

MADALENA APARECIDA SILVA FRANCELIN

***AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA
ADQUIRIDA EM ADULTOS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Morita

**BOTUCATU
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Francelin, Madalena Aparecida Silva.

As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos /
Madalena Aparecida Silva Francelin. – Botucatu : [s.n.], 2007

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007.

Orientadora: Ione Morita

Assunto CAPES: 40600009

1. Deficientes auditivos - Aspectos sociais 2. Saúde coletiva

CDD 614.5

CDD 362.42

Palavras-chave: Deficiência auditiva adquirida; Exclusão social do
deficiente auditivo; Relações sociais do deficiente auditivo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, *Ruy* (*in memorian*) e *Irene*,
que me ensinaram os verdadeiros valores da vida,
pelo incentivo e esforços em minha criação e formação profissional.

Ao *Aparecido*, meu marido,
pelo apoio incondicional, em todos os momentos das nossas vidas compartilhadas.

A *Paoline*, minha filha,
pelo amor e compreensão nos momentos de ausência, necessários para a
elaboração desta dissertação.

Aos *meus irmãos*,
Pela força e estímulo de sempre.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Dra. Ione Morita,

Que me recebeu com muito carinho e atenção no setor de pós-graduação.

Sua competência, conhecimento, cultura, integridade, paciência e o jeito especial de falar com as pessoas possibilitaram o meu crescimento pessoal e profissional e a concretização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

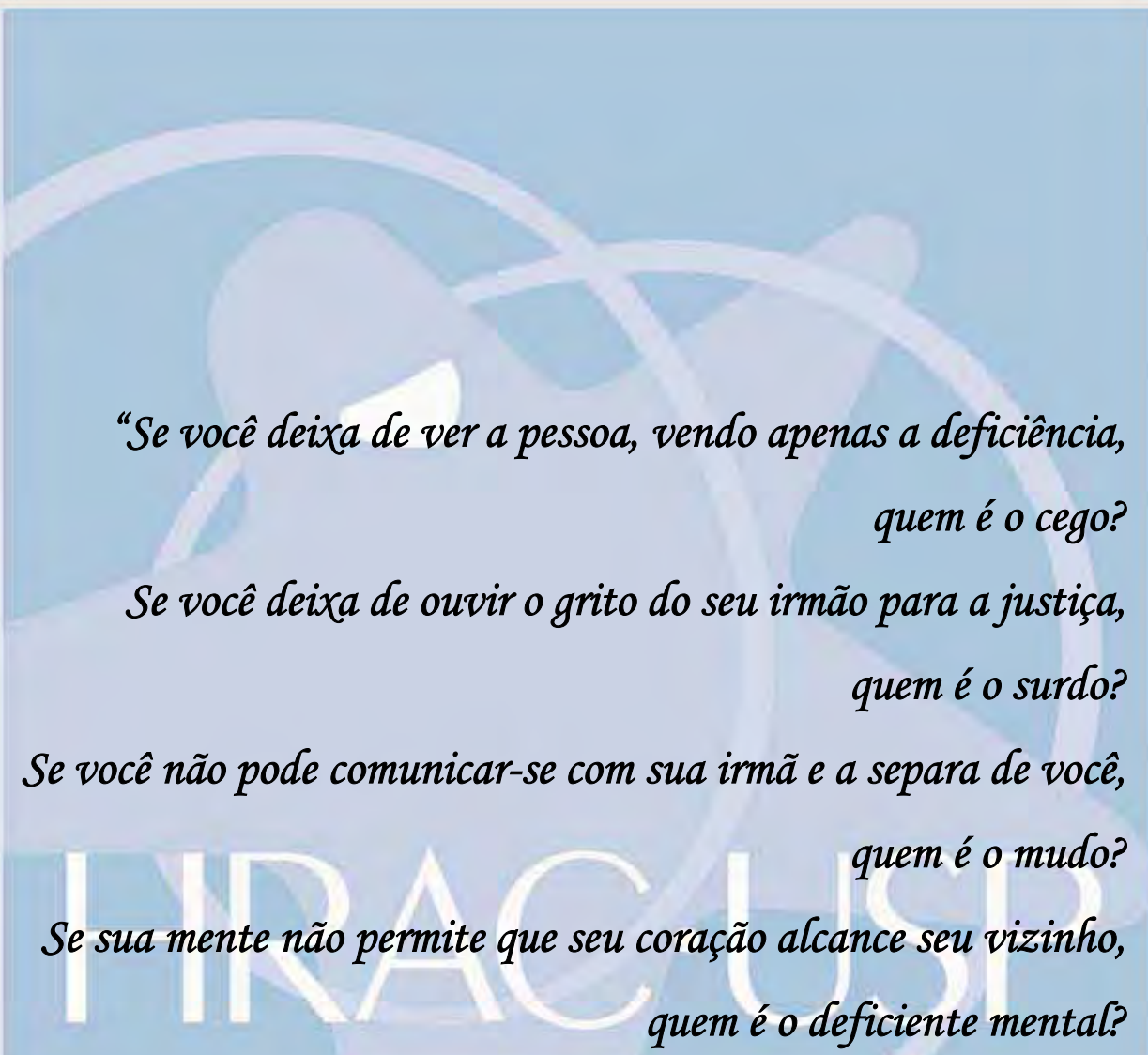
A *Deus*,

pela presença intensa em minha vida e que, em sua infinita misericórdia, nos possibilita a oportunidade de aprendizado constante.

À equipe da *Divisão de Saúde Auditiva*, pelo apoio e incentivo.

À Diretora Técnica, *Telma*, que acreditou em minha capacidade e possibilitou a realização deste trabalho.

Às companheiras de viagem, *Regiane, Elaine, Neuzinha, Fátima, Patrícia* e *Maria Madalena*, sempre presentes, amigas e firmes na concretização de nossos sonhos.



*“Se você deixa de ver a pessoa, vendo apenas a deficiência,
quem é o cego?*

*Se você deixa de ouvir o grito do seu irmão para a justiça,
quem é o surdo?*

*Se você não pode comunicar-se com sua irmã e a separa de você,
quem é o mudo?*

*Se sua mente não permite que seu coração alcance seu vizinho,
quem é o deficiente mental?*

*Se você não se levanta para defender os direitos de todos,
quem é o aleijado?*

*Sua atitude para com as pessoas deficientes
pode ser nossa maior deficiência...*

E sua também!”

(autor desconhecido)

1967 • 2007

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 A DEFICIÊNCIA AUDITIVA	18
1.2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA E CONDIÇÕES DE VIDA	19
1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	22
1.4 ASPECTOS PROFISSIONAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	24
1.5 A QUESTÃO DA FAMÍLIA E REABILITAÇÃO	28
1.6 DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	31
1.7 MECANISMOS DA SOCIEDADE NO ENFRENTAMENTO DA DEFICIÊNCIA	33
2 OBJETIVO	38
2.1 OBJETIVO GERAL	38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3 METODOLOGIA	40
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO	40
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	41
3.3 COLETA DOS DADOS	42
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	44
3.5 INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA	47
4.2 A REAÇÃO FAMILIAR ANTE A DEFICIÊNCIA AUDITIVA	54
4.3 AS RELAÇÕES SOCIAIS	56
4.4 EXCLUSÃO E INCLUSÃO SOCIAIS NO CONTEXTO DO TRABALHO	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
6 REFERÊNCIAS	77
7 APÊNDICES	88
8 ANEXOS	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da população residente e com deficiência auditiva declarada, segundo sexo, idade e região geográfica. Brasil, 2000	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos casos analisados por idade atual e sexo. Bauru, 2006	47
Tabela 2 - Distribuição dos casos analisados por grau de escolaridade e sexo. Bauru, 2006	48
Tabela 3 - Distribuição dos casos analisados por classe socioeconômica. Bauru, 2006.....	48
Tabela 4 - Distribuição dos casos analisados por idade na manifestação da deficiência e sexo. Bauru, 2006	49
Tabela 5 - Distribuição dos casos analisados por grau de perda auditiva e idade de manifestação do problema, Bauru, 2006	50
Tabela 6 - Distribuição dos casos analisados por grau de perda auditiva e tempo de instalação do problema. Bauru, 2006	51
Tabela 7 - Distribuição dos casos analisados que tiveram modificação na situação profissional após a deficiência. Bauru, 2006	53

LISTA DE ABREVIATURAS

- AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual
- CEDALVI - Centro de Distúrbios da Audição, Linguagem e Visão
- CDSS - Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
- CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de deficiência.
- CORDE - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Deficiente
- DSS - Determinantes Sociais da Saúde
- HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MDM - Metas do Desenvolvimento do Milênio
- OIT - Organização Internacional do Trabalho
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- USP - Universidade de São Paulo
- WHO - World Health Organization

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo analisar as implicações da deficiência auditiva adquirida em adultos, através de uma abordagem metodológica quanti-qualitativa. Os dados quantitativos para a caracterização das pessoas com deficiência auditiva adquirida, foram obtidos através dos dados da classificação socioeconômica e dos dados cadastrais do prontuário clínico, enquanto que os qualitativos realizaram-se através de entrevista com questões norteadoras. Foram entrevistados seis pacientes sem acompanhante, três pacientes acompanhados do cônjuge e um paciente acompanhado da filha. Outras cinco entrevistas foram realizadas somente com os cônjuges e uma somente com o filho. Para a análise dos dados da entrevista foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. A partir dos dados levantados, verificou-se que: 31,25% estão na faixa etária dos 40-44 anos; a maioria é do sexo masculino 62,5%; 62,5% não concluíram o ensino fundamental; 62,5% pertencem à classe Baixa Superior; a perda auditiva ocorreu quando os pacientes tinham entre 40-44 anos: 37,5%; os sintomas e queixas mais relatados foram a crise forte de labirintite 25%; traumatismo crânio encefálico: 25%; 75% apresentaram perda auditiva bilateral, sendo 18,75% com perda auditiva de grau moderado/profundo; 25,0% apresentaram perda unilateral, 12,5% de grau profundo; dos 16 casos pesquisados, 13 estavam trabalhando, sendo que, destes, 30,77% pararam de trabalhar devido ao problema auditivo e 15,38% mudaram de profissão. Nas relações familiares foi observada pela pessoa, com deficiência, a existência da autodiscriminação, discriminação do outro, dificuldade ocasionada no relacionamento, alterações no relacionamento, cobranças e, por fim, a desagregação familiar. Os familiares registraram esse impacto colocando a dificuldade de aceitação do problema e ressaltando a necessidade de paciência para lidar com a situação e a desagregação familiar devido à deficiência auditiva adquirida. Ao descrever a vida social, observamos, pelos relatos das pessoas com deficiência e por seus familiares, que a discriminação se fez muito presente em suas vidas. A vergonha do problema constituiu-se em uma barreira que limita, prende e impede o acesso da pessoa aos bens e serviços bem como sua inclusão no meio social. Foram relatadas complicações, como a dificuldade de comunicação, situações constrangedoras por deixar de ouvir e o abandono dos amigos. Quanto à situação de trabalho, através da percepção dos pacientes, foi vivenciada a situação de “encostado”, a demissão a pedido e a demissão pelo empregador. Foram relatadas, pela pessoa com deficiência e seus familiares, a dificuldade de aceitação da deficiência e a cobrança. Também foram abordados a questão da falta de esclarecimentos a respeito do problema e o desconhecimento dos próprios profissionais de saúde a esse respeito. Observou-se que, apesar de toda a legislação e amparo ao deficiente, ainda levará um tempo para que o problema seja assimilado pela sociedade, familiares, empregadores, colegas de trabalho e pela própria pessoa com deficiência. O reconhecimento da capacidade e potencialidade do deficiente auditivo, depende de estratégias como tempo, recursos para reabilitação, apoio terapêutico, respeito e alternativas de conhecimentos, que lhe garantam acesso à vida em comum na sociedade. Esses são os desafios numa sociedade ouvinte-majoritária.

Palavras-chave: deficiência auditiva adquirida, exclusão social do deficiente auditivo, relações sociais do deficiente auditivo.

ABSTRACT

Present study aimed to assess the implications of acquired hearing deficiency in adults, through a quantitative-qualitative methodological approach. Quantitative data for the characterization of people with an acquired hearing deficiency have been obtained through data from a socio-economical ranking and from data from clinic dossiers, while qualitative data was obtained through an interview with guiding questions. Six patients were interviewed with a company, three in the company of a husband or wife and one patient with the company of a daughter. Another five interviews were performed only with husbands or wives and one interview only with a son. To assess interview data a content analysis technique was used. Since obtained data, it was observed that 32.25% are 40-44 years old; most of them are male, 62.5%; 62.5% had not concluded fundamental degree; 62.5% belonged to Upper Low class; hearing loss occurred when patients were 40 - 44 years old : 37.5%; most reported symptoms and complaints were a heavy labyrinthitis crisis, 25%; cranium-encephalic traumatism, 25%; 75% showed a bilateral hearing loss, 18.75%, a hearing loss of a deep-moderate degree; 25.0% showed a unilateral loss; 12.5% of a deep degree; from the 16 studied cases, 13 were working, 30.77% had stopped working due to the hearing problem and 15.38% changed their occupations. As for familiar relationships the person with the deficiency observed an auto-discrimination, other people discrimination, difficult relationships, changes in relationship, collecting, and finally a familiar desegregation. Familiars registered such an impact reporting a difficulty related to the acceptance of the problem and emphasizing the need of patience to cope with the situation and with familiar desegregation due to acquired hearing deficiency. When describing social life it was observed through reports from people with the deficiency and from their familiars that the discrimination was very present in their lives. The shame related to the problem was a barrier that limited, tied and prohibited the access to goods and services, as well the inclusion into social environment. Complicating factors like a difficult communication, constraining situations caused by hearing loss and the abandon by friends were reported. As for working situations, through what patients did perceive, it was observed a "forgetful situation", resignation, and a dismissal evoked by the employer. Deficient people and their familiars reported a difficulty related to the acceptance of the deficiency and collecting. It was observed that, besides all laws and support to deficient people, a long time will be necessary yet until the problem is accepted by society, familiars, employers, labor mates and by the deficient himself. Recognizing that ability and potentiality of hearing deficient depends upon strategies like time, rehabilitation resources, therapeutic support, respect and alternative knowledge, that warrant access to common life in society. These are the challenges in a mostly hearing society.

Keywords: acquired hearing deficiency, social exclusion of hearing deficient, social relationships of hearing deficient.

APRESENTAÇÃO

O interesse pela saúde pública surgiu com a experiência e prática diária de 25 anos de profissão e 19 anos de experiência que acumulamos na área de Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, da USP, em Bauru/SP. O conhecimento nessa área amplia a visão do Assistente Social, possibilitando outras formas de atuação e permitindo sua participação direta na análise, discussão e implementação de políticas públicas.

O Assistente Social, em uma equipe de saúde, segundo Silva e Lessa (1998), é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que vivem. A partir de uma visão de totalidade, interpreta, junto à equipe, aspectos relevantes no âmbito social e tem sua ação voltada à veiculação de informação e ao desenvolvimento de potencialidades, orientando, capacitando e mobilizando pessoas e comunidades, visando a garantia e o fortalecimento dos direitos sociais.

Por outro lado, a deficiência auditiva constitui-se numa das principais deficiências físicas do mundo, pode surgir em qualquer fase da vida, é muitas vezes, irreversível e pode restringir ou impedir o homem no desempenho de suas atividades na sociedade, implicando em limitações sérias na vida de quem a adquire e para as pessoas com quem convive (RUSSO; ALMEIDA, 1995).

Dentro da problemática que envolve a deficiência auditiva, chamaram a atenção os dados do IBGE (2000a) que revelam o percentual de 3,3% da população que se declarou incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir, sendo que, desse total, 1,9% se encontram na faixa etária dos 15 aos 64 anos de idade. Convive essa população com um mundo que valoriza o trabalho para a reprodução social e necessita de uma força de trabalho saudável. Em nosso país, uma Constituição única no mundo, promulgada em 1988, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a este políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). A preocupação voltou-se então para a instalação de uma deficiência física, a auditiva, e os seus reflexos no ambiente social, na família e no trabalho, visando compreender como o meio social a enfrenta, acolhendo ou excluindo essa população.

Atuando junto a pessoas com deficiência auditiva¹ adquirida, torna-se importante analisar a questão da inclusão social, pois o homem, ao depender de seus sentidos para manter contato com o seu meio e receber estímulos, passa a ter uma grande restrição. Além disso, a inclusão é de suma importância dentro da saúde pública, contribuindo para a melhoria e implantação de políticas de atendimento. É esse aspecto que pretendemos trazer à tona através deste estudo, dando voz ao “outro”.

¹ Utilizamos a denominação “pessoas com deficiência”, por destacar a questão substantiva “pessoas”, pois são características que podem ou não estar presentes. Os outros termos utilizados conforme aparecem nos textos legais ou citações.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A deficiência auditiva pode ser classificada de diversas formas, dependendo da variável considerada: local ou tipo, grau, lateralidade, intensidade ou gravidade, momento em que ocorre e origem do problema (RUSSO; SANTOS, 1993).

Segundo a World Health Organization (WHO) (2006a), as perdas auditivas podem ser genéticas ou adquiridas e são classificadas em: normal, que compreende médias audiométricas de 0 a 25 dB; grau leve, de 26 a 40dB; grau moderado, de 41 a 60dB; grau severo, de 61 a 80dB e grau profundo, maior que 81dB.

Quanto ao efeito desses rebaixamentos de limiares auditivos, ainda segundo a WHO (2006a), o desempenho esperado das pessoas, com relação à capacidade de ouvir e repetir palavras são: perda de grau leve: volume normal, a um metro de distância; grau moderado: volume elevado, a um metro de distância; grau severo: ouvir algumas palavras em intensidade elevada, próximo à melhor orelha e grau profundo: incapacidade de ouvir e compreender a fala até mesmo em intensidade elevada, na melhor orelha. As recomendações são de uso do aparelho auditivo, sendo que nos graus severo e profundo, considerados mais graves, também deve ser associada a leitura orofacial e língua de sinais.

De acordo com Russo e Santos (1993), a deficiência auditiva de manifestação tardia compreende as alterações da audição após o nascimento, ocasionadas por fatores genéticos ou não, podendo ocorrer isoladamente ou associada a outras anormalidades, como distúrbios inflamatórios, ototoxicose, distúrbios neoplásicos, lesões traumáticas, distúrbios metabólicos, insuficiência vascular, presbiacusia e distúrbios do sistema nervoso central. A presbiacusia é uma das causas da deficiência auditiva adquirida em adultos que pode ser destacada, pois é associada ao processo de envelhecimento e atinge, em grande parte, a população na faixa etária acima dos 40 anos, com prevalência de aproximadamente 46% em indivíduos de 48 a 92 anos, tornando-se mais freqüente a partir dos 55 anos de idade, segundo Rosa, Ribas e Marques (2006).

Consideram-se como as principais etiologias relacionadas com a perda brusca de audição as de origem inflamatória (virais, bacterianas, auto-imunes e alérgicas), fatores vasculares, origem tumoral, afecções neurológicas degenerativas, origem traumática, ototoxicidade e fístula perilinfática (GALINDO, 2004).

A partir da compreensão sobre a deficiência auditiva, torna-se importante ter uma visão global da magnitude do problema.

1.2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA E CONDIÇÕES DE VIDA

De acordo com estimativas da WHO (2006b), a incidência de problemas auditivos na população mundial é de 278 milhões, referindo-se à deficiência auditiva bilateral de grau moderado a profundo, na melhor orelha. Os dados da WHO também indicam que dois terços dessa população vive em países em desenvolvimento.

Karikoski e Marttila (1995) enfatizam que a prevalência da perda auditiva é menor nos países onde a população possui alto padrão de vida e sistemas de saúde bem desenvolvidos. Assim, a falta de vacinação, abuso de agentes ototóxicos e tratamento inadequado de infecções agudas do trato respiratório aumentam a incidência da perda auditiva. No Brasil, a prevalência das perdas auditivas é alta, devido às condições desfavoráveis socioeconômicas, de saneamento básico e de nutrição (PENNACCHI, 1997).

A situação de saúde no Brasil, de acordo com a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), vem sendo marcada pelas desigualdades, sendo que nos últimos anos cresceram os estudos sobre as relações entre a saúde das populações e as condições de vida e o grau de vínculos e associação entre indivíduos e grupos. Mas, para a CDSS, o fato de haver crescimento econômico de um país não significa melhoria nas condições de saúde e a forma como a riqueza é distribuída é que vai determinar essa melhoria (WHO, 2006c).

No caso do Brasil, além das graves iniquidades na distribuição da riqueza, grande parte da população vive em situação de pobreza, sem acesso às condições mínimas de serviços de saúde (WHO, 2006c).

Pelos dados do IBGE (2000b), apontados no Quadro 1, do total de 169.872.856 pessoas no Brasil, 5.735.102 (3,3% da população total) declararam-se incapazes, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir.

Ao analisarmos a distribuição por faixa etária no Quadro 1, verificamos que, a partir dos 60 anos, temos 46% dessa população com deficiência auditiva, acentuando-se na faixa dos 80 anos ou mais (11%). Dos 20-59 anos, temos 44%, sugerindo um percentual significativo da população adulta com deficiência auditiva, ficando abaixo dos 15 anos apenas 10% dessa população.

Na distribuição de acordo com as regiões, no Quadro 1, encontramos 39% de pessoas com deficiência auditiva no Sudeste e 32% no Nordeste. Esses dados sugerem que a região Sudeste apresenta uma concentração maior da população brasileira com deficiência auditiva. Por outro lado, deve-se levar em conta a subnotificação de casos, pelas dificuldades próprias da questão da surdez, como se verá.

Quadro 1 - Distribuição da população residente e com deficiência auditiva declarada, segundo sexo, idade e região geográfica. Brasil, 2000

Grupos de idade (anos)	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 4	6.226	1	19.959	1	14.536	2	5.321	1	3.097	1	49.144	1
5 a 9	18.914	5	61.209	3	46.813	2	18.657	2	10.635	3	156.240	3
10 a 14	22.178	6	83.369	5	60.269	3	22.347	2	13.058	4	201.237	3
15 a 19	18.780	5	76.825	4	58.873	3	21.462	2	12.061	3	188.015	3
20 a 24	19.184	5	74.733	4	69.872	3	23.746	3	14.222	4	201.772	3
25 a 29	19.436	5	76.089	4	80.287	3	30.715	3	16.404	4	222.946	4
30 a 34	20.828	5	81.160	4	97.100	4	38.440	4	18.663	5	256.208	4
35 a 39	21.731	6	90.153	5	112.984	5	42.931	5	19.007	5	286.827	5
40 a 44	26.104	7	101.021	5	141.694	6	52.706	6	23.651	7	345.200	6
45 a 49	26.603	7	113.937	6	157.015	7	62.794	7	27.117	7	387.493	7
50 a 54	26.738	7	126.701	7	171.100	8	71.140	8	28.840	8	424.549	7
55 a 59	26.792	7	130.681	7	171.999	8	77.879	9	30.165	8	437.547	8
60 a 64	29.345	7	148.168	8	193.481	9	84.552	9	34.354	9	489.933	9
65 a 69	27.614	7	144.287	8	203.107	9	87.671	10	31.459	9	494.172	9
70 a 74	27.230	7	159.786	9	206.906	9	88.396	10	29.777	8	512.130	9
75 a 79	21.512	5	143.248	8	177.589	8	73.843	8	22.671	6	438.892	8
80 ou +	30.216	8	230.362	12	255.698	11	95.880	11	30.999	9	643.197	11
TOTAL	389.431	7	1.861.688	32	2.219.323	39	898.480	16	366.180	6	5.735.195	100

Fonte: IBGE

A falta de dados para localizar e identificar as pessoas com deficiência, de baixo nível de instrução, em sua maioria e sem acesso aos bens e serviços foi apontada por Ribeiro e Pinheiro (2004), em estudo realizado em Juazeiro do Norte. Nesse estudo foi encontrado um número maior de deficientes, se comparado com os dados do censo de 2000 (26%), com uma maior porcentagem de deficiência mental (25%) e menor (5%) de deficientes físicos e auditivos. Segundo os autores, em cidades pobres, a dificuldade de acesso a serviços médicos e a má qualidade de vida da população, podem contribuir para o aumento de deficiências, principalmente daquelas passíveis de prevenção, sugerindo que as condições de vida, as políticas e os serviços públicos podem, de fato, interferir na ocorrência das deficiências.

Ribas (1997) coloca, com base em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), que do total da população mundial com deficiência, 5% são portadores de deficiência mental, 2% de deficiência física, 1,5% de deficiência auditiva, 0,5% de deficiência visual e 1% de deficiência múltipla. Mais de dois terços dessa população vivem em países pobres como o Brasil, nos quais ainda se é obrigado a conviver com vários problemas sociais, responsáveis pela aquisição de deficiências, como violência urbana e rural, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, pobreza familiar, falta de esclarecimento da população sobre aquisição de deficiências e prevenção, uso de drogas por um número grande de crianças, adolescentes e adultos, exclusão e abandono social. Ainda de acordo com o autor, mais de 20% da população do nosso país estão diretamente ligadas a portadores de deficiência, através de vínculos familiares, de parentesco e de amizade.

De acordo com Castro (2006), a deficiência é um problema subestimado pelas autoridades de saúde, ressaltando que a comparação de sua prevalência com outras doenças crônicas pode revelar a importância da sua ocorrência na saúde da população. O autor relata que através de um inquérito domiciliar realizado em São Paulo, Botucatu e Campinas, em 2003, foram entrevistadas 8.316 pessoas e, desse total, 1.232 relataram ser portadoras de alguma deficiência, o que implica em uma prevalência de 107,2 por mil, para todas as idades. Do total de entrevistados, 562 apresentavam deficiência auditiva, revelando uma prevalência de 43,01 por mil. Outro dado que chama a atenção, segundo o autor, é que foram encontrados 1079 indivíduos maiores de 19 anos, com pelo menos uma deficiência, o que leva a uma prevalência de deficientes de 143,2 por mil, maior que a prevalência de outras doenças de importância em saúde pública.

Para Bercovich (2005), a estimativa de vida no Brasil é de 68,6 anos e, desse total, tem-se 54 anos de vida sem deficiência e 14 com algum tipo de deficiência, sendo que é entre a faixa etária dos 40 a 49 anos de idade que começa a aumentar a incidência de pessoas com algum problema desse tipo.

De acordo com Passos (2004), mais de 50% dos casos de surdez poderiam ser evitados, uma vez que, no Brasil, 65% das perdas auditivas são adquiridas, somando-se a isso a falta de prevenção das doenças infecto-contagiosas, o que vem aumentando a prevalência da surdez adquirida.

Destaca-se, dentro do contexto da deficiência auditiva, a questão da Surdez Súbita, que, de acordo com Maia e Cahalr (2004), é considerada de incidência relativamente baixa e está subestimada devido à recuperação espontânea e ao fato de não chegarem ao conhecimento do especialista. Acrescentam os autores que, mesmo persistindo o sintoma, os pacientes procuram um clínico geral, o que não faz os exames específicos e somente aqueles que não se recuperam é que procuram o especialista.

Do ponto de vista socioeconômico, segundo Hazard (2003), as pessoas com deficiência encontram-se nas camadas mais desfavorecidas da sociedade em nosso país e são menos atingidas pelas políticas sociais. Além disso, o acesso à assistência à saúde e à reabilitação é comprometido, pois os atendimentos são concentrados em poucos serviços, geralmente distantes do meio rural ou das periferias das grandes cidades, onde encontra-se a maior parte dos casos.

Pelos dados apresentados, verifica-se que a deficiência auditiva atinge uma parcela significativa e que está relacionada com as condições de vida da população. Por sua vez, a deficiência auditiva adquirida pode estar subestimada pela falta de conhecimento a respeito, o que pode ser um fator de exclusão social em nosso país.

1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

De acordo com a WHO (2005), é possível melhorar as condições de saúde das comunidades mais pobres e vulneráveis do mundo, agindo sobre as causas da desigualdade de saúde e doença. Foram consideradas como as causas mais importantes as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, identificadas como Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A partir dessa

constatação, a agenda de desenvolvimento do mundo foi determinada pelas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que reconhecem a interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde.

No Brasil, foi criada a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS-OMS) em março de 2005, em função da preocupação do governo com as iniquidades que se verificam nas condições de saúde e no acesso aos serviços, tema este de preocupação mundial, proposto pela OMS. A CDSS foi criada visando a produção de informações e conhecimentos, o apoio e avaliação de políticas e a mobilização social, tendo, como eixo comum, o compromisso com a ação (PELLEGRINI FILHO, 2006).

De acordo com Yasbeck (2003), pobre é aquele que tem acesso a um mínimo de bens e recursos, sendo que o principal determinante da pobreza encontra-se na estrutura da desigualdade brasileira, ou seja, existe desigualdade na distribuição da renda e das oportunidades de inclusão econômica e social.

A desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda possuem uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais eqüitativa (WHO, 2006c).

De acordo com Prata (1994), a saúde, a doença e a morte apresentam associação com fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e subjetivos, que estão desigualmente submetidos a fatores protetores e de risco.

Prata (1992) chama a atenção para a persistente desigualdade qualitativa e quantitativa do desenvolvimento no Brasil, que pode ser encontrada no processo de transição epidemiológica. Ressalta a importância da análise das implicações dos fatores históricos, políticos e econômicos, como fatores que contribuem para essa desigualdade, no bem-estar, na saúde e na mortalidade da população beneficiada pelo crescimento econômico e os excluídos. O ideal seria que a comunidade fosse capaz de identificar e entender os determinantes e condicionantes da desigualdade e construir meios de superar esses problemas.

Segundo Giannasi (1997), em função da globalização ou internacionalização da economia, os meios de produção foram reestruturados, o que

afetou a classe trabalhadora na forma de desemprego e precariedade das condições de trabalho. Como conseqüência imediata surgiram os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, enquanto que a informalidade e a precariedade dos vínculos empregatícios excluíram as doenças profissionais das estatísticas oficiais. Com essas mudanças, temos a fragmentação do trabalho (terceirização, quarterização, etc.) e a introdução de novas tecnologias, eliminando postos de trabalho. De outro lado, tem-se percebido a queda da resistência dos trabalhadores e da demanda sindical por melhores condições de vida e de trabalho. Tudo isso reflete sobre a qualidade de vida e saúde dos trabalhadores, com uma mudança no perfil de morbidade (GIANNASI, 1997).

Outro problema é a alta rotatividade da mão-de-obra nas empresas. A força de trabalho no mercado encontra-se dividida entre trabalhadores e trabalhadoras doentes, demitidos, excluídos e aqueles que, enquanto sadios, estão incluídos (BARRETO, 1997).

Considerando o aumento significativo dos acidentes no trânsito, as condições de vida da população, que favorecem o aumento das doenças de origem viral e bacteriana e o uso de ototóxicos e outros agravantes da saúde, verifica-se a necessidade de estudos que considerem o assunto e contribuam para uma política pública de saúde efetiva.

1.4 ASPECTOS PROFISSIONAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Conforme Sorj (2000):

[...] o mundo do trabalho é apenas uma das dimensões de um amplo espectro de transformações radicais que afeta nossas vidas”, no entanto, percebe-se que continua sendo a principal referência que determina direitos e deveres, “diretamente inscritos nas relações de trabalho”, além de “padrões de identidade e sociabilidade, interesses e comportamento político, modelos de família e estilos de vida [...]

O trabalho é um dos determinantes fundamentais das condições de vida e o sustento da maioria das pessoas depende da venda da sua força de trabalho e de suas habilidades (MORITA, 2005).

O trabalho é considerado uma linguagem, uma categoria antropológica, faz parte da especificidade do homem, onde a noção de vínculo social se baseia na reciprocidade ou na utilidade social (MEDA, 1998). Na ocorrência de uma deficiência, esta pode interferir de forma negativa nesse processo, pois através do trabalho o homem se sente útil, necessário e integrado à vida social.

Para o próprio desenvolvimento capitalista é fundamental a existência de uma força de trabalho, “capital vivo”, minimamente saudável para acionar as máquinas, “capital morto”, como explica Marx (1983). Conseqüentemente, destaca-se a saúde como uma das condições humanas essenciais inter-relacionadas ao trabalho, que vem sendo analisada sob a ótica das doenças ou dos acidentes (POSSAS, 1981; COHN et al., 1985; CARMO et al., 1995; BINDER; CORDEIRO, 2003 e ASSUNÇÃO, 2003). Nesse aspecto, tem-se a parte visível, ou seja, os acidentes e as doenças, conseqüências do que vem sendo chamado de mundo do trabalho (MORITA, 2005).

Rigotto (2001) coloca que a saúde é o resultado do contexto econômico, social, político, cultural e subjetivo, onde cada um ou cada grupo social encontra dificuldades ou facilidades para ter uma melhor qualidade de vida, de forma que podemos estimar a profundidade dos impactos desses processos sobre o mundo do trabalho, a saúde e o ambiente.

Souza e Neves (2005) ressaltam que todo trabalhador enfrenta duas dificuldades: a reduzida oferta de emprego e o mercado de trabalho exigente, que visa a produção. Dentro desse contexto capitalista, ficam à margem aqueles que não produzem ou apresentam alguma deficiência física ou mental.

Jaime e Carmo (2005) levantam a questão de que o nível de exigências das empresas para a contratação da pessoa com deficiência aumentou com o processo de globalização, pois as mesmas tiveram que implementar uma série de modificações para sua sobrevivência (aumento de produtividade, diminuição de custos e melhora na qualidade), o que, conseqüentemente, contribuiu para o problema das exigências de qualificação, a competição, o desemprego e a escolaridade insuficiente.

Os autores enfatizam também a questão da discriminação na contratação das pessoas com deficiência, citando, como exemplos: o receio das empresas perderem a certificação de qualidade, a alegação de que estariam tirando a vaga de um pai de família, confundirem o cumprimento da lei com um ato de caridade, o que

implica em aumento de custos e a desculpa de que os deficientes não são capazes para o trabalho. Por outro lado, são encontradas atitudes de discriminação e preconceito por parte dos outros trabalhadores, em relação à pessoa com deficiência, levando muitos destes, contratados, a pedirem demissão (JAIME; CARMO, 2005).

Outro aspecto abordado por Jaime e Carmo (2005) foi em relação à família e à própria pessoa com deficiência, de que muitos se colocam na posição de sujeitos de direito e não admitem que também têm deveres e obrigações.

No estudo realizado por Marin e Góes (2006), com pessoas surdas, foi relatado que as mesmas conseguem ser críticas em relação ao tratamento que recebem no ambiente de trabalho (falam do preconceito e escassez de oportunidades) mas, quando se trata de outros ambientes do seu cotidiano, não reclamam, culpando a sua própria situação de deficiente pelas limitações vivenciadas.

Segundo as autoras, a questão de ser uma pessoa com deficiência auditiva tem menos importância do ponto de vista de uma constituição orgânica e mais em relação a como as relações sociais são construídas ou significadas, ou seja, como a pessoa é falada, olhada e julgada. É no mercado de trabalho que as diferenças se apresentam com mais clareza, colocando a deficiência auditiva como desculpa para não dar emprego, ou, em outros momentos, como discriminação, preconceito, ou modo como os empregadores entendem a lei de cotas e de que forma a família e a própria pessoa com deficiência encara a lei. O local de trabalho é apresentado como espaço predominante ou exclusivo da língua oral, o que dificulta para o surdo mostrar seu potencial. Ressaltam que a situação pode se agravar quando só há um trabalhador com deficiência auditiva na empresa e ele enfrenta dificuldades no cumprimento de compromissos de trabalho, ocasionadas pela falta de entendimento, acabando por ocorrer demissão (MARIN; GÓES, 2006).

Outro fato que contribui para agravar as dificuldades refere-se à inserção, no mercado de trabalho, da pessoa com deficiência, condicionada à idéia de que ela deve se adaptar ao ambiente, ou quando a sociedade já estabeleceu determinadas profissões tidas como mais adequadas para eles, com base na redução de custos, na baixa escolaridade ou reduzido contato com o público (KLEIN, 1998).

O desconhecimento a respeito das deficiências, suas limitações e potencialidades concretiza-se em outras situações, onde encontramos o deficiente

em atividades informais e de subemprego, cuja visão é marcada por pena ou caridade, conduzindo à marginalização. (PERLIN, 1998).

De acordo com a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Deficiente - CORDE (1994), pessoas com deficiência, ao enfrentarem o mercado de trabalho, encontram dificuldades relacionadas à educação, que, geralmente lhes é negada (pelas dificuldades em relação à inclusão escolar) e ao treinamento profissional (pela escassez de programas de reabilitação), sendo que muitos empregadores não vêem o deficiente por suas habilidades, mas só por suas deficiências. Segundo a CORDE, o problema se estende até aos trabalhadores acidentados, que não estão protegidos e podem perder o emprego. Outras questões relacionadas ao trabalho da pessoa com deficiência, colocadas pela CORDE, dizem respeito aos obstáculos práticos que vão desde barreiras arquitetônicas, devido ao mau planejamento urbano e ao projeto do edifício, até o sistema legal, que não protege seu direito ao trabalho, ou como membros da comunidade. Resta, muitas vezes, a essa parcela da população, o trabalho por conta própria, o que também se torna uma opção limitada não só pelos fatores já mencionados, mas pelas dificuldades de acesso ao financiamento, autoconfiança e habilidades comerciais.

Erdman (1993) explica que entre os 18 e 65 anos os adultos estão vivendo o auge de suas vidas, relacionadas à educação, à profissão, ao casamento e à educação dos filhos e que, a ocorrência da deficiência auditiva nessa faixa etária pode, direta ou indiretamente, alterar todo um planejamento de vida. São comuns situações de apatia, depressão, falta de coragem ou força de vontade para a competição do mercado de trabalho ou maior êxito profissional. O dia-a-dia de trabalho normal resulta em fadiga, irritabilidade e estresse, pois exige um nível maior de atenção para executar suas tarefas.

Para Gugel et al (2005), existem cerca de 15 a 16 milhões de pessoas com deficiências, habilitadas para o trabalho, no entanto pouco vale a formação profissional das mesmas, se não há oportunidade de demonstrar sua capacidade.

A pessoa com deficiência somente será considerada incluída na sociedade através do trabalho, quando tiver condições de enfrentar as limitações no meio social, o que leva a um fracasso, quando não se concretiza. (SOUZA; NEVES, 2005).

Para as autoras, as pessoas com deficiência, ao se defrontarem com barreiras como a falta de acessibilidade e de oportunidades do convívio social,

tendem a viver isoladas e dependentes para decidir sobre o que deve ou não ser feito. O deficiente tem condições de aprender e não precisa de ajuda de outros para desempenhar seu papel como cidadão, como trabalhador, como amigo e companheiro, como pai ou mãe de família, ou como pessoa madura que deve chegar a ser, exercendo sua cidadania e autonomia.

Dessa forma, torna-se importante o estudo da problemática enfrentada pelas pessoas com deficiência auditiva adquirida na vida adulta e a sua participação no mundo do trabalho, contribuindo para o entendimento do problema e a busca de alternativas que resultem em melhores condições de vida para elas e seus familiares.

1.5 A QUESTÃO DA FAMÍLIA E DA REABILITAÇÃO

Conceitua-se família como grupo de pessoas ligadas entre si pelos vínculos de casamento, parentesco ou afinidade, hoje com proteção constitucional bastante ampla (BRASIL, 1988).

Para Rodrigues (1998), a participação da família é de grande importância no tratamento e na integração social da pessoa com deficiência auditiva, devido às graves conseqüências no aspecto da comunicação. Para o autor, o enfrentamento da deficiência auditiva é um grande obstáculo, que impede as famílias de viverem dentro dos padrões de normalidade e desenvolvimento, havendo a necessidade de um constante trabalho de conscientização e esclarecimento aos envolvidos, no sentido de apoiarem o deficiente e entenderem a complexidade do problema. Se a família não incentivar, com uma participação ativa no decorrer do tratamento, haverá a privação das relações sociais, gerando mais dificuldades para a pessoa com deficiência em todo o contexto existencial. É necessário que a família tenha consciência de que o deficiente auditivo é vítima do preconceito da sociedade e que a ignorância involuntária, em seu próprio meio, influencia e dificulta a integração social. Conclui que a família deve procurar conhecer seus direitos e as políticas públicas, a fim de cumprir seus deveres (RODRIGUES, 1998).

O contexto familiar do deficiente não foge aos padrões normais de uma família, enfrentando conflitos mais intensos. Algumas estão mais estruturadas para lidar com uma mudança rápida em seu meio, ao passo que outras encontram mais dificuldades, principalmente quando o membro afetado é aquele que traz o sustento.

Tanto a deficiência gradual como a súbita geram mudanças na estrutura familiar e na distribuição de papéis e, no caso da última, a família tem que se ajustar num período de tempo menor (BUSCAGLIA, 1993).

O principal problema, segundo Buscaglia (1993), é que nesses momentos não há um profissional da área para uma orientação ou um conforto. É fundamental que a família esteja ciente da deficiência e do processo de reabilitação e que a sociedade esteja aberta em relação a esses conceitos, necessitando de informações, maior convivência e compreensão do problema.

Buscaglia (1993) reforça ainda a necessidade de esclarecimento às famílias quanto aos direitos das pessoas com deficiência e sua capacidade de enfrentar desafios e conquistar seus espaços, de forma que o trabalho, muito mais que fonte de geração de renda, colabore para a valorização e integração na sociedade.

Para Passaura (2005), há uma tendência histórica no Brasil, na atualidade, referente ao fato de não ser assumida pelo Estado a questão das condições sociais e econômicas, ficando a solução a cargo do setor privado. Ainda de acordo com a autora, os reflexos recaem sobre a família, pois é nela que os indivíduos procuram recursos para enfrentar e resolver as situações de precariedade social ou desemprego, velhice, doenças e deficiências, sob as mais diversas circunstâncias. Nesses casos, na maioria das vezes, as responsabilidades recaem para as mulheres, sendo grande parte delas chefes de família.

Em pesquisa realizada por Barreto (1997), verificou-se que o adoecimento altera as relações na família, tendo repercussões imediatas para as mulheres e acabando por repercutir em alterações e desgastes.

No caso da instalação da deficiência auditiva adquirida, as dificuldades de comunicação podem gerar tensão e conflitos e afetam todos os membros da família. A percepção dos acontecimentos por parte da pessoa com deficiência auditiva pode ser diferente daquela da família. Muitas vezes o problema está relacionado ao fato dela acreditar que os membros da família não se esforçam para melhorar a comunicação, não articulando bem as palavras e falando baixo, numa clara manifestação de desejo de compreensão das suas dificuldades. Já para os familiares, a queixa é de falta de atenção por parte da pessoa com deficiência, pouco caso, ouve apenas quando quer, ou, ainda, de que não toma providências para sanar o problema (ERDMAN, 1993).

A vergonha de pedir para as pessoas repetirem ou falarem mais alto e tornar-se motivo de zombaria ou de desprezo é um dos problemas associados à deficiência auditiva, levando o indivíduo ao isolamento (ERDMAN, 1993).

Para Boéchat, Russo e Almeida (2003) podem ocorrer situações em que a cobrança, pelo próprio indivíduo, para ser bem compreendido, gera ansiedade e aumenta a probabilidade de falhas e quando esta ocorre, leva a situações de conflitos individuais, à raiva e ao afastamento do convívio social. Hoje, com os recursos de reabilitação e a utilização de próteses auditivas, esses efeitos negativos podem ser atenuados.

Entretanto, a negação é uma das reações mais comuns da pessoa com perda de audição adquirida, sob a alegação de que são os outros que não articulam bem as palavras, falam baixo ou demasiadamente rápido (IERVOLINO; CASTIGLIONE; ALMEIDA, 2003). Além disso, as dificuldades variam de acordo com o grau de perda, uma vez que as perdas leves podem passar despercebidas, havendo um comprometimento maior da comunicação nas perdas severas.

Devido ao desconhecimento sobre a deficiência auditiva, a procura pelos serviços de saúde e recursos, como a prótese auditiva, após a superação e aceitação do problema, não é uma realidade. Para Iervolino, Castiglione e Almeida (2003), mesmo após o diagnóstico e indicação do aparelho, é comum a não aceitação da perda auditiva e a procura por outras formas de tratamento e recuperação da audição. Quando a perda auditiva ocorre gradualmente, o indivíduo não percebe a própria limitação. Por outro lado, a questão se agrava quando “a instalação da perda é súbita”. Embora o indivíduo tenha consciência das suas dificuldades, ele não se conforma, ocorrendo a rejeição. O fator estético também pode contribuir para a rejeição da prótese auditiva, pois coloca em evidência o que o indivíduo quer esconder. Sentimentos de insegurança, medo e até de incapacidade, são citados pelos mesmos autores e surgem com a perda auditiva, pois as dificuldades de comunicação fazem com que a pessoa duvide de seu potencial, tanto profissionalmente, quanto na vida pessoal, levando a complicações, como a depressão e isolamento (IERVOLINO; CASTIGLIONE; ALMEIDA, 2003).

Tendo em vista as condições de vida da população e os reflexos na família, justifica-se a importância de estudar os problemas decorrentes da deficiência auditiva adquirida, visando colaborar para uma melhor compreensão dessa questão e as possibilidades de uma intervenção.

1.6 DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O desenvolvimento da cidadania e as conquistas de direitos sociais, ao longo da história, construíram um quadro de referência para as pessoas com deficiência, evidenciado em declarações, leis e decretos em toda parte.

A Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, proclamada pela Organização das Nações Unidas, em 1975, coloca, em seu artigo sexto, que toda pessoa portadora de deficiência tem o direito a tratamento médico e psicológico adequado às suas necessidades, bem como serviços de prótese e órtese, reabilitação, treinamento profissional e colocação no mercado de trabalho. Define ainda, no artigo primeiro, que o termo “deficiente” refere-se a toda pessoa que não apresenta condições de prover, por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida normal (ONU, 1975).

A Recomendação n. 99 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, aprovada em 22/6/05, foi a primeira a estabelecer um conceito a respeito da pessoa portadora de deficiência, sendo a mesma aprimorada na Convenção n. 159, de 1983 e ratificada pelo Brasil em 18/5/90. De acordo com a Convenção, considera-se portadora de deficiência toda pessoa que apresente limitações de caráter físico ou mental comprovadas e que tenham suas possibilidades de emprego reduzidas, ou mesmo sua conservação e progresso, devido à deficiência (CORDE, 2004).

Através do Decreto regulamentar n. 3.298, de 1999, baseado nos conceitos da Organização Mundial da Saúde, foram estabelecidos os conceitos de deficiência, deficiência permanente e incapacidade, enfocados nas categorias de deficiências física, auditiva, visual, mental e múltipla. Assim sendo, considera-se deficiência no Brasil “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 1999).

De acordo com Ferreira (2007), existem muitas leis que garantem o direito da pessoa com deficiência, porém o que dificulta a sua aplicabilidade é o fato de estarem em diferentes esferas, ou seja, federal, estadual e municipal, bem como os decretos regulamentares, portarias e resoluções para cada tipo de deficiência. Dentro do contexto de proteção legal, merecem destaque os direitos assegurados na Constituição de 1988, a Lei n. 7853/89, o Decreto n. 3.298/99 e a Lei 10.098/2000, que tratam dos direitos da pessoa com deficiência e sua inclusão de forma mais

efetiva. Especificamente, através da Constituição de 1988, ficou estabelecido, além do princípio de igualdade, o dever da União, Estado, Distrito Federal e Município, no cuidado da saúde e assistência pública, na proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência, o direito à proteção e integração do portador de deficiência, proteção ao trabalho, proibição de qualquer discriminação referente à admissão e salário, a reserva de vagas para cargos públicos, assistência social, habilitação, reabilitação e benefício previdenciário, educação em ensino regular, eliminação de barreiras arquitetônicas, criação de programas de prevenção e atendimento especializado e treinamento para o trabalho (FERREIRA, 2007).

Única no mundo, a nossa Constituição coloca a Previdência Social e a Assistência Pública no conjunto da Seguridade Social, o que significa um comprometimento das ações do governo com a garantia da vida e da cidadania da população brasileira, inclusive da pessoa com deficiência (ROY, 2000).

De acordo com o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), órgão do Ministério da Justiça responsável pelas políticas públicas para o setor, existe uma legislação nacional criada para facilitar o acesso ao mercado de trabalho dessa parcela da população, garantido também através da própria Constituição Federal de 1988 (ETHOS, 2002).

Através da Lei n. 8.213/91, foi estabelecida uma reserva de mercado específica para as pessoas com deficiência (BRASIL, 1991). O art. 93 determina que as empresas do setor privado que tenham mais de 100 empregados devem obedecer a cotas legais para contratar trabalhadores deficientes habilitados (SOUZA E NEVES, 2005).

Como exemplo mundial, no ano de 2002, em Madri, foi elaborada a Declaração de Madri, afirmando que “a não discriminação e a ação afirmativa resultam em inclusão social” e estabelecendo o ano de 2003 como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência. Nessa oportunidade também foi reafirmado o primeiro artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo o qual todos os seres humanos são livres e iguais em dignidade e direitos. Foram traçadas metas para a sua concretização, constituindo um grande avanço no contexto da deficiência (MADRI, 2002).

Em termos de garantia de direitos, segundo FERREIRA (2007), em 1989, através da Lei 7.853, estabeleceram-se as regras para ação civil pública e inquérito

civil na área da deficiência, assegurando a atuação do promotor de justiça na defesa dos direitos da pessoa com deficiência.

De acordo com os autores citados, entende-se que o Brasil possui uma das legislações mais avançadas, mas o reconhecimento não é suficiente para garantir sua efetividade. Dessa forma, a preocupação volta-se para as pessoas com deficiência auditiva adquirida na vida adulta e as alterações no meio familiar, interferindo na reprodução das classes e grupos sociais e determinando a exclusão ou inclusão social.

1.7 MECANISMOS DA SOCIEDADE NO ENFRENTAMENTO DA DEFICIÊNCIA

Os conceitos são importantes no entendimento das práticas sociais e dos estudos em todas as áreas do conhecimento, possibilitando uma análise dos programas e políticas sociais. Eles podem moldar nossas ações, pois acompanham a evolução de valores éticos, como no caso da pessoa com deficiência (SASSAKI, 2005).

De acordo com Zioni (2006), a partir do final dos anos 80, o termo exclusão ganhou visibilidade no debate político e teórico internacional, com vistas à necessidade de explicar e entender o empobrecimento e carências da população. Essa noção passou a ser criticada não só pelos limites em sua capacidade de explicação do fenômeno como também devido ao uso abusivo do termo, embora sua utilidade seja considerada para a divulgação do problema da desigualdade social, para discussão em espaços públicos e para implementação de políticas públicas. Além disso, alerta o autor que, para a compreensão do problema, exige-se maior cuidado teórico.

Paugam (1996) chama a atenção para o uso abusivo do termo, mas ressalta que há um lado positivo, uma vez que por meio dele a sociedade toma consciência de si mesma e de suas disfunções, procurando a solução. Já Scorel (1999) considera que o termo é muito utilizado pelo fato de designar toda situação ou condição social de carência, dificuldade de acesso a direitos, bens e serviços, além da discriminação, vulnerabilidade e precariedade. Por outro lado, esse autor reconhece o risco de englobar todos os fenômenos, não caracterizando nenhum e se deter em explicar somente a pobreza urbana.

Para Oliveira e Paoli (1999), a utilização do termo serve para enquadrar as minorias (negros, homossexuais e deficientes físicos), além dos pobres, desempregados, populações de rua e favelados, sendo o fenômeno de exclusão um subproduto do desenvolvimento tecnológico e da precarização das relações de trabalho. A situação atual, onde a tecnologia não demanda grande número de trabalhadores, é colocada por Nascimento (1994) como uma nova exclusão.

Para Fretigné (1999), os deficientes ou marginais compõem uma nova pobreza e exclusão social e são interpretados como uma consequência direta da incapacidade da sociedade em inserir seus membros.

Em Chammé (2002), o tema da inclusão e exclusão sociais é discutido a partir da concepção de corpo. A forma como é incluído ou não nas políticas públicas será manifestada a partir dos sintomas de estado de saúde ou estado de doença e na maneira como se dão a sua inserção e participação nos serviços de saúde, como usuário, numa sociedade desigual, que o considera desprovido de saber e de poder.

Sasaki (1997) conceitua inclusão social como:

[...] o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos [...]

Ainda de acordo com o autor, a inclusão social é um processo no qual são necessárias transformações que devem partir dos espaços físico: internos e externos, de equipamentos, mobiliários, transporte, etc. até a mentalidade das pessoas, inclusive da própria pessoa com deficiência.

Para Sposati (2007), foi a partir da sociedade do pós-guerra, associada ao Modelo de Estado de Bem Estar Social, que se concretizou a noção de universalidade da condição de cidadania, ainda que de forma individual, sendo as regras de acesso determinadas pelo Estado. Assim, essa noção tornou-se a alternativa capitalista da inclusão social, enquanto possibilidade virtual de igualdade, tornando-se, a impossibilidade de universalidade do emprego, a primeira manifestação de exclusão social sob o capitalismo. A autora considera que a

exclusão passou a ser a negação da cidadania, que há uma distinção entre esse conceito e pobreza e que, de acordo com elementos éticos e culturais, a exclusão social refere-se também à discriminação e à estigmatização.

De acordo com Rattner (2007), a

percepção dualista de exclusão e inclusão, como se fossem fenômenos polarizados e mundos separados, confunde a política com sentimento de caridade; a cidadania com filantropia e os direitos humanos com ajuda humanitária, o que leva, em última análise, à perda dos direitos de cidadania dos excluídos.

Rattner (2007) coloca que, devido à complexidade dos problemas e os atores sociais envolvidos, há necessidade de análise e estudos interdisciplinares para orientar as políticas dos diferentes setores: saúde, educação, trabalho, lazer e administração pública, desenvolvidos em nível local e micro-regional. A inclusão social é produto de políticas públicas, através da incorporação da população marginalizada.

De acordo com Vilhena (2007), uma sociedade que aceita a existência de excluídos, aceita também a impunidade, propiciando um ambiente de desconfiança, já que a confiança social é a base indispensável para o desenvolvimento sustentável. O tema hoje está relacionado à desigualdade social, onde os direitos dos excluídos não são respeitados e se tornam invisíveis para a sociedade.

Mendonça (2007) conceitua a inclusão social como: “o movimento pelo direito inerente a todos os seres humanos de participarem ativamente da vida pública, sem qualquer restrição de credo, religião, posição política, etnia, opção sexual ou grau de deficiência”. Para a autora, são de fundamental importância a ampliação e o fortalecimento dos canais de participação social, a qualificação e emancipação dos movimentos sociais e as ações governamentais que desenvolvam e busquem a participação de forma democrática, participativa e solidária. Para falar de inclusão social é necessário analisar todas estas questões: o acesso à educação, saúde, moradia, emprego e renda, lazer, cultura, alimentação e direitos humanos. O paradigma da inclusão social reside em tornar a sociedade um lugar que permita a convivência de todos e a realização de seus direitos. (MENDONÇA, 2007).

Outros aspectos sobre as condições de vida da população e seus reflexos na saúde a serem considerados na atualidade são citados por Ribas (1997), como a violência urbana e rural, os acidentes de trânsito e de trabalho, a pobreza familiar, a falta de esclarecimento da população sobre aquisição de deficiências e prevenção, o número grande de crianças, adolescentes e adultos usuários de drogas, a exclusão e o abandono social. Para o autor, esses problemas sociais são responsáveis pela aquisição de deficiências.

De acordo com Arroyo (2007), o paradigma social reside em uma diferença substancial entre SER e TER. “Somos seres diferentes, mas mesmo na diferença podemos TER direitos iguais”. A dificuldade reside no fato de quem decide a quem incluir, assim como os critérios, assim sendo que a luta pela inclusão está na eliminação de todas as formas de exclusão.

Considerando-se que as concepções sobre exclusão e inclusão sociais são relevantes na formulação das políticas públicas de saúde e a interrelação entre esses conceitos e ações com as condições de vida da população com deficiência, torna-se importante o estudo do contexto em que se encontra a pessoa com deficiência auditiva adquirida em adultos, até mesmo para a formulação e acompanhamento dessas políticas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as implicações da deficiência auditiva adquirida em adultos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as pessoas com deficiência auditiva adquirida.
 - Analisar a vida familiar, social e as condições de trabalho das pessoas com deficiência auditiva adquirida.
-

3 METODOLOGIA

Optou-se, neste estudo, pelo uso da pesquisa quanti-qualitativa, onde, num primeiro momento, por meio da abordagem quantitativa, caracterizou-se o perfil das pessoas com deficiência auditiva adquirida, em tratamento na área de Saúde Auditiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, estado de São Paulo (HRAC). Em seguida, através da pesquisa qualitativa, foi possível descrever a realidade enfrentada por essa população.

A preocupação da pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (1999), prende-se à realidade que não pode ser quantificada, como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa qualitativa volta-se também para o microsocial, valorizando as palavras, histórias e narrativas e buscando uma dimensão subjetiva, onde as entrevistas abertas ou a observação participante tornam-se técnicas valorizadas para a obtenção das informações (MERCADO-BOSI, 2004). Na perspectiva da pesquisa qualitativa, a preocupação não é com a generalização, porque não se faz uso de critérios de representatividade para testar conceitos teóricos, mas com o aprofundamento e abrangência da compreensão e das múltiplas dimensões da totalidade, não sendo desprezadas as informações ímpares e não dando importância ao seu potencial explicativo (MINAYO, 1999).

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC/USP), foi criado em Bauru/São Paulo, em 1967. Trata-se de um Hospital de nível terciário, segundo o modelo organizativo e tecnológico, em níveis de complexidade do SUS – Sistema Único de Saúde –, com o qual é conveniado e que é considerado de referência na área de distúrbios craniofaciais pelo Ministério da Saúde.

Com o passar dos anos e devido à crescente demanda, o Hospital percebeu que, além das fissuras labiopalatais, existiam outros distúrbios associados que impediam a comunicação e integração social dos pacientes, como a deficiência auditiva e o distúrbio da linguagem.

Dessa forma, com um elevado índice de deficientes auditivos sem atendimento detectado no Censo da Pessoa Deficiente, em 1981, em Bauru, abriu-se outro espaço no Hospital, para atender esses casos, a partir de dezembro de 1987. Atualmente esse espaço consiste em uma Divisão de Saúde Auditiva, com o objetivo de reabilitar e integrar a pessoa com deficiência auditiva na sociedade, desenvolver estudos, divulgar trabalhos de prevenção dessas doenças, bem como formar profissionais especializados.

Compete também à Divisão de Saúde Auditiva, a seleção, indicação e adaptação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), aos pacientes que necessitem, viabilizando o seu retorno à instituição para controle, revisão e acompanhamento. O Hospital conta com o apoio de uma equipe interdisciplinar em todas as fases do processo de reabilitação do paciente, composta por médicos (otorrinolaringologia, neurologia, oftalmologia, pediatra e clínica geral), fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, enfermeiros, geneticista, nutricionista e protéticos.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O Hospital presta atendimento a pessoas procedentes de todo o Brasil e exterior e até dezembro de 2006 contava com 22.152 pacientes matriculados na Divisão de Saúde Auditiva, dos quais 13.112 estavam em tratamento. Os Estados com maior número de pacientes em atendimento eram São Paulo (8095), Minas Gerais (1379), Paraná (552), Distrito Federal (406) e Rio de Janeiro (399).

Para a delimitação dos sujeitos de acordo com o objetivo do estudo e a caracterização do perfil, selecionaram-se os participantes através dos seguintes critérios:

- residentes em Bauru/SP;
 - estarem na faixa etária dos 18 aos 60 anos;
 - serem portadores de deficiência auditiva adquirida de manifestação súbita;
 - estarem matriculados na Instituição entre o ano 2000 e fevereiro de 2005.
-

Os sujeitos foram selecionados conforme a disponibilidade de comparecimento para as entrevistas e os objetivos desse estudo, estipulando-se as idades de 18 a 60 anos, por ser uma faixa etária onde o ser humano está em plena capacidade de desenvolvimento e contato com o mundo. Assim, levantou-se um total de 355 pessoas matriculadas nesse período, residentes em Bauru/SP, com idades entre 18 e 60 anos.

Para determinar o diagnóstico de deficiência auditiva adquirida de manifestação súbita, realizou-se a análise dos prontuários, identificando-se o diagnóstico através dos dados de anamnese e evolução do otorrinolaringologista e geneticista, definindo vinte e sete (27) pessoas com deficiência auditiva adquirida de manifestação súbita. Desse total, dezesseis (16) participaram do estudo e onze (11) não manifestaram interesse em participar.

Para a coleta de dados qualitativos, utilizou-se a entrevista com questões norteadoras, que foram gravadas e depois transcritas.

A entrevista foi baseada nas seguintes hipóteses:

- A deficiência auditiva adquirida altera as relações sociais.
- A deficiência auditiva adquirida altera a relação familiar, promovendo a desagregação ou a união.
- as pessoas com deficiência auditiva adquirida perdem a oportunidade, ou encontram dificuldade para a colocação no mercado de trabalho.

3.3 COLETA DOS DADOS

Para Triviños (1987), na fase de coleta de dados, devem-se utilizar técnicas que atinjam a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco ou objeto de estudo. Qualquer técnica de levantamento de dados adquire seu valor mediante apoio do referencial teórico e metodológico.

As informações quantitativas foram obtidas através dos dados cadastrais informatizados das pessoas matriculadas na Área de Saúde Auditiva e do prontuário clínico, nos quais encontra-se a classificação socioeconômica elaborada pelo Serviço Social que permitiu traçar o perfil dos entrevistados. A seguir, foi utilizada a entrevista como técnica de coleta de dados, considerando que, para Minayo (1999), a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e

símbolos, trazendo a magia de transmitir as representações de grupos determinados, por um porta-voz, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Esse conjunto torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de dados em ciências sociais.

A entrevista foi orientada por um roteiro previamente formulado, cujas questões norteadoras (Apêndice A), continham a intenção de estabelecer um diálogo entre sujeito e entrevistadora, para que as respostas pudessem alcançar e retratar, com a máxima fidelidade, o objeto da pesquisa. As questões do roteiro foram formuladas com base na experiência da pesquisadora, no trabalho com pessoas com deficiência auditiva e no referencial teórico-metodológico proposto para o estudo.

Para a realização das entrevistas foram estabelecidos os seguintes critérios, em relação aos informantes:

- Que a própria pessoa com deficiência auditiva adquirida tivesse condições de informar.
- Que a própria pessoa com deficiência auditiva adquirida, mas com dificuldade de comunicação, com a ajuda do cônjuge ou membro da família (acima de 14 anos) tivesse condições de informar.
- Que o cônjuge ou membro da família (acima de 14 anos) tivesse condições de informar, na impossibilidade da pessoa com deficiência fazê-lo (nesses casos a pessoa com deficiência auditiva não estava presente na entrevista).

Foram entrevistados, a partir dos critérios acima, seis pacientes sem acompanhante, três pacientes acompanhados do cônjuge e um paciente acompanhado da filha. Outras cinco entrevistas foram realizadas somente com os cônjuges e uma, somente com o filho.

Para participar da pesquisa, o entrevistado assinou um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) e teve liberdade nas respostas às perguntas, inclusive para não respondê-las. Foram garantidos o sigilo das informações e o direito a desistir a qualquer momento da pesquisa, bem como foi esclarecida a necessidade da gravação e da autorização prévia da mesma.

Para validação do roteiro, realizou-se uma entrevista piloto com um paciente acompanhado do cônjuge, na Área de Saúde Auditiva.

As entrevistas foram agendadas previamente, sendo que 15 foram realizadas na própria instituição e uma no domicílio, em virtude da dificuldade de locomoção do entrevistado. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra, para possibilitar a análise de conteúdo.

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde, n. 196/96.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Minayo (1999), a análise dos dados possui três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder as questões formuladas ou aos pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o tema em estudo, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas foi por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), a qual trata-se de uma técnica de investigação, que tem por finalidade a interpretação das comunicações, utilizando-se de uma descrição objetiva, criteriosa, e quantitativa das mesmas.

Para a análise de conteúdo utilizaram-se os passos de Bardin (1977):

- 1 – Pré-análise: permite a organização do material e o reconhecimento das idéias iniciais do texto. Realizou-se uma leitura de cada uma das entrevistas, com a finalidade de reconhecimento do texto, levantamento das impressões e orientação para o início da análise dos dados.
 - 2 – Fase de exploração: procedeu-se um estudo aprofundado, seguindo os objetivos e o referencial teórico, o que possibilitou uma transformação dos dados brutos do texto, através de recortes, classificação e agregação, chegando a uma representação do conteúdo e posterior categorização.
 - 3 - Fase de tratamento dos resultados: foram estabelecidas relações e deduções subsidiadas pela reflexão e pela fundamentação teórica, as quais permitiram obter os resultados e considerações sobre o estudo.
-

3.5 INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Na década de 80, foi implantada uma metodologia de classificação socioeconômica no HRAC, tendo, como finalidade, traçar o perfil do paciente e família, através de sua condição de vida, proporcionando à equipe o tratamento de forma adequada às expectativas e possibilidades de cada um. Esse sistema de pontuação e categorização permite uma aproximação da realidade em que vive a população atendida pela Instituição (GRACIANO; LEHFELD; NEVES FILHO, 1996).

Estatisticamente, a elaboração desse instrumental voltou-se para um sistema de pontuação simples, que resulta, por correlações, em um tipo de classificação por estratos: Baixa Inferior, Baixa Superior, Média Inferior, Média, Média Superior e Alta.

O instrumental foi revisto e atualizado pelos mesmos autores: Graciano, Lehfeld e Neves Filho (1999), sendo que para chegar ao estrato foi estabelecido um conjunto de relações assimétricas, cujas variáveis independentes são aquelas referentes à renda, número de membros residentes na família, escolaridade, habitação e ocupação. Dispondo de forma correlacionada, os indicadores, determinarão, o número de pontos alcançados e o correspondente estrato da família. (Anexo B)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentadas, inicialmente, as informações obtidas nos prontuários clínicos, que possibilitaram conhecer e analisar algumas condições de vida das pessoas com deficiência auditiva adquirida, com ênfase quantitativa. Após esses resultados, são apresentados os dados da análise qualitativa das respostas às entrevistas, organizados de acordo com as relações familiares, relações sociais e situação profissional, analisando separadamente as falas dos pacientes e dos familiares.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA

Quanto a algumas variáveis sociodemográficas, 62,5% eram homens e 37,5 mulheres. Com relação à idade atual encontrou-se uma maior concentração na faixa etária de 40-44 anos (25,00%), seguida pelas de 45-49, 50-54 e 60-64 (18,75% em cada), 45-49 e 55-59 (12,5% em cada) e um menor percentual na de 65-69 anos (6,25%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos analisados por idade atual e sexo. Bauru, 2006

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
40 - 44	4	25,00	0	0	4	25,00
45 - 49	1	6,25	2	12,5	2	18,75
50 - 54	1	6,25	2	12,5	3	18,75
55 - 59	2	12,5	0	0	2	12,5
60 - 64	1	6,25	2	12,5	3	18,75
65 - 69	1	6,25	0	0	1	6,25
TOTAL	10	62,5	6	37,5	16	100

A variável escolaridade reveste-se de uma importância ímpar ao se caracterizar como uma das determinantes de inclusão social. Nesse aspecto, verificou-se que a maioria das pessoas (62,5%) não concluiu o ensino fundamental,

sendo duas (12,5%) analfabetas. Concluíram o ensino médio 25% das pessoas e o ensino superior, 6,25% (Tabela 2).

Outra informação obtida foi que dos dez casos com menor escolaridade, quatro (25%), encontravam-se na faixa etária de 60 anos ou mais.

Tabela 2 - Distribuição dos casos analisados por grau de escolaridade e sexo. Bauru, 2006.

ESCOLARIDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sem escolaridade	1	6,25	1	6,25	2	12,50
Ens. Fundamental incompleto	5	31,25	3	18,75	8	50,00
Ens. Fundamental completo	1	6,25	0	0	1	6,25
Ens. Médio completo	3	18,75	1	6,25	4	25,00
Superior completo	0	0	1	6,25	1	6,25
TOTAL	10	62,50	6	37,50	16	100,00

Em relação ao sexo, observou-se que mais homens não terminaram o ensino fundamental, em relação às mulheres (31,25% para 18,75%, respectivamente). Já no ensino médio, três, dos quatro que concluíram, eram do sexo masculino.

De acordo com o instrumental do Serviço Social, que avalia a situação socioeconômica familiar em seu contexto, verificou-se que as pessoas analisadas com deficiência auditiva adquirida, pertencem, em sua maioria (62,5%), ao estrato Baixo Superior (Tabela 3), significando que essas dez famílias são compostas, em média, por quatro pessoas, somam renda na faixa de 2 a 4 salários mínimos, possuem até o ensino fundamental incompleto, têm residência própria, mas insatisfatória e são compostas por trabalhadores assalariados.

Tabela 3 - Distribuição dos casos analisados por classe socioeconômica. Bauru, 2006

CATEGORIA	N	%
Baixa Inferior	2	12,5
Baixa Superior	10	62,5
Média Inferior	4	25
TOTAL	16	100

Os dados referentes à idade em que houve a manifestação da deficiência auditiva se fazem importantes na compreensão do presente estudo, pois revelaram em que faixa etária ocorreu com mais frequência e sua distribuição de acordo com o sexo. (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição dos casos analisados por idade na manifestação da deficiência e sexo. Bauru, 2006

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
25 - 29	1	6,25	0	0	1	6,25
30 - 34	1	6,25	1	6,25	2	12,5
35 - 39	3	18,75	1	6,25	4	25
40 - 44	3	18,75	3	18,75	6	37,5
45 - 49	1	6,25	0	0	1	6,25
50 - 54	0	0	1	6,25	1	6,25
55 - 59	1	6,25	0	0	1	6,25
TOTAL	10	62,5	6	37,5	16	100

A perda da audição ocorreu principalmente quando os pacientes tinham entre 40-44 anos (37,5%), seja entre homens ou mulheres, seguidos pelos de 35-39 anos (25,0%), entre os quais predominam os homens (18,75%) e depois pelos de 30-34 anos (12,5%), com uma mesma distribuição entre os sexos (Tabela 4). Verificou-se ainda que a maior concentração de ocorrência do problema deu-se nas idades de 35 a 44 anos, com dez casos (62,5%).

Wilson et al. (1999) ressaltam o peso da deficiência auditiva na população adulta, em um estudo realizado na Austrália, no qual mostraram que 9027 pessoas maiores de 15 anos, (16,6%) possuíam algum comprometimento auditivo. Em nosso país, mais recentemente, Castro (2006), baseado em inquérito domiciliar, em algumas regiões de São Paulo, Botucatu e Campinas, mostrou que a prevalência de deficiência auditiva aumentou com a idade, a partir dos 20 anos e foi maior entre os homens.

Outro dado a ser analisado e que possibilita visualizar a condição da pessoa com deficiência auditiva adquirida refere-se ao comprometimento, ou seja, o grau da perda auditiva nas duas orelhas, se mais ou menos grave e o quanto interfere na qualidade da comunicação, relacionado à idade em que ocorreu. (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição dos casos analisados por grau de perda auditiva e idade de instalação do problema. Bauru, 2006

GRAU DE PERDA	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve-Leve					1	6,25									1	6,25
Leve-Moderado							1	6,25	1	6,25					2	12,50
Leve-Severo													1	6,25	1	6,25
Leve-Profundo	1	6,25					1	6,25							2	12,50
Moderado-				6,25											1	6,25
Moderado			1													
Moderado-							6,25						1	6,25	3	18,75
Profundo					1	6,25	1									
Severo-Severo												1	6,25		1	6,25
Profundo-Profundo							1	6,25							1	6,25
BILATERAL	1	6,25	1	6,25	2	12,50	4	25	1	6,25	1	6,25	2	12,5	16	100,00
Moderado-normal					1	6,25									1	6,25
Severo-normal									1	6,25					1	6,25
Profundo-normal					1	6,25			1	6,25					2	12,50
UNILATERAL					2	12,50			2	12,5					4	25,00
TOTAL	1	6,25	1	6,25	4	25,00	4	25	3	18,75	1	6,25	2	12,50	16	100,00

De acordo com a Tabela 5, a incidência mais precoce do problema é encontrada na faixa etária de 25-29 anos, com um caso de perda bilateral leve em uma orelha e profunda em outra. As maiores ocorrências se deram nas faixas de 35-39 anos, com dois casos bilaterais e dois unilaterais e 40-44 anos, todos bilaterais, dois deles apresentando perda leve em uma orelha, um moderada e profunda. O quarto sujeito, nesta faixa foi o que teve maior comprometimento, dentre os 16 estudados, pois apresentava grau profundo bilateral.

Assim, verifica-se uma distribuição heterogênea nos graus de comprometimento auditivo, nas pessoas analisadas, com deficiência auditiva adquirida, sugerindo diferentes impactos na vida das pessoas, conforme a capacidade de lidar com o problema.

Outros aspectos importantes, no que se refere à perda auditiva adquirida em adultos, além do grau de comprometimento da capacidade de audição, é o tempo decorrido do surgimento do problema, que pode influenciar a adaptação à

nova condição. Na Tabela 6 são apresentadas informações sobre os indivíduos entrevistados.

Tabela 6 - Distribuição dos casos analisados por grau de perda auditiva e tempo de instalação do problema. Bauru, 2006

GRAU DE PERDA	1 a 4 anos		5a 9 anos		10 a 15 anos ou mais		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve-Leve			1	6,25			1	6,25
Leve-Moderado			1	6,25	1	6,25	2	12,50
Leve-Severo			1	6,25		0,00	1	6,25
Leve-Profundo			1	6,25	1	6,25	2	12,50
Moderado-Moderado				0,00	1	6,25	1	6,25
Moderado-Profundo	1	6,25	1	6,25	1	6,25	3	18,75
Severo-Severo	1	6,25		0,00		0,00	1	6,25
Profundo-Profundo		0,00		0,00	1	6,25	1	6,25
BILATERAL	2	12,50	5	31,25	5	31,25	12	75,00
Moderado-normal	1	6,25		0,00		0,00	1	6,25
Severo-normal	1	6,25		0,00		0,00	1	6,25
Profundo-normal	2	12,50		0,00		0,00	2	12,50
UNILATERAL	4	25,00		0,00		0,00	4	25,00
TOTAL	6	37,50	5	31,25	5	31,25	16	100,00

Observa-se que em quatro casos (25,0%), que são também de menor tempo de perda auditiva, as manifestações são unilaterais. Dos demais casos com perda auditiva bilateral, seis (37,5%) apresentam perda leve em uma orelha e poderiam ser considerados do ponto de vista médico, enquanto que os demais seis indivíduos (37,5%) apresentam problemas mais graves em relação à sua audição.

Entretanto, em termos de impacto, de acordo com Vash (1988), aspectos como o tempo e o tipo de deficiência, bem como a aparência, ressaltando-se que nesses casos de deficiência auditiva, esta só é visível com o uso do aparelho de amplificação, não afetam da mesma maneira as pessoas acometidas. A percepção individual e o quanto a deficiência afeta e altera a vida das pessoas é que irá determinar o impacto, daí a importância de se analisar as relações sociais dessas pessoas.

Os sintomas e queixas que levaram ao diagnóstico, relatados com maior frequência, foram crise forte de labirintite (25%), citada por um maior número de pacientes do sexo feminino (18,75%) e o traumatismo crânio encefálico (TCE) (25%). Desses casos de TCE, metade foi ocasionada por acidentes automobilísticos

e a outra metade por quedas. Quanto ao sexo, indivíduos do sexo masculino foram mais afetados (25%). Assim, sendo o TCE considerado como causa externa, de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10, pode ser evitado através de medidas de segurança e prevenção.

Em terceiro lugar, encontram-se 12,5% dos casos, que não associaram a deficiência auditiva a sintomas, causas ou queixas, sendo identificados como “sem fator causal”, ou seja, “acordaram” com a deficiência.(Apêndice B)

O estudo realizado por Byl (1984) mostrou que os sintomas e queixas da deficiência auditiva adquirida mais relatados foram zumbidos (de 70 a 90%) e tonturas (de 20 a 40%). Fetterman et al. (1996) encontraram sintomas vasculares em 43% enquanto que relatos de vertigens (50%) foram descritos por Formigoni et al. (1998).

Com relação à situação de trabalho, antes e após a deficiência, verificou-se que 13 (81,25%), dos 16 casos, estavam exercendo ocupação remunerada na época da ocorrência do problema auditivo e os outros três eram donas de casa. Desses trabalhadores, a maior parte, ou seja, sete (53,85%), continuou na mesma profissão: bibliotecária, caixa, motorista, operário, mecânico, auxiliar administrativo (funcionário público) e auxiliar de serviços gerais.

Quanto aos demais casos (Tabela 7), quatro (30,77%) pararam de trabalhar, dois deles por pedirem demissão, embora um já fosse aposentado e o outro tornou-se dependente, um se aposentou e o último entrou com auxílio doença. Ressalte-se que esses quatro indivíduos apresentavam, em pelo menos uma orelha, perda de grau severo ou profundo.

Dos dois últimos casos, um mudou de profissão após ter sido demitido, embora sua perda auditiva fosse de grau leve e o outro também mudou, por orientação médica, devido ao ambiente ruidoso.

Observou-se que, das pessoas que estavam trabalhando, mais da metade permaneceu na mesma profissão, e 46,15% sofreram alterações na situação de trabalho, o que é significativo para essa população

Tabela 7 - Distribuição dos casos analisados que tiveram modificação na situação profissional após a deficiência

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	ANTES DA DEFICIÊNCIA	APÓS A DEFICIÊNCIA	N	%
Pararam de trabalhar	Comerciante autônomo.	Aposentou-se	1	7,69
	Motorista	Auxílio doença	1	7,69
	Motorista	Pediu demissão / já aposentado	1	7,69
	Cuidadora	Pediu demissão	1	7,69
	Subtotal		4	30,77
Mudaram de profissão	Representante comercial	Foi demitido/mudou	1	7,69
	Serralheiro autônomo.	Mudou	1	7,69
	Subtotal		2	15,38
TOTAL			6	46,15

Antes da deficiência auditiva, apenas três mulheres (18,75%) estavam fora do mercado de trabalho formal. Após a instalação do problema auditivo, somaram-se a elas outras quatro pessoas que deixaram de trabalhar, uma que pediu demissão, uma que passou a receber auxílio pela previdência, uma que se aposentou e outra que se demitiu, mas já era aposentada, totalizando sete (43,75%) dos entrevistados.

No que se refere ao comprometimento auditivo, o caso de ocorrência mais precoce, na faixa etária de 25-29 anos, com perda bilateral leve e profunda, foi da pessoa que mudou de profissão, de serralheiro para vendedor, devido ao ambiente ruidoso que poderia prejudicar ainda mais sua audição. Quanto à pessoa com maior comprometimento, encontrada na faixa de 40-44 anos, com grau profundo bilateral, trata-se de um auxiliar de serviços gerais, que, após o problema ocasionado por trauma cranioencefálico, pôde voltar à sua ocupação.

Assim, a compreensão das conseqüências da deficiência auditiva adquirida, na vida da pessoa adulta, necessita de uma análise individualizada e global sobre todos os aspectos: idade da ocorrência, causa, tipo de limitação e momento de vida profissional, como afirma Vash (1988).

Os resultados reforçam também a necessidade de orientação à pessoa acometida e à família, que pode apoiar e auxiliar na readaptação (Buscaglia, 1997).

4.2 A REAÇÃO FAMILIAR ANTE A DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA

Para um melhor entendimento desse estudo, os resultados da análise qualitativa das respostas às entrevistas são apresentados em categorias, sendo que as falas foram separadas, aparecendo primeiro as das pessoas com deficiência, seguidas das falas dos familiares.

Na percepção da pessoa com deficiência auditiva adquirida, o relacionamento familiar ficou prejudicado, sendo identificadas alterações importantes no seu comportamento e o desconhecimento do problema por parte do deficiente e dos familiares, contribuiu para o agravamento de muitas situações de conflito e estresse.

As frases a seguir exemplificam a situação:

A auto-discriminação

“... talvez a discriminação é minha também entendeu?...porque eu sou uma pessoa vaidosa...quando eu comecei a usar o aparelho eu me senti, me senti mal...eu achava que eu era uma deficiente sabe ...” E. 16 (pac.).

Discriminação do outro

“... às vezes eu tô procurando uma coisa lá: além de ser surdo é cego... porque às vezes ela fala alguma coisa eu não entendo, aí ela grita alto: aí eu esqueci que você surdo ...” E. 17 (pac.)

“... até um preconceito as pessoas quando me chama e eu não respondo, falam: nossa mas parece que você está surda, aí eu falo: não lembra que eu tive um problema de perda de audição ...” E. 18 (pac.)

Dificuldade no relacionamento

“... meus filhos, agora eles estão entendendo, mas no começo foi meio difícil porque, no começo eles achavam que eu estava normal também né... meu filho me chamava às vezes duas vezes, na terceira vez que eu ia perceber, meu marido também né, então ficou um pouco mais difícil né o relacionamento ...” E. 18 (pac.)

“... era muito triste assim porque eu ia conversar, às vezes os meninos conversavam comigo e eu ficava gritando: o que que é... aí entendia errado, eles brigavam comigo o dia inteiro ...” E. 13 (pac.)

Alteração no modo de relacionamento

“... alterou sim, porque quando as vezes ele deita, que eu não quero escutar o que ele fala eu viro desse lado... ele é muito ciumento... ele fica falando e eu não escuto ...” E. 13 (pac.)

Cobrança

“... é porque eu não posso trabalhar né, e tem que ficar dentro de casa parado, e às vezes tem problema por causa disso ...” E. 8 (pac.)

“... você não ouve telefone, não sei o que, eu falo calma, não é por aí né eu tenho problema...tem muita cobrança assim da parte deles, que eu não escuto ...” E 16 (pac.)

A desagregação familiar

“... aí chegou dois cunhado meu e falou, nós vamos levar você pra casa do seu pai, eu tava meio bobão com tanto remédio...puseram eu na casa do meu pai e deixaram eu lá...vai fazer 6 anos que eu não vejo mais(referindo-se ao cônjuge e filhos) ...” E. 11 (pac.)

Vários autores relatam o impacto da deficiência na família, mas, neste estudo, a afirmação de Buscaglia (1997) sobre processo de interação, onde somos influenciados e influenciados e a constante mudança e formação da nossa auto-imagem e do mundo é de grande significado diante dos relatos encontrados. Desse modo, mudanças que implicam em instalação de novas normas na vida significam a introdução de outros padrões, que deverão ser apreendidos e, até que isso aconteça, incorrerão nas situações descritas acima, que remetem ao isolamento, à exploração da própria condição pelo deficiente ou a um potencial desprezo dos familiares.

Exemplos dessa constatação são a vivência de abandono do cônjuge após a deficiência, relatada pelo entrevistado 11, ressaltando a repercussão do problema no meio familiar.

Quando os familiares falam a respeito das alterações vivenciadas, percebe-se:

Dificuldade de aceitação e necessidade de paciência

“... foi difícil de acostumar... o ouvido é mais difícil, você fala uma coisa ele entende outra...ele não era estressado como ele é hoje, hoje vive na base do calmante, tem que ter muita paciência com ele, ele deixa a gente muito fora de si tem hora ...” E. 8 (filha)

“... eu acredito até que eu tenho menos paciência porque ele tem problema...atrapalha... hoje em dia né é um pouco mais irritado...com os filhos ele tem menos paciência ...” E. 3 (cônj.)

“... hoje o menino às vezes evita até conversar com ele, porque é estressante ter que explicar, detalhar... às vezes o menino prefere escrever do que ter que desgastar com ele ... E. 6 (cônj.)

A desagregação familiar

“... quando ele sofreu o acidente ele foi abandonado pela ex-mulher e pelo próprio pai, morava na casa do pai e da mãe, mas não era aquela coisa de família ...” E. 11 (cônj.)

“... uns dois meses para trás nós quase no separamos, foi por esta convivência difícil. Muito ciúme, ele não entende não ouve, eu vou explicar para ele detalhes ele fala, você está mentindo não é isto que a pessoa falou para você...eu fui internada nesta época fiquei quatro dias na UTI, estresse profundo, a pressão subiu demais ...” E. 6 (cônj.)

De acordo com Vash (1988), quando a deficiência se instala após a pessoa atingir a vida adulta, o cônjuge, os filhos e os parentes próximos é que serão mais afetados. Assim sendo, a estabilidade emocional torna-se essencial para enfrentar as dificuldades e facilitar o processo de ajustamento e algumas habilidades podem ser exigidas ao máximo, levando a um estresse na família.

As falas sugerem que as reações dos familiares estão relacionadas com a dificuldade de aceitação, a rejeição, a falta de paciência e o desconhecimento do problema, levando à desagregação familiar e constituindo-se em uma forma de exclusão social.

4.3 AS RELAÇÕES SOCIAIS

Na percepção dos próprios entrevistados com deficiência auditiva, foi possível verificar que passaram a enfrentar os mais diferentes tipos de dificuldades no relacionamento social, os quais podem ser agrupados conforme segue:

Discriminação do outro

“... ela começa a tratar diferente, ela acha que você tem uma deficiência e que ela tem que conversar diferente com você...ela passa a gritar com você sendo que não há necessidade...porque eu já vi muita gente olhar estranho pra mim, quando vê eu de aparelho assim, fala: nossa você é tão bonita, tão nova usando aparelho ...” E. 16 (pac.)

“... às vezes vai na casa de um parente, ele fala: bem eu não vou porque chegar lá às vezes tudo mundo está dando risada de mim, eu não sei se é de mim ou de alguma história mesmo ...” E. 6 (cônj.)

Situações como essas, foram relatadas por Souza e Neves (2005) como algo comum na sociedade, pois pessoas com algum tipo de deficiência física, sensorial ou mental, são vítimas de preconceitos, atitudes discriminatórias e, em muitos lugares, vistas como dependentes. O comportamento da sociedade, referente ao preconceito, ao desconhecimento do problema da pessoa com deficiência, sua capacidade e o fato de não oferecer apoio e oportunidade para a sua inclusão, pode influenciar muito na percepção negativa da sua própria limitação, tendendo a se acentuar na medida em que esse deficiente tenta o seu acesso e sua inclusão no meio social.

Vergonha do problema

“... oh, os parentes, eles quase não percebem, só percebe por causa do aparelho né... quando eles estão falando meio baixo eu dou uma virada assim, mas só assim uns que percebem ...” E. 20 (pac.)

“... o relacionamento com os amigos, com os parentes eu faço o máximo para ninguém perceber...muitas pessoas nem sabem que eu tenho essa perda auditiva ...” E. 18 (pac.)

Encontramos, nesses relatos, a dificuldade de aceitação do problema, aspecto essencial para a compreensão e enfrentamento da deficiência. A aceitação e o apoio da família, a renda, os recursos disponíveis e a presença ou ausência de amigos leais, irão refletir diretamente na forma como a pessoa irá se sentir com relação a ser deficiente, de acordo com Vash (1988). Outras questões que a autora considera que interferem nessa disponibilidade emocional para adaptação à nova situação são o tempo de instalação, o tipo de problema, as funções afetadas, o grau de severidade, a aparência, a estabilidade no tempo, o estilo de vida e o momento

profissional no momento da aquisição da deficiência, ou seja, na forma como ela é percebida e o que a pessoa deixará de fazer. Assim, as pessoas são afetadas de maneiras diferentes, não somente em função dos graus de severidade, mas também por aquilo que está acontecendo no seu meio.

Neste estudo, a presença de perdas unilaterais (4 pessoas) e perdas leves em pelo menos uma orelha (5 pessoas), associada à invisibilidade da deficiência auditiva, a não ser quando o aparelho está sendo usado, facilita que o problema seja escondido ou disfarçado, embora a comunicação fique comprometida e possa levar ao isolamento. A não aceitação da deficiência auditiva, mesmo em graus menos graves, aparentemente simples, traz conseqüências que podem ser danosas à vida da pessoa.

Nesse sentido, Buscaglia (1997) destaca que, além da aceitação da sociedade, os próprios deficientes têm sua parcela de responsabilidade e isso se dá pela insatisfação da pessoa com deficiência em relação à sua posição na sociedade, devendo, nesse caso, superar a dificuldade, reconhecendo suas capacidades e aceitando seus limites reais. As pessoas com deficiência enfrentarão conflitos e preocupações, como problemas nos relacionamentos, frustrações, incertezas, rejeições, sentimento de desvalorização, insegurança e limitações e poderão sucumbir a esses sentimentos e ao desespero.

Situações constrangedoras

“... o duro é quando o celular toca na bolsa, não escuta não. Às vezes a campainha no último volume, maior barulhão, todo mundo fica olhando pra você, aí você se toca, eu coloco pra vibrar senão não tem jeito ...” E. 11 (pac.)

Dificuldade na comunicação

“... numa rodinha de pessoas eu conseguia conversar com todo mundo ao mesmo tempo, conseguia conversar com um ouvindo outro, isso marcou muito pra mim quando eu perdi um lado, eu já não conseguia mais conversar com várias pessoas ao mesmo tempo ...” E. 2 (pac.)

Isolamento

“... de imediato eu me restringi porque eu não conseguia mais conversar com várias pessoas ao mesmo tempo, tinha que ser sempre com uma pessoa só... então eu acabei me intimidando, me restringindo, fiquei insociável, fiquei quieto num canto, num conversava mais ou eu conversava com uma pessoa só ou não conversava com ninguém ...” E. 10 (pac.)

“... antes de ir pra igreja eu ia pro baile, fazer show...antes do problema eu tinha bastante amigos, mas depois do problema que aconteceu meus colegas abandonaram eu... não tenho mais amigo não ...” E. 8 (pac.)

Essas situações revelam o grau de complexidade das relações vivenciadas no dia-a-dia pela pessoa com deficiência auditiva. Eventos que parecem comuns para as pessoas sem deficiência, para eles são constrangedoras, conforme pesquisa realizada por Marin e Góes (2006), onde demonstram que os surdos enfrentam dificuldades em situações que, em geral, são triviais para os ouvintes.

A dificuldade de entendimento e comunicação no grupo social, gerada pela deficiência auditiva, foi relatada pelo entrevistado 10, tendo, como consequência, o isolamento social, ou o abandono dos amigos, como no relato do entrevistado 8. Esse problema pode ser evitado ou amenizado, à medida que a pessoa com deficiência passa por atendimentos especializados e acompanhamento. Através de avaliações específicas, onde serão diagnosticados o grau de perda, a dificuldade de comunicação, a seleção do aparelho aditivo e todo o processo de acompanhamento fonoaudiológico necessário a esses casos, a pessoa terá condições de enfrentar essas dificuldades, conforme observado por Iervolino, Castiglione e Almeida (2003).

Na percepção dos familiares, encontramos relatos significativos sobre as dificuldades enfrentadas no relacionamento social, as questões relevantes que lhes chamam a atenção e que contribuem para o entendimento da exclusão vivenciada pelos deficientes auditivos, retratadas nos exemplos a seguir:

Discriminação do outro

“... também o pessoal tira muito sarro né, tem gente que tira sarro - não tá ouvindo, não sei o quê, tá surdo ...” E. 10 (cônj.)

Zombarias e brincadeiras jocosas foram referidas por Erdman (1993), pois a vergonha de pedir para as pessoas repetirem ou falarem mais alto, faz com que os deficientes auditivos sejam vítimas, o que contribui não somente para o seu isolamento, mas também para situações de estresse, cobrança de si próprio e ansiedade.

Vergonha do problema

“... quem não conhece bem ele a fundo não percebe, ele não deixa perceber que ele tem problema, ele tem um pouco assim de vergonha desse problema dele ...” E. 10 (cônj.)

No caso da pessoa com deficiência auditiva, a vergonha se acentua conforme o grau de dificuldade de comunicação ocasionada pela perda auditiva. De acordo com os relatos, tanto da pessoa afetada quanto dos familiares, conforme a dificuldade de comunicação é menor, o problema não é exposto, o aparelho auditivo é ocultado sob o cabelo ou não é colocado, pois desperta a atenção.

Para Buscaglia (1997), isso ocorre para evitar experiências negativas, pois as pessoas com deficiências tendem a escondê-las ou disfarçá-las, na tentativa de enfrentar as outras num nível de igualdade. Elas sentem-se presas com a deficiência, criando barreiras que as separam das outras pessoas sem deficiência. Quando uma pessoa se sente envergonhada ou constrangida, a tendência é a outra sentir o mesmo e isso pode ser evitado com a tomada de consciência de seu problema e suas limitações.

Dificuldade de relacionamento

“... saía bastante, passeava assim e tinha uma vida bem ativa né. Ia sempre acampar... ou em festas também... quando ele perdeu a audição, ele não conseguiu ir mais em festa nenhuma, não conseguiu mais ficar muito tempo em nenhum lugar ...” E. 10 (cônj.)

“... só vai na casa assim... da minha tia ou de algum parente nosso, vai e volta não fica muito tempo, ninguém consegue ficar muito tempo perto dele... eles falam que só a gente pra agüentar ele... então elas falam que é melhor ele ficar sozinho ...” E. 8 (filha)

Verifica-se, pelas falas dos familiares, que o afastamento ocorreu de duas formas: ou a pessoa com deficiência se afasta, ou os familiares é que se afastam. Essa situação reflete a forma como a própria pessoa enfrenta o problema e a reação do meio social. Conforme Buscaglia (1997), a imagem que a pessoa faz de si mesmo, a forma como encara o problema vai refletir no meio social e familiar. Muito vai depender da própria pessoa com deficiência para superar as dificuldades e barreiras ocasionadas pela deficiência. Na medida em que influenciamos, também somos influenciados, ou seja, a forma como a pessoa com deficiência encara seu problema, fará com que haja também uma modificação no seu meio.

Alteração de comportamento, irritação, nervosismo

“... eu tenho a impressão que ele não ouve muito bem o que os outros falam, então ele procura não conversar e às vezes dá até a impressão de que ele é meio antipático ... corta o assunto rapidinho ...” E. 10 (cônj.)

As alterações de comportamento, o afastamento e a vergonha, descritos por Vash (1988), Buscaglia (1997), Erdman (1993), Boéchat, Russo e Almeida (2003), revelam a importância do entendimento desses aspectos ao se considerar o problema da pessoa com deficiência e o relacionamento social. Reforçam assim a necessidade de acompanhamento profissional especializado para os familiares, a fim de não dificultarem ainda mais a vida do deficiente, que, bem orientado desenvolverá melhor a aceitação, compreensão e superação dos problemas decorrentes da deficiência.

Insegurança

“... ele fica com ciúmes, tem o senhor da quitanda, ele acha que tá interessado em mim ... as pessoas estão conversando ele entende como maldade, com intenções ... ele desconfia de tudo ... ele acha que todo mundo tá falando dele ...” E. 6 (cônj.)

Além dos problemas anteriores, relatados pelos autores acima, mais relacionados às questões de comunicação, Farmer et al. (1988) consideram que a diminuição da mobilidade e devido ao processo de instalação da deficiência, as

peças estão propensas a problemas depressivos mais facilmente do que as não deficientes.

Dependência

“... eu sou intérprete dele. Porque mesmo com um aparelhinho ele sente dificuldade bastante ...” E. 6 (cônj.)

Marin e Góes (2006), em pesquisa realizada sobre a experiência de pessoas surdas, em esferas de atividade do cotidiano, constataram que em lojas, supermercados ou bancos, por exemplo, as relações interpessoais são restritas, pois são espaços onde a comunicação é exclusivamente oral, e as pessoas com deficiência auditiva, mesmo na vida adulta, acabam dependendo da companhia de um familiar ouvinte ou de uma pessoa conhecida.

Esses dados, segundo as autoras, reforçam o fato da pessoa com deficiência auditiva sentir-se estranha nesse meio, dependente e inferior e servem também para demonstrar uma pequena parcela dos problemas que essa população enfrenta em atividades simples do cotidiano, que não deixa de ser uma forma de exclusão social.

Como se observou, tanto na percepção das pessoas com deficiência auditiva adquirida, quanto na de seus familiares, a vergonha do problema foi constatada. Outros problemas foram destacados pelas pessoas com deficiência, como o constrangimento que a surdez provoca em determinadas situações, o abandono sentido e a dificuldade na comunicação. Os familiares perceberam também o surgimento da irritabilidade, nervosismo, dificuldades de relacionamento, insegurança e dependência. A pessoa com deficiência auditiva adquirida, ao encontrar barreiras como a falta de acessibilidade e oportunidade do convívio social, procura o isolamento e pode torna-se dependente, necessitando de outra pessoa para interpretar suas necessidades.

4.4 EXCLUSÃO E INCLUSÃO SOCIAL NO CONTEXTO DO TRABALHO

Autores como Souza e Neves (2005) citam que as pessoas com deficiência, ao enfrentarem o mundo do trabalho, necessitam que a sociedade esteja preparada para recebê-las como pessoas trabalhadoras e capacitadas. Uma das

formas para que isso aconteça é o oferecimento de oportunidades, que irão contribuir para eliminar barreiras sociais, como o preconceito, a não aceitação, a rejeição, o estigma e, dessa forma, promover a inclusão e a autonomia no exercício da cidadania.

Em relação ao mercado de trabalho, neste estudo, foram encontrados relatos de várias dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência auditiva adquirida:

Afastamento

“... ele não quis dar outro serviço para mim não ... mandou eu para o INSS falando isso ... tô encostado pelo INSS ainda ... faz 5 anos e não aposentou ainda ...” E. 8 (pac.)

Volta ao trabalho sem alta ou readaptação profissional

“... quando eu perdi a audição o médico mandou eu me afastar de barulho, então eu tive que mudar de profissão...parti pra vendas, acabou não dando certo...independente de ter ruído ou não, eu não posso viver do jeito que eu estou, então é melhor arriscar a perder um ouvido mas ser feliz fazendo o que eu gosto, tendo condições de manter a minha casa, do que viver em uma situação que não dá satisfação, vou acabar morrendo aí, não estou vivendo, estou apodrecendo ...” E. 2 (pac.)

“... daí eu voltei a trabalhar até sem dar arta prá mim ...” E. 9 (pac.)

A falta de orientação adequada por parte dos profissionais de saúde, o despreparo, a frustração diante dos obstáculos, a ausência de mecanismos de encaminhamento e a readaptação, foi vivenciado pelos entrevistados. Retornar ao trabalho, na mesma função, assumindo os riscos ocupacionais em função de suas necessidades, foi a atitude adotada por uma das pessoas.

Essa situação extrema pode ser atribuída à pouca atenção que as deficiências têm recebido no campo da saúde pública, segundo Castro (2006), devido às mudanças nos conceitos e redirecionamento das políticas, redefinição de valores a que estas estão sujeitas atualmente e também às mudanças pelas quais passa.

Ainda, segundo o autor, a OMS lançou a Classificação Internacional de Incapacidades, Funcionalidades e Saúde (CIF), justamente para normalizar

questões na área da deficiência. Entretanto, o que se observa, no que se refere à situação ocupacional, é que as pessoas com deficiência enfrentam dificuldades na definição de incapacidade, estando sujeitos ao afastamento por meses e anos.

Para o empregador - deficiência é sinônimo de incapacidade

“... você é discriminado também... porque no meu trabalho às vezes tem uns que tira o aparelho auditivo e esconde, porque? Porque a pessoa olha assim e dá aquele impacto... a pessoa perde um pouquinho a confiança em você...será que ele vai escutar direito aquilo lá, será que ele vai entender direito o que eles vão falar? ...” E. 11(pac.)

Em se tratando de surdez, as dificuldades para compreender regras, obrigações e direitos do trabalhador e para conseguir se comunicar com chefes e colegas fazem parte daquilo que a pessoa com deficiência vai enfrentar, conforme relatado por Marin e Góes (2006). Um fator que pode amenizar essa dificuldade de comunicação é a predisposição de algum parceiro ouvinte em colaborar nesse processo de entendimento.

Discriminação do empregador

“... você vai hoje fazer uma ficha, faz de conta... você vai fichar pra uma empresa lá, você vai com o aparelho no ouvido a pessoa já olha você meio torto assim... não posso esconder, você vai fazer uma audiometria vai aparecer lá, aí vai ser negado pra você ...” E. 11 (pac.)

“... eu acho que as pessoas discriminam você entendeu. Então eu acho que a minha possibilidade de emprego vai ficar muito menor sabendo que eu sou deficiente auditiva...pela minha idade e meu problema...a possibilidade deles contratar uma pessoa normal, novinha, porque vai contratar eu...jamaís eles vão falar pra mim que não vão me contratar por causa disso ...” E. 16 (pac.)

Para Souza e Neves (2005), tanto a sociedade quanto à própria pessoa deficiente possuem preconceitos, o que pode ocasionar dificuldades no mundo do trabalho. Para a pessoa deficiente, torna-se mais difícil superar suas dificuldades.

Buscaglia (1997) relata que o preconceito e a discriminação são baseados principalmente em conceitos errôneos, ignorância e que esse preconceito encontra-se também no trabalho, cujo o mercado não somente é restrito para os deficientes, mas é fechado, como o relatam os entrevistados. Quando os

empregadores contratam é por questões de mídia, publicidade, gesto de caridade ou por alguma outra vantagem.

Para Buscaglia (1997), com base em sua experiência em relação ao trabalho de pessoas com deficiência, algumas limitações podem transformar-se em vantagens, como, por exemplo, a surdez pode ser aproveitada em uma fábrica barulhenta, a cegueira, em câmara escura de um laboratório fotográfico. O problema reside na concepção do empregador.

Marin e Góes (2006) apontam, como problemas específicos das pessoas surdas, a resistência dos empregadores, tornando-as vítimas de preconceito, não tendo oportunidades de mostrar suas capacidades ou, quando conseguem uma colocação, sentem dificuldades no relacionamento com os colegas de trabalho e para compreender as regras e rotinas do serviço.

Exploração da deficiência

“... se você tem um trabalho pra ganhar, vamos dizer, quinhentos reais, a pessoa vê que você tem aparelho no ouvido, pode falar: eu vou pagar trezentos reais, que ele é surdo mesmo!...tá fechado o mercado de trabalho pra ele... então o pessoal aproveita também disso aí... vamo pagá um salário mínimo pra você trabalhar 12 horas lá ...” E. 11 (pac.)

A colocação no mercado de trabalho após a deficiência

O despreparo dos empregadores para receber uma pessoa com deficiência auditiva foi retratado pelos entrevistados:

“... porque nem todas as empresas contratam deficientes auditivos né, tem medo em função do barulho, vai gerar mais perda, vai acabar vinculando o funcionário à empresa, não vai poder dispensar ...” E. 2 (pac.)

“... meu genro arrumou pra mim, pra puxar as parede e fazer a pintura. Então eu tava em cima do andaime, me deu tontura, eu caí em cima do andaime de ferro... aí o patrão pegô e mandou embora outra vez ...” E. 9 (pac.)

Um dos maiores obstáculos para a colocação dos deficientes no mercado de trabalho, de acordo com Pastore (2000), é a falta de articulação entre as ações sociais, públicas e privadas e também a ausência de estímulo para que as empresas mantenham seus empregados com deficiências.

Por parte das pessoas entrevistadas com deficiência auditiva adquirida, foram encontradas várias dificuldades relacionadas à colocação no mercado de trabalho, como os exemplos abaixo:

Auto-discriminação

“... uma que, não que eu ache que não conseguisse, é que o medo de chegar a pedir emprego numa firma, me inibia. Medo de procurar, eu tinha medo de conversar, eu tinha medo das pessoas perceberem, então isso restringe um pouco o seu contato com as outras pessoas ...” E. 2 (pac.)

“... olha eu nem menciono que tenho problema de audição ... eu acho que é discriminação de minha parte, eu acho que jogar meu cabelinho por cima assim tampa ...” E. 16 (pac.)

Despreparo para o mercado de trabalho

“... como eu não tinha nenhuma outra profissão, vou partir pra vendas que é o mais comum, então o choque, somente em relação ao salário foi muito forte... saía carregando e saía vendendo nos bares, lanchonetes, supermercados...eu chegava nas pessoas já atrapalