d. Instrumentos de Coleta de Dados:**

- Roteiro de campo pré-estabelecido: a fim de realizar mapeamento do CER, visando identificar o perfil dos usuários, foi utilizado roteiro pré-estabelecido para anotações dos dados quanti e qualitativos tais como:
  - Número total de usuários do CER;
  - Número de usuários idosos;
  - Das pessoas idosas, quantos utilizam o serviço de reabilitação auditiva;
  - Perfil socioeconômico;
  - Há utilização de outros serviços por aquelas pessoas idosas que se beneficiam do serviço de reabilitação auditiva.

- Entrevistas semiestruturadas com trabalhadores e gestores: conhecer a gestão e oferta do serviço: em relação ao levantamento de dados com gestores e trabalhadores do Serviço de Reabilitação Auditiva, este ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas a fim de entender a prestação do serviço ao usuário, bem como a rede municipal e estadual que atuam em conjunto para fortalecimento desse sistema e do próprio SUS.
- Visita de Campo: para analisar o ambiente do entorno do CER, foi realizada observação participante com o auxílio de roteiro de campo, para a descrição das características do local, bem como registros fotográficos. Visando estudar as facilidades e dificuldades de acesso ao CER, foi utilizado como referência os princípios do Desenho Universal, dentre outras fontes como, normas, leis e dados bibliográficos relevantes (Bardin, 2016).

**e. Forma de Análise dos Resultados:**

Foi realizada análise estatística descritiva simples para o tratamento de dados quantitativos. Já os achados qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2016).

## **f. Procedimentos Éticos e Legais**

Esta proposta será realizada de acordo com os princípios éticos que regem pesquisas, atendendo as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde – CNS – nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016. A identidade dos participantes será preservada e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser empregado, deverá estar apreciado e devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sede desta proposta.

## **5. RESULTADOS**

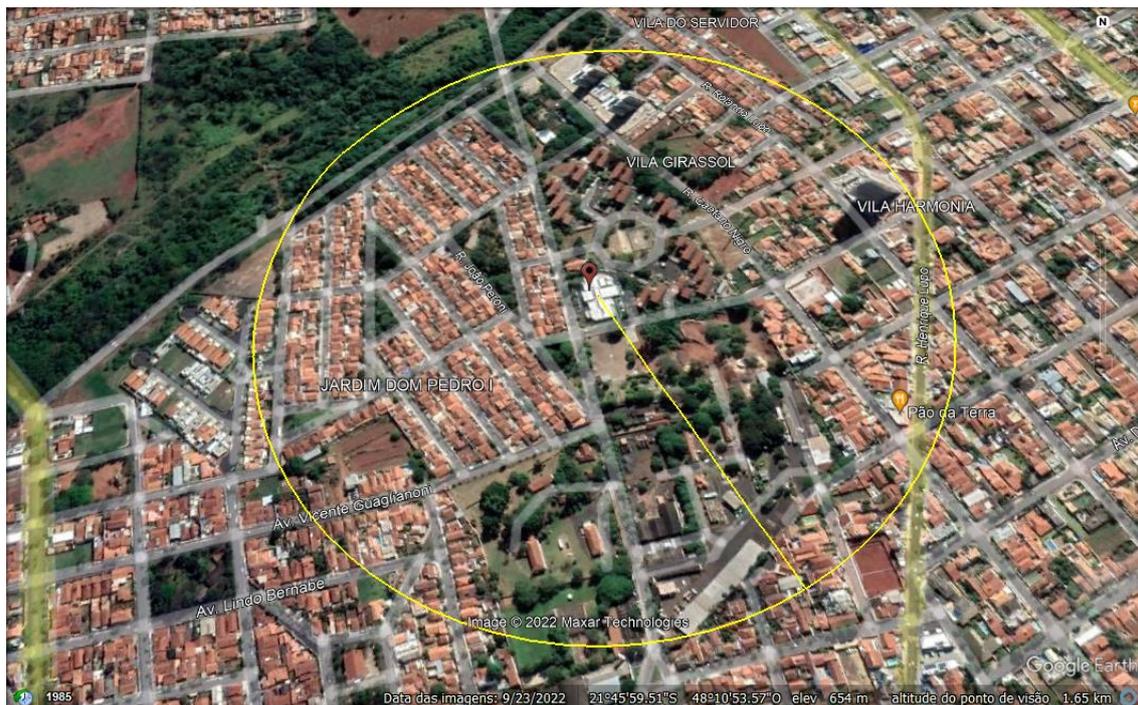
Os resultados foram descritos em três subtópicos, a seguir elencados: mapeamento do serviço, visita de campo e entrevistas com os profissionais.

### **a. Mapeamento do Serviço**

O mapeamento da área do Centro Especializado em Reabilitação foi realizado por meio da ferramenta de Sistema de Posicionamento Global (GPS) *Google Maps*, pela qual pôde-se observar a localização ao norte da cidade, consideravelmente distante do centro antigo e a 5,7 km da rodoviária municipal. A relevância de conhecer a distância entre o CER e a rodoviária se refere ao fato de que os usuários chegam de outros municípios por meio do transporte público, já que o Centro atende todo o Departamento Regional de Saúde (DRS) III no Estado de São Paulo. Os municípios atendidos são Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiçu.

Quanto ao entorno, investigou-se um raio de 400 metros ao redor do prédio, por meio da ferramenta *Google Earth* e também se realizou visita de campo, com observação participante. Constatou-se boa infraestrutura urbana, com presença de moradias, restaurante popular e escola. Em frente ao prédio, a aproximadamente 40 metros da entrada, há um ponto que dá acesso a ônibus intraurbanos com itinerários variados, e o trajeto entre o ponto de ônibus e o Serviço é livre de barreiras urbanísticas e arquitetônicas. Também há acessibilidade verificada no estacionamento próprio do Serviço, com rampas de acesso para pedestres, carros e ambulâncias.

**Figura 1 - Raio de 400m no entorno do CER.**



Fonte: *Google Earth*.

O acesso ao serviço pelas pessoas idosas que necessitam de reabilitação auditiva é realizado por meio da Rede de Atenção à Saúde, a qual o CER está ligado diretamente. A coleta de dados identificou que o Serviço está completamente inserido na Rede, ou seja, com possibilidade de referência e contrarreferência às unidades de todos os níveis de atenção, incluindo Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais.

De acordo com dados obtidos no protocolo de atendimento do Serviço de Reabilitação Auditiva, o agendamento de consultas é feito a partir da Rede Básica, no Núcleo de Gestão Ambulatorial “Dr. Francisco Logatti”, pela Rede de Serviços Especializados e através do Departamento Regional de Saúde, por meio da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA).

Em relação aos usuários que utilizam o Serviço de Reabilitação Auditiva, até 31 de dezembro de 2022, havia um total de 12.654 pacientes advindos de toda a DRS III cadastrados no CER e destes, 75% são pessoas idosas, totalizando 9.419 usuários. Em relação especificamente à cidade de Araraquara, as estatísticas do Serviço mostram que, na mesma data, existiam 6.601 pessoas com deficiência auditiva cadastradas. Destas, 71% eram pessoas idosas, totalizando 4.673.

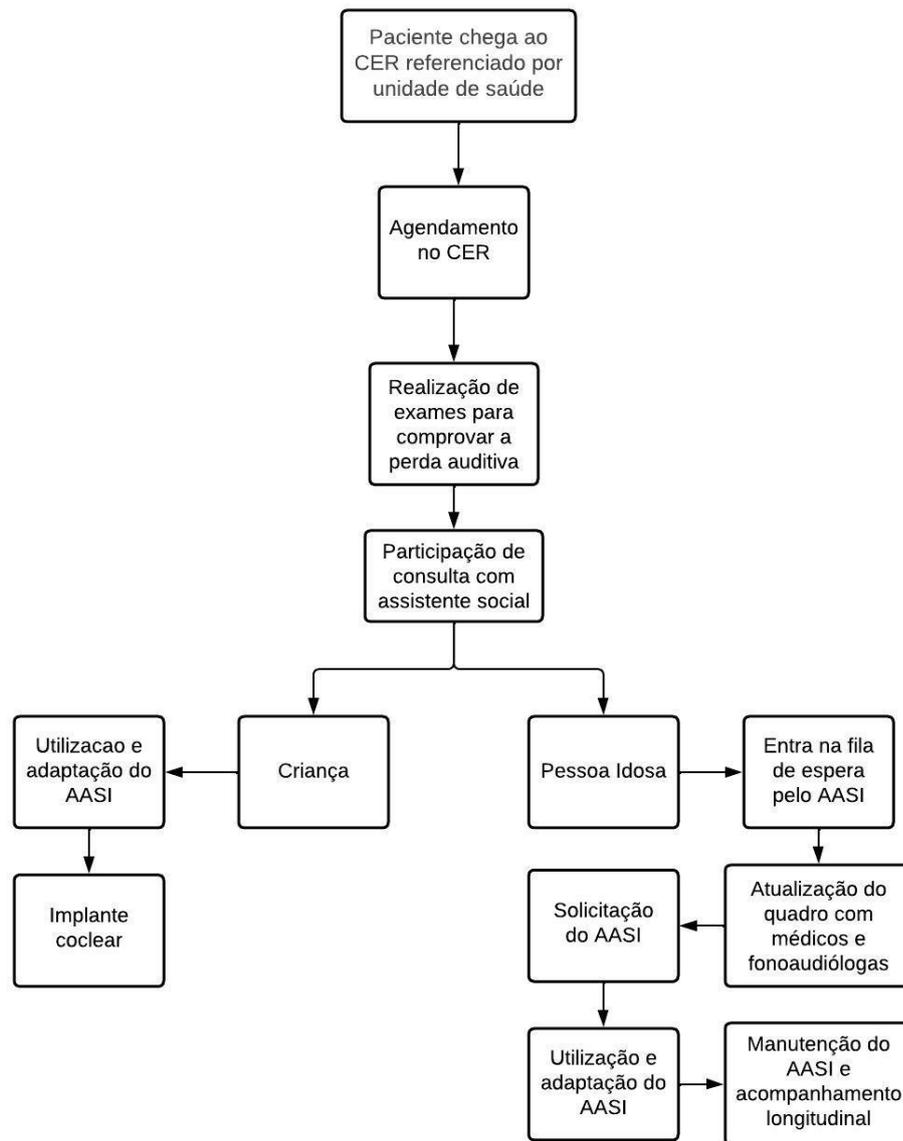
De acordo com informações do gestor da Unidade, esta não possui dados sobre a etiologia da perda auditiva (se é congênita ou adquirida), uma vez que a verificação dessas

informações seria possível apenas através da análise detalhada de todos os prontuários das pessoas idosas atendidas, fato que não é relevante para a reabilitação auditiva.

A partir da admissão do usuário no Equipamento, há um fluxo de assistência definido pelo próprio CER, guiando as etapas as quais a pessoa a ser atendida deverá seguir. Para adentrar ao Serviço, a pessoa idosa precisa ser referenciada de outra Unidade da Rede de Atenção. Com a PARI comprovada a partir de exames, então, se realiza o agendamento no Centro Especializado em Reabilitação. Após a admissão do usuário, são feitos novos exames com o médico otorrinolaringologista para confirmar e mensurar a perda, com subsequente consulta com a assistente social, a fim de ocupar um lugar na fila de espera pelo Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). Em média, o tempo de espera para adquirir o aparelho auditivo é de dois anos para as pessoas idosas e em geral para as crianças não tem fila, dado que na maioria das vezes o uso do AASI para essa faixa etária é provisório, até oportunizar o implante coclear.

Também foi justificado em entrevista com um dos profissionais que a audição da criança é muito importante para seu desenvolvimento, sendo priorizados os AASI. Quando chega a vez da pessoa idosa na fila, são realizados novos exames e consultas com médicos e fonoaudiólogos com o propósito de ter uma atualização do quadro. Com base em todo esse processo, é escolhido o aparelho que mais servirá às demandas da pessoa atendida e então o AASI é solicitado para empresas que atendem ao CER. A espera pelo aparelho é de cerca de quatro meses. Após recebê-lo, o paciente faz consultas para a adaptação ao aparelho e para aprender como utilizá-lo, é instruído sobre a troca de pilhas, a higienização, a manutenção, entre outros cuidados. O protocolo aponta, ainda, a previsão de dois encontros para os ajustes, porém, a fonoaudióloga entrevistada relatou que são feitos quantos encontros forem necessários, uma vez que a adaptação ao aparelho é imprescindível ao tratamento. As etapas do fluxo podem ser observadas no fluxograma a seguir.

**Figura 2** - Fluxograma de funcionamento do Serviço de Reabilitação Auditiva



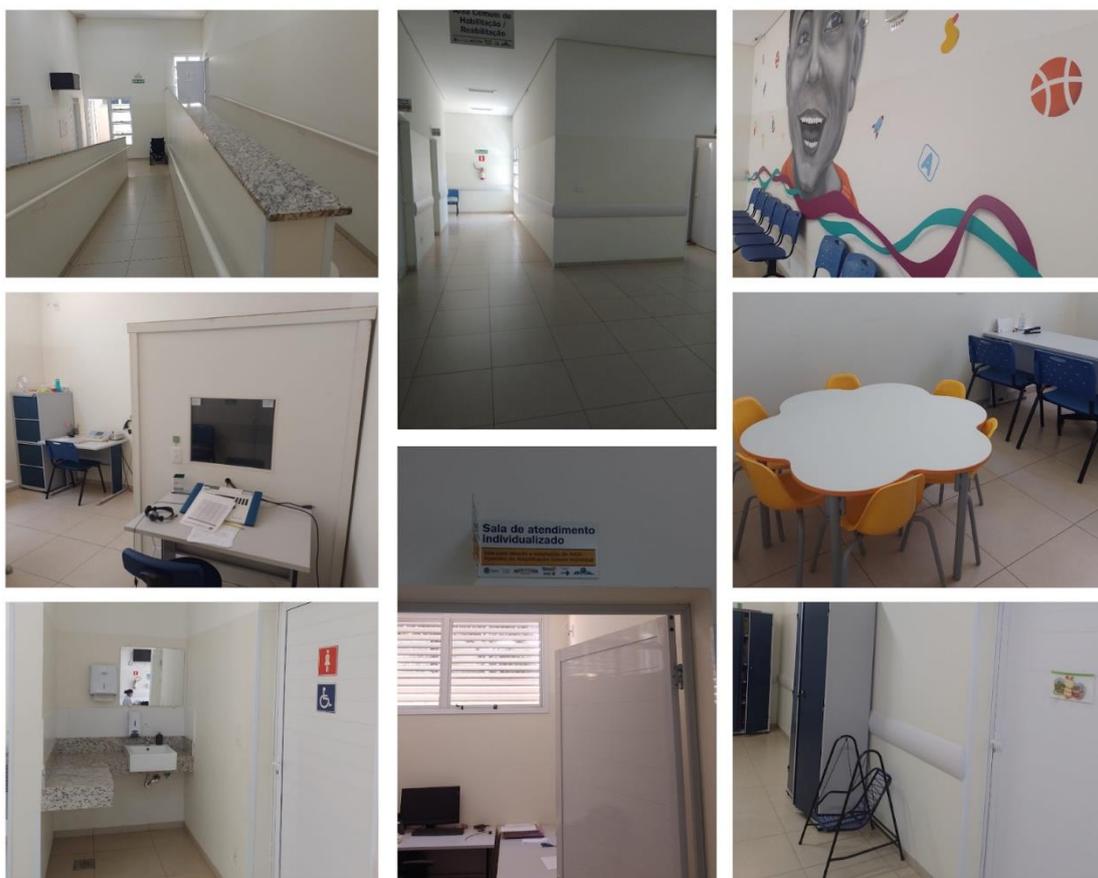
Fonte: CARVALHO, 2023.

Tratando ainda do mapeamento, um dos tópicos da entrevista semi-estruturada referia-se sobre um levantamento dos dados sócio-demográficos dos usuários, no entanto, o CER não coleta dados como renda, grau de escolaridade, entre outros, portanto, estas informações não foram extraídas e não constam neste estudo.

#### **b. Visita de Campo: Condições de Acessibilidade do Edifício**

As constatações em relação às condições de acessibilidade arquitetônica do CER mostraram ampla estrutura do prédio, com oferta de ambiência interna acolhedora. Há decorações que embelezam as paredes da recepção e acalentam a ala pediátrica, sinalizações coloridas nas portas que alegam os corredores e contribuem com a boa iluminação e os espaços arejados, tudo remetendo aos preceitos da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS). Além disso, o edifício apresenta adequadas rampas internas e externas, salas para atendimentos devidamente sinalizadas e banheiros acessíveis à cadeira de rodas. As fotos a seguir ilustram algumas instalações do CER.

**Figura 3** - Registros do espaço interno do prédio.



Fonte: CARVALHO, 2023.

### c. Entrevistas com os Profissionais

A análise da acessibilidade do Serviço e do ambiente interno do prédio também foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais atuantes, para que pudessem retratar a realidade da rotina de atendimentos de maneira bastante fidedigna.

Os participantes consistiram em oito profissionais, sendo dois gestores, uma assistente social, duas fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas e uma enfermeira. Em relação à identificação destes, a média de idade foi de 43,1 anos e os gêneros se dividiram entre 62,5% feminino e 37,5% masculino. Essas informações podem ser visualizadas detalhadamente na tabela a seguir.

**Tabela 1** - caracterização dos profissionais entrevistados.

<b>Identificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Gênero</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de trabalho na área</b>	<b>Tempo de contribuição no CER</b>
Entrevistado 1	44	feminino	Assistente social	11 anos	6 anos
Entrevistado 2	38	masculino	Fisioterapeuta	11 anos	6 anos
Entrevistado 3	42	feminino	Fonoaudióloga (público idoso)	8 anos	6 anos
Entrevistado 4	42	feminino	Fonoaudióloga (público infantil)	11 anos	6 anos
Entrevistado 5	43	feminino	Fisioterapeuta (intervenção precoce- bebês)	15 anos	6 anos
Entrevistado 6	44	feminino	Enfermeira	15 anos	4 anos
Entrevistado 7	51	masculino	Gestor do serviço de saúde auditiva	20 anos	6 anos
Entrevistado 8	41	masculino	Gestor do CER (gerente)	12 anos	6 anos

Fonte: CARVALHO, 2023.

Tendo em vista que o objetivo do trabalho foi investigar tanto o acesso da pessoa idosa com perda auditiva ao CER, quanto o funcionamento do Serviço de Reabilitação Auditiva, fez-se necessário ter o ponto de vista também dos profissionais que trabalham em outros serviços prestados pela Unidade, como a reabilitação física com adultos e crianças e a reabilitação auditiva de crianças, de modo a obter relatos a respeito da acessibilidade abrangente do próprio Centro Especializado em Reabilitação.

As respostas mostraram que todos os profissionais consideram o CER acessível em relação à arquitetura, ou seja, ao espaço físico do local. Entretanto, houveram apontamentos relativos à barreira comunicacional, tanto na recepção quanto na própria consulta. Os relatos mostram a dificuldade em convocar o paciente na recepção para adentrar à consulta, o que induz que este profissional vá de pessoa em pessoa verificando os nomes. Além disso, pode ocorrer barreira comunicacional durante a consulta em situações em que o usuário não verbaliza e não sabe se comunicar pela Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), quando não há nenhum acompanhante para auxiliar na comunicação.

Também houve apontamentos sobre a dificuldade da mobilidade interurbana, ou seja, a locomoção do usuário de outras cidades até o Serviço, visto que o CER-Araraquara é disponibilizado para todos os municípios que compõem a DRS III. Sendo assim, as pessoas precisam viajar de suas cidades, que muitas vezes não disponibilizam o transporte como recurso da prefeitura. Ainda que haja a oferta do transporte intermunicipal, os pacientes passam o dia inteiro em Araraquara, porque o atendimento pessoal ocorre em horários individualizados. Ou seja, todos passam o dia no Centro para voltarem com o mesmo transporte, e muitas vezes não se alimentam adequadamente, podendo acarretar descompensação de doenças crônicas como a diabetes e hipertensão arterial.

Além disso, segundo relatos, mesmo usuários residentes da cidade de Araraquara muitas vezes podem enfrentar dificuldades para conciliar os horários de todos os atendimentos ofertados, caso morem longe da localidade do CER, e este consistir no único serviço a ofertar o atendimento demandado. Em vista disso, é necessário um ajuste entre os profissionais, adequando os horários para que os atendimentos ocorram de maneira sequencial, poupando outros deslocamentos do usuário a fim de evitar a não aderência ao tratamento.

Na questão sobre quais são as maiores dificuldades nos atendimentos, os entrevistados referiram como uma delas a falta de conhecimento da população e da própria rede a respeito do papel do CER. Essa situação, na opinião dos entrevistados, ocasiona questões na referência adequada entre Unidades e o Serviço, especialmente quando se trata de usuários de outros

municípios. Apesar das respostas mencionarem a mesma problemática, uma foi referente a muitas referências e outra pela insuficiência destas. Esta divergência talvez possa ser explicada por serem profissionais que trabalham em serviços de reabilitação diferentes dentro do CER, sendo reabilitação física e auditiva, respectivamente.

Relatos apontaram como barreira a falta de acompanhante para o paciente, situação que pode impedir a pessoa de comparecer à consulta no caso da deficiência física (por exemplo uso de cadeira de rodas) e tornar a comunicação muito dificultosa no âmbito da perda auditiva. As pessoas com mobilidade reduzida e que fazem o uso da cadeira de rodas têm acesso a uma van da prefeitura que os transporta até o CER, porém, esta locomoção só pode ser feita na presença de um acompanhante, por motivos de segurança do veículo. Assim, no caso de não haver acompanhante essa locomoção fica dificultada, limitando a autonomia da pessoa com deficiência física. Em relação à dificuldade comunicativa, como já referido, a barreira ocorre quando a pessoa não tem um acompanhante que possa intermediar a conversa entre o paciente e o profissional quando não é possível realizar a comunicação verbal ou por LIBRAS.

Outra barreira relatada nas entrevistas trata-se da manutenção do AASI, uma vez que os próprios usuários devem se responsabilizar por levá-lo à assistência técnica respectiva. O CER trabalha em parceria com uma variedade de empresas fornecedoras de AASI, devido a variabilidade de peças anatômicas, para contemplar as demandas de todos os usuários. Por isso, o Centro não é encarregado da manutenção do aparelho, uma vez que qualquer alteração acarreta/ a não substituição ou manutenção da empresa ao aparelho auditivo.

Por fim, ao final da entrevista, havia uma pergunta aberta para que os profissionais acrescentassem outras impressões em relação ao Centro. Nesse espaço, foram mencionados problemas orçamentários e de subfinanciamento, em sentido micro e macro. Em relação ao micro as considerações foram sobre a concessão do AASI, consequentemente gerando fila demorada. No sentido macro, está relacionado ao aumento da demanda da população não proporcional ao orçamento, ante a ausência de reajustes.

## **6. DISCUSSÃO**

A partir dos resultados alcançados na pesquisa cabe uma análise detalhada com base nas legislações vigentes as quais têm como objetivo resguardar os direitos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência, além do arcabouço teórico do Desenho Universal e de outros dados encontrados na literatura.

É notório que o acesso adequado ao serviço de saúde é fator de promoção de qualidade de vida à população e em especial àqueles com deficiência. Uma das diretrizes do SUS consiste na premissa de universalidade, segundo a lei nº 8.080/90. Ademais, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/03) traz em seu artigo 18º que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento da pessoa idosa [...]”.

Tendo em vista que o CER - Araraquara é o único serviço voltado de maneira especializada para a reabilitação disponível a uma região inteira de saúde, incluindo 24 municípios, percebe-se que a mobilidade e o transporte destas cidades até Araraquara se tornam um fator determinante para que o usuário possa receber o atendimento e dar continuidade ao tratamento.

A observância ao direito de locomoção até o Serviço pode consistir em uma facilidade. Já a dificuldade na mobilidade urbana ou interurbana consiste em uma considerável barreira. Nesse sentido, é importante que os gestores em saúde envolvidos na Rede saibam da existência da Portaria nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, que trata da consolidação de normas voltadas para a atenção especializada em saúde. Para erradicar a barreira da locomoção, é imprescindível a efetivação dessa política na prática, que dentre outras diretrizes, estabelece em seu segundo capítulo, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), determinando em seu artigo 135:

As despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observado o teto financeiro definido para cada município/estado.

Além do acesso garantido em relação ao transporte e gastos com o tratamento, a integralidade do serviço também é de extrema importância. O Centro se mostrou inserido na Rede de Atenção em Saúde de maneira bastante efetiva, assim como mostra a premissa da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em seu artigo segundo, inciso IX: “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”. O processo de referência e contrarreferência manifesta-se sendo também crucial para que o fluxo do paciente seja seguro, contribuindo com a assistência baseada no histórico e necessidades particulares de cada pessoa, certificando a equidade da atenção (Andrade; Francischetti, 2019).

Em relação ao espaço físico e arquitetônico do Centro Especializado em Reabilitação os resultados obtidos por meio de visita de campo levaram em consideração as premissas do Desenho Universal. Tendo em vista que as instalações do CER apresentam corredores amplos e com o piso regular, presença de rampas adequadas, banheiros acessíveis a todas as pessoas, sinalizações em todas as salas e um ambiente arejado e com boa iluminação, é factível perceber componentes se encaixam em diversos princípios do Desenho Universal, tais como:

“igualitário” - uma vez que todas as pessoas conseguem transitar de forma tranquila, mesmo tendo que se locomover com a ajuda de alguma tecnologia assistiva ou alguma dificuldade sensorial; “seguro” - minimizando os riscos de acidentes em ações involuntárias; "conforto" - evitando esforços físicos excessivos; "abrangência" - atendendo às necessidades de uma ampla variedade de usuários (Carletto, 2008).

Além da acessibilidade, o CER exibiu uma ambiência bastante satisfatória, fator que é importante para humanizar o atendimento em saúde, segundo o HumanizaSUS. Esta é uma política que visa colocar em prática as diretrizes do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. A ambiência é uma das cinco diretrizes do HumanizaSUS, conceituada como criação de “espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade [...]”. Assim sendo, é notável que o Serviço referido no presente trabalho sustenta as diretrizes e preceitos desta política e por consequência, do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Segundo Baraldi G. S., *et al.* (2007), a prevalência da Perda Auditiva Relacionada à Idade é maior na população adulta em relação às outras causas de perda auditiva. Além disso, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, “1,5 milhão de pessoas com 60 anos ou mais de idade (4,3%) tinham deficiência auditiva”, evidenciando como esta condição é presente nesta população. Os dados de usuários do Serviço de Reabilitação Auditiva condizem com as estatísticas sobre a prevalência da PARI nos idosos, uma vez que a maioria desses, tinha mais do que 60 anos. Ademais, conforme a faixa etária aumenta, a perda auditiva tende a se intensificar e ser mais prevalente, enfatizando a importância de reabilitar e recuperar a audição precocemente, por ter consequências significativas para a saúde dessa população (Agência IBGE, 2021; Torres *et al.*, 2023).

Apesar da escassa abordagem da saúde auditiva das pessoas idosas na literatura, existem dados sólidos e comprovados cientificamente sobre os impactos na saúde destas causados pelo déficit auditivo, como isolamento social, dificuldade em se comunicar, privação das atividades laborais, alterações emocionais, menores estímulos cognitivos e entre outros que por consequência, podem acarretar declínio cognitivo, depressão e piora do estado geral de saúde deste público (Schlindwein-Zanini *et al.*, 2021).

Todas essas manifestações clínicas e desdobramentos sociais advindos da perda auditiva não tratada afetam a qualidade de vida, constructo de variáveis tanto antecedentes (riscos socioeconômicos e biológicos) quanto moderadas (autorregulação, senso de ajustamento psicológico e bem-estar subjetivo). Por isso é importante que a pessoa idosa cultive relações sociais, participe da comunidade e da cidade, uma vez que o bem-estar está relacionado à

autorregulação (autoestima, sistema de metas, etc) e senso de ajustamento psicológico (reconhecimento social, produtividade, autonomia, domínio sobre o ambiente, entre outros). À vista destes fatores, entende-se a pertinência da reabilitação auditiva para pessoas idosas, uma vez que se mostra um risco para o declínio funcional e para a qualidade de vida (Neri, 2011).

A realização da intervenção precoce deve ser priorizada, pois é um aspecto protetor para a prevenção de comprometimento cognitivo. Segundo Livingston *et al.* (2020), um dos fatores de risco modificáveis para os Transtornos Neurocognitivos é a perda auditiva, sendo que se esta causa fosse eliminada, a redução da prevalência das demências seria em 8%, em média, número que consistiu na maior porcentagem dentre os fatores de risco modificáveis.

Tendo em vista as referências sobre as consequências da Perda Auditiva Relacionada à Idade não tratada e a proporção destas para a saúde da pessoa idosa, questiona-se a ocorrência das crianças terem prioridade em adquirir o AASI. A Lei 10.048/00 que dispõe sobre a prioridade de atendimento a determinados grupos de pessoas, não inclui as crianças, como pode-se constatar em seu artigo 1º:

As pessoas com deficiência, as pessoas com transtorno do espectro autista, as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com criança de colo, os obesos, as pessoas com mobilidade reduzida e os doadores de sangue terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.

Evidentemente, as crianças que necessitam de reabilitação auditiva também podem ter muitos prejuízos em seu desenvolvimento à falta de atendimento, porém, seriam necessários estudos mais aprofundados para quantificar se esses riscos são superiores aos *déficits* que as pessoas idosas estão suscetíveis ao enfrentarem uma fila de em média dois anos.

Outra barreira encontrada por meio das entrevistas realizadas com os profissionais foi a comunicacional, devido às pessoas idosas que não dominam a Língua Brasileira de Sinais para se comunicar por meio dos intérpretes e também não possuem acompanhantes para traduzir a conversa baseado na forma de comunicação criada dentro do âmbito familiar. Essa dificuldade prejudica a troca de informações entre o usuário e o profissional, comprometendo a quantidade e qualidade das orientações captadas pela pessoa com a perda auditiva. Ademais, essa lacuna comunicacional pode impedir a criação de um vínculo terapêutico importante para a aderência e efetividade do tratamento, resultando em menor credibilidade ao profissional de saúde e baixa resolutividade das necessidades demandadas (Castro; Paiva; César, 2012).

Para além de uma melhor possibilidade de comunicação, os acompanhantes e familiares de maneira geral são muito importantes em todo o processo de reabilitação auditiva em pessoas idosas. Quando este apoio existe e é efetivo, a probabilidade de o usuário aderir ao AASI e se

adaptar a ele é significativamente maior, uma vez que a maioria das pessoas idosas precisa de ajuda para o manuseio do aparelho. Ademais, a família tem importante papel na aceitação do *déficit* auditivo e na necessidade do uso do aparelho, fatores que podem ser uma barreira para o tratamento (Soares; Fidêncio, 2023).

A partir da visão das próprias fonoaudiólogas do Centro foi possível constatar que a maioria dos usuários acompanhados nas consultas são os que se adaptam melhor e mais facilmente ao uso do aparelho auditivo, pois têm suporte do familiar para levar o aparelho à assistência técnica quando necessário realizar a manutenção, trocar as pilhas, higienizar e até mesmo posicionar o AASI de maneira correta.

## **7. CONCLUSÃO**

O fenômeno de envelhecimento em grande escala da população brasileira apresenta um desafio para o sistema de saúde e para os profissionais e pesquisadores que buscam entender maneiras eficazes e efetivas de garantir que esse processo ocorra de maneira adequada, com qualidade de vida, autonomia e dignidade; e que as políticas públicas ocorram para melhorar o cotidiano dessa população. Assim, entender e analisar as condições e comorbidades mais prevalentes nessa faixa etária, se tornam imprescindíveis para alcançar esses objetivos.

Dentre as condições prevalentes na população idosa, a Perda Auditiva Relacionada à Idade tem grande significância em relação à interação social, qualidade de vida e saúde de maneira geral. Há evidências concretas de que esta disfunção pode acarretar isolamento social, declínio cognitivo, depressão e outras variáveis que são decorrentes destas. Logo, a reabilitação auditiva se torna um caminho indispensável para a prevenção dos agravos relacionados a essa perda.

O CER é um equipamento do Sistema Único de Saúde que objetiva suprir essa demanda da população, oferecendo serviços de reabilitação em diversas áreas. Foi instituído a partir da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, para garantir que as pessoas com deficiência pudessem ter acesso à reabilitação e ao atendimento especializado, assim como determina o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

A importância do acesso à cidade de forma geral e ao serviço especializado que compõe a rede de atenção se evidencia a partir do entendimento de que sem a reabilitação auditiva, a pessoa com Perda Auditiva Relacionada à Idade é impedida de ter uma participação social efetiva. A população idosa com PARI tem uma dificuldade maior para se comunicar e esse fator impede muitas vezes a compreensão efetiva nas consultas, tornando a adesão ao tratamento

auditivo mais dificultosa. Barreiras relacionadas à participação social impedem a pessoa idosa de usufruir da cidade, resultando na diminuição da qualidade de vida e envelhecimento digno.

Tendo em vista a investigação feita no âmbito da acessibilidade, pôde-se constatar que as maiores barreiras em relação ao acesso ao serviço e também ao aparelho auditivo foram em relação ao transporte e mobilidade urbana, comunicação, fila de espera e suporte social. Esses fatores agravam tanto o acesso quanto a aderência ao tratamento, aumentando a vulnerabilidade do usuário em relação aos agravos desta condição. Já os facilitadores consistiram na acessibilidade arquitetônica, na ambiência satisfatória do local, na inserção deste na Rede de Atenção e no fluxo bem estruturado de atendimento, garantindo a continuidade do cuidado, condições importantes para que a pessoa idosa usufrua dos seus direitos diante às legislações em vigor.

Portanto, mostra-se a importância da audição para a saúde global da pessoa idosa e a relevância do acesso à cidade e ao serviço especializado em reabilitação para a promoção de uma velhice mais saudável e digna, de modo a garantir a autonomia e qualidade de vida dessa população.

## 8. REFERÊNCIAS

Agência IBGE. **PNS 2019: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência.** 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-de-deficiencia>. Acesso em: 08 ago. 2023.

ALVARENGA, D. & BRITO, C. (2018). 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos em 2060, aponta IBGE. Recuperado a setembro de 2018 em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/07/25/1-em-cada-4-brasileiros-tera-mais-de-65-anos-em-2060-aponta-ibge.ghtml>.

ANDRADE, L. de S.; FRANCISCHETTI, Ieda. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 54-63, jun. 2019. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>. Acesso em: 26 jul. 2023.

ARARAQUARA. **Câmara Municipal de Araraquara.** Após licitação, Centro Especializado em Reabilitação poderá comprar próteses mensalmente. 5 out 2017. Disponível em: <https://camara-arq.sp.gov.br/noticias/apos-licitacao-centro-especializado-em-reabilitacao-podera-comprar-protese-mensalmente,05-10-2017?ver=183>. Acesso em: 18 agosto 2021.

ARARAQUARA. **Câmara Municipal de Araraquara**. Araraquara inova ao reunir serviços especializados no Centro de Reabilitação. 7 jun 2016. Disponível em: <https://camara-arq.sp.gov.br/noticias/araraquara-inova-ao-reunir-servicos-especializados-no-centro-de-reabilitacao,07-06-2016>. Acesso em: 18 agosto 2021.

ARARAQUARA. **Prefeitura de Araraquara**. CER. Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br/servicos/cer>. Acesso em: 18 agosto 2021.

ARARAQUARA. **Prefeitura de Araraquara**. Centro de Especialidade de Reabilitação. Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br/governo/secretarias/saude/conteudo-saude/centro-de-especialidade-de-reabilitacao>. Acesso em: 18 agosto 2021.

BARALDI G. S. *et al.* Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 2007; 73: 64 - 70.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edição 70 [s.n], 2016.

BRASIL. AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 7.612 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de novembro de 2011. p. 12.

BRASIL. Lei nº 10.257 de julho de 2001. **Regulamenta os arts. 182 e 183 da constituição federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jul. 2001.p. 1.

BRASIL. Lei nº 13.146 de julho de 2015. **Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 jul. 2015. p. 2.

BRASIL. Lei nº 10.741 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto da pessoas idosa e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2003. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2073, de 28 de setembro de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set 2004. Seção 1, p.329.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 abril 2012. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em 29 jul 2023.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Viver sem Limite - Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. **Cartilha**. Brasília, 2011.

BRITO, T. R. P. de *et al.* Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180003, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-790X2018000300400&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2018000300400&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 3 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. de P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000100207&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100207&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>.

CASTRO, S. S. de; PAIVA, K. M.; CÉSAR, C. L. G. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 2, p. 128–134, abr. 2012.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, p. 1763-1768, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>. Acesso em: 3 maio 2021.

CARLETTO, A. C.; CAMBIAGHI, S. Desenho Universal: um conceito para todos. (Realização Mara Gabrielli). São Paulo, 2008.

CASTRO, S. **Método de Pesquisa Quali-Quant**. 2013. Disponível em <<https://prezi.com/j6yh42yv58hj/metodo-de-pesquisa-quali-quant/>>. Acesso: Fev. 2021.

FREITAS, E. V. de *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GRAEFF, B. A pertinência da noção de ambiências urbanas para o tema dos direitos dos idosos: perspectivas brasileiras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2014, v. 17, n. 3, pp. 611-625. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/ny34NGsJmY7TJcXNwnn8Hqp/?lang=pt#>. Acesso: 24 junho 2021. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13081>.

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **RBCS**. v. 28. n. 82. 2013.

LEONE, E. T.; MAIA, A. G.; BALTAR, P. E. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Econ. soc.**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 59-77, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)



PEIXOTO, M. V. da S.; CHAVES, S. C. L. Análise da implantação da política nacional de atenção à saúde auditiva em uma unidade federativa do Brasil. **CoDAS** [online]. 2019, v. 31, n. 3, e20180092. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018092>>. Epub 27 Jun 2019. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018092>. Acesso em: 23 Setembro 2021.

RIBEIRO, E. R. *et al.* As condições de saúde e qualidade de vida de indivíduos com déficit auditivo / Health conditions and quality of life of people with hearing loss. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 8898-8910, 19 abr. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-400>.

SAMELLI, A. G. *et al.* Comparação entre avaliação audiológica e screening: um estudo sobre presbiacusia. **Braz. j. otorrinolaringol.** (Impr.), São Paulo, v. 77, n. 1, p. 70-76, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942011000100012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942011000100012). Acesso em: 3 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000100012>.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. *et al.* Alterações psicológicas em pacientes com queixa de perda auditiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 50, n. 2, p. 298–310, 2021. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/1045>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 maio 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>.

SOARES, L. A. de C. F. *et al.* Análise das condições de acessibilidade de pessoas com deficiência auditiva em unidades públicas de saúde do município de Manaus. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** [online]. 2014, v.11, n. 2, pp 92-105. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2043>. Acesso em: 01 julho 2021. <https://doi.org/10.21450/rahis.v11i2.2043>

SOARES, P. P.; FIDÊNCIO, V. L. D. Percepção de familiares e autopercepção de idosos usuários de dispositivos de amplificação quanto à restrição de participação causada pela deficiência auditiva. **Distúrbios da Comunicação**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 1-9, 1 jun. 2023. Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP). <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i1e57951>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/57951>. Acesso em: 02 ago. 2023.

SOUZA, V. C.; LEMOS, S. M. A. Restrição à participação de adultos e idosos: associação com fatores auditivos e socioambientais. **CoDAS** [online]. 2021, v. 33, n. 6, e20200212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020212>. Epub 30 Ago 2021. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020212>. Acesso em: 23 set 2021.

TAVOLARI, B. Direito à cidade: uma trajetória conceitual. **Novos estudos CEBRAP** [online]. 2016, v. 35, n. 1. pp. 93-109. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/nec/a/hdLsr4FXMpVZWpJ7XswRRbj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 junho 2021. ISSN 1980-5403. <https://doi.org/10.25091/S0101-3300201600010005>.

TORRES, L. R. de L. *et al.* Investigação dos fatores de risco pré-estabelecidos para perdas auditivas em idosos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 3, p. 1-10, 1 abr. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12452>. Acesso em: 29 jul. 2023.

UNITED NATIONS (New York). Department Of Economic And Social Affairs. World Population Prospects 2022: summary of results. New York: United Nations Publication, 2022. 52 p.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 43, n. 3, pp. 548-554. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 14 junho 2021.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2004, v. 9, n. 2, pp. 423-432. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 14 maio 2021.

VERAS, R. P.; MATTOS, L. C. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia** [online]. 2007, v. 73, n. 1, pp. 128-134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/QDnQcTDLTxTRd8sRNd9zrSy/>. Acesso em: 23 Setembro 2021.

## 9. ANEXOS

### 9.1 Comitê de Ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A pessoa idosa com deficiência auditiva relacionada à idade e a Lei Brasileira de Inclusão

**Pesquisador:** Luzia Cristina Antoniossi Monteiro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63204222.5.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Gerontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.774.983

##### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO " A pessoa idosa com deficiência auditiva relacionada à idade e Lei Brasileira de Inclusão", de 18/11/2022), do Projeto Detalhado " A pessoa idosa com deficiência auditiva relacionada à idade e Lei Brasileira de Inclusão", de 18/11/2022): RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

O projeto tem como temática o estudo da observação do aumento da população idosa no Brasil e no mundo, as quais devem ocorrer "mudanças principalmente no que tange ao sistema de saúde, associado ao aumento de doenças crônicas e das condições de saúde consequentes da senescência, como a PARI (Perda Auditiva Relacionada à Idade). Assim, se mostra importante investigar a relação entre idosos com PARI, o acesso ao serviço de saúde e o acesso à cidade em correlação às legislações vigentes. O objetivo deste trabalho é analisar quais são as barreiras tanto arquitetônicas quanto comunicacionais que possam impedir o acesso ao Centro Especializado em Reabilitação (CER) e à cidade de modo geral. Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória, descritiva e quanti-qualitativa. Busca-se conhecer o CER de Araraquara/SP e realizar um mapeamento do mesmo para estudar sobre as facilidades e barreiras em relação à acessibilidade que o serviço oferece. Para tanto, serão realizadas entrevistas com gestores e trabalhadores do

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



local além do mapeamento. Espera-se entender a dinâmica do serviço de saúde e verificar se os direitos instituídos pela lei de inclusão e pelo estatuto do idoso estão sendo concedidos aos idosos com perda auditiva, assim contribuindo para melhorar o CER, as políticas de saúde auditiva e o acesso à cidade. Entende-se a importância do presente estudo, por haver pouca pesquisa sobre esta temática na literatura, mas ainda assim ser um assunto muito relevante rumo ao aumento da qualidade de vida dos idosos e das pessoas com deficiência de modo geral”.

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa apresenta como objetivo geral “é analisar quais são as barreiras tanto arquitetônicas quanto comunicacionais que possam impedir o acesso ao Centro Especializado em Reabilitação (CER) e à cidade de modo geral”.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto apresenta de forma clara e objetiva, os potenciais riscos e as soluções para minimizá-los aos participantes da pesquisa no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO, preconizado pela resolução Nº RESOLUÇÃO 510/16 (Ex.: “A pesquisa não irá causar nenhum tipo de dano físico, psicológico ou moral. Os riscos nesta pesquisa são mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação, ou ainda se lembrar de alguma situação pessoal diante das perguntas. Se isso acontecer, pode-se optar por desistir de participar e retirar o consentimento sem nenhum prejuízo ao participante, que se relacione ao pesquisador ou a instituição. Mesmo assim, caso ocorra algum dano, fica assegurado o direito do participante à assistência e a requerer a devida indenização, conforme resolução 510/16.”). Os benefícios serão indiretos e são explicitados no projeto “Os benefícios estimados consistem no aprofundamento dos direitos da pessoa idosa com deficiência, benefício ainda mais relevante para o Brasil que possui uma lei específica para a inclusão da pessoa com deficiência”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está claro, coerente em sua proposta de pesquisa, bem escrito, apresenta todas as documentações solicitadas, acompanhados pelas referências bibliográficas. O desenho do estudo e a metodologia proposta para sua realização estão em acordo com o método levantado pelo estudo. Os riscos e benefícios estão claros e bem como as formas para atenuá-los, caso aconteçam. As mesmas informações são apresentadas nos arquivos: PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO, Projeto Detalhado e TCLE.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.774.983

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não apresenta pendências.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1981833.pdf	18/11/2022 21:53:05		Aceito
Parecer Anterior	Resposta_Ultimo_Parecer.pdf	18/11/2022 21:52:45	Luzia Cristina Antoniossi Monteiro	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Atualizada.pdf	18/11/2022 21:52:10	Luzia Cristina Antoniossi Monteiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP_Alterado.pdf	18/11/2022 21:51:29	Luzia Cristina Antoniossi Monteiro	Aceito

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 5.774.983

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2022 21:51:02	Luzia Cristina Antoniossi Monteiro	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	13/07/2022 15:41:29	Luzia Cristina Antoniossi Monteiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 24 de Novembro de 2022

Assinado por:

**Adriana Sanches Garcia de Araújo**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

## 10. APÊNDICES

### 10.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para colaborar voluntariamente na pesquisa “A pessoa idosa com deficiência auditiva relacionada à idade e a Lei Brasileira de Inclusão”. Antes de concordar em participar deste estudo, é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os(a) pesquisadores responderão todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) decida participar. Além disso, o(a) senhor(a) tem o direito de desistir de colaborar com a pesquisa a qualquer momento e isso não trará nenhum prejuízo.

**Justificativa, hipótese e objetivo da pesquisa:** Proporcionar um espaço urbano que atenda às necessidades das pessoas e preservem a autonomia e independência é indicativo de envelhecimento digno e saudável. Apesar da busca pelo envelhecimento ativo e saudável existem barreiras físicas e alterações naturais do próprio corpo que pode ocorrer no decorrer do tempo, as quais podem dificultar o dia a dia da pessoa. PARI (Perda Auditiva Relacionada à Idade) é o termo utilizado para se referir à diminuição auditiva causada pela senescência e pode ser classificada como uma perda bilateral, simétrica e que atinge as frequências mais altas dos sons, diminuindo o espectro auditivo ao longo dos anos. Pode-se dizer que este acometimento atinge em média de 30 a 60% da população acima dos 60 anos de idade. As pessoas com PARI podem fazer o tratamento pelo SUS, por meio dos Centros Especializados em Reabilitação – CER. Acredita-se que as barreiras encontradas, tanto pela deficiência auditiva, quanto pela falta de acessibilidade ao espaço urbano no entorno do CER, na cidade de Araraquara-SP podem comprometer o próprio tratamento, bem como dificultar a autonomia e a integração socioespacial. Considerando o apregoadado pelo artigo 53 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a acessibilidade consiste em “direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social”, assim o objetivo da pesquisa é analisar as barreiras que podem ser enfrentadas pela população idosa com deficiência auditiva na cidade de Araraquara-SP, bem como facilidades e dificuldades de acesso ao CER (serviço de saúde) e ao espaço urbano do entorno, local de realização do estudo.

- 1- **A hipótese** é que barreiras encontradas, no serviço (CER de Araraquara), bem como no entorno urbano do mesmo, podem comprometer o próprio tratamento, além de dificultar a autonomia e a integração socioespacial.
- 2- **Método e coleta de dados:** Essa pesquisa se caracteriza como transversal, isto é, levanta e analisa dados em um tempo determinado como observacional. Esse período será o da existência do CER em Araraquara-SP e do respectivo Serviço de Atenção à Saúde Auditiva-SASA. Local do Estudo: A pesquisa será realizada no Centro Especializado em Reabilitação (CER) na cidade de Araraquara, localizado na rua Nove de Julho, 3700 – Jardim Dom Pedro I. O CER “Dr. Eduardo Lauand”, instituído em 2016. **Os participantes do estudo serão os gestores e os trabalhadores do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, instalado no CER. As entrevistas serão feitas com esses profissionais, desde aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).** **Coleta de Dados:** Pretende-se com essas entrevistas realizar mapeamento, o qual visa identificar o perfil dos usuários. A entrevista será pautada por um roteiro que norteie o pesquisador e facilite ao entrevistado conceder as informações, que serão anotadas conforme relato do entrevistado, como: a) Número total de usuários do CER? b) Desses usuários, qual o número de usuários idosos? c) Dentre os idosos, quantos utilizam o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva-SASA? d) Qual o perfil

socioeconômico dos usuários? e) Os idosos que utilizam o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva-SASA também se beneficiam de outros serviços prestados no CER?

- 3- **Critérios para a seleção dos participantes:** o(a) senhor(a) foi convidado(a) por ser gestor(a) trabalhador(a) do CER – Araraquara-SP. Os participantes, assim como o(a) senhor(a), são pessoas maiores de 18 anos e que assinaram o TCLE. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas sobre a realidade do serviço o que possibilitará um mapeamento, visando identificar o perfil dos usuários, para o qual será utilizado roteiro pré-estabelecido para anotações dos dados quanti e qualitativos tais como: a) Número total de usuários do CER; b) Número de usuários idosos; c) Dos idosos, quantos utilizam o serviço de saúde auditiva; d) Perfil socioeconômico; e) Há utilização de outros serviços por aqueles idosos que se beneficiam do serviço de saúde auditiva. Conhecer a gestão e oferta do serviço.
- 4- As entrevistas levarão um tempo de aproximadamente 30 minutos, e **serão realizadas após envio eletrônico (e-mail), leitura e assinatura deste documento. A entrevista será feita presencialmente** e as suas respostas serão anotadas por escrito, no próprio roteiro utilizado e o(a) senhor(a) receberá uma via para visualizá-lo.
- 5- **Isenção danos:** A pesquisa não irá causar nenhum tipo de dano físico, psicológico ou moral à/ao senhor(a). Os riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa são mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação, ou ainda se lembrar de alguma situação pessoal diante das perguntas. Se isso acontecer, o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo em sua relação com o(a) pesquisador(a) ou com a instituição. Mesmo assim, caso ocorra algum dano ao senhor(a) resultante desta pesquisa, fica assegurado o seu direito à assistência e a requerer a devida indenização, conforme resolução 510/16.
- 6- **Benefícios do estudo:** Os benefícios estimados consistem no aprofundamento dos direitos da pessoa idosa com deficiência, em especial com problemas auditivos decorrentes da idade. Vishumbra-se ainda, contribuir de forma indireta, por meio da ampliação do conhecimento acadêmico em torno da temática, bem como no planejamento para melhoria do serviço. Além disso, outras pessoas e lugares poderão ser beneficiados, pois, o método do estudo pode ser replicado em outras pesquisas. Ainda, os dados levantados poderão desvelar aspectos relevantes ampliar e fortalecer a relação entre a pessoa e o espaço onde vive e convive.
- 7- **Ética em pesquisa:** No desenvolvimento desta pesquisa, todos os cuidados serão tomados para observar os princípios éticos que regem pesquisas com participação voluntária de seres humanos, segundo **Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde**. As informações obtidas neste estudo são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em hipótese alguma e as informações passadas serão guardadas.
- 8- **Esclarecimentos:** É de responsabilidade da pesquisadora garantir a o(a) senhor(a), toda disponibilidade para dialogar com os demais pesquisadores, a fim de esclarecer dúvidas. Reitera-se que a sua participação não é obrigatória, sendo possível, a qualquer momento, retirar o consentimento dado, sem qualquer prejuízo.
- 9- **Protocolo em Biossegurança:** Além dos cuidados de praxe, no atual momento de pandemia da COVID-19 serão adotadas medidas de biossegurança, consistindo um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades dessa pesquisa. Essas medidas visam o não comprometimento da qualidade de vida, da saúde humana e do meio ambiente. **A pesquisa será realizada de forma presencial no CER, por esse motivo, serão respeitados todos os procedimentos para colocar e remover EPIS, bem como seu descarte e acondicionamento.**

- 10- Assim que a pesquisa estiver pronta, os resultados poderão ser disponibilizados para seu conhecimento, bem como ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas. O(a) senhor(a) receberá uma via por escrito deste documento, assinado pela pesquisadora responsável com seus contatos (e-mail telefones e endereço) podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora, ou a qualquer momento.

---

**Profa. Dra. Luzia Cristina Antoniossi Monteiro (Coordenadora da pesquisa)**

**Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar. São Carlos-SP.  
Fones (16) 3306-6668 - (16) 9751-2788. E-mail: cristinam@ufscar.br**

---

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar. Os pesquisadores me informaram que estão disponíveis para quaisquer esclarecimentos ou dúvida e que posso retirar meu consentimento em participar em qualquer momento.

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do(a) participante

---

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP-UFSCar, vinculado à Pro-Reitoria de Pesquisa, da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rod. Washington Luis, Km 235, em São Carlos (CEP 13565-905), email: propq@ufscar.br, telefone: (16) 3351-8028. O CEP-UFSCar consiste em órgão colegiado, interdisciplinar e independente, de relevância pública, caráter consultivo, deliberativo e educativo. Foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Todo projeto de pesquisa com seres humanos deve passar por apreciação do CEP e somente será iniciado após sua aprovação. A submissão é realizada por meio da Plataforma Brasil, cujo acesso é: <http://plataformabrasil.saude.gov.br>

## 10.2. Entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS-UFSCAR. GRUPO DE PESQUISA DIREITO,  
CIDADE E ENVELHECIMENTO

Pesquisa: "Lei Brasileira de Inclusão: pessoa idosa com deficiência auditiva e o direito ao espaço urbano".

I- Identificação:

1. Nome:
2. Idade:
3. Gênero:
4. Função:
5. Tempo de trabalho:

II- Entrevista:

1. Quantos idosos são atendidos pela unidade?
2. Quantos têm perda auditiva?
3. Destes, quantos nasceram com deficiência auditiva e quantos têm PARI (Perda Auditiva Relacionada à Idade)?
4. Quanto é o tempo de espera para ser atendido, em média?
5. O CER está ligado diretamente com quais outros serviços da rede?
6. Você considera o CER acessível (arquitetonicamente) para os pacientes?
7. Quais são as maiores dificuldades para atender a população?
8. Como funciona o CISA (Centro Integrado de Saúde Auditiva)?
9. Observações e comentários: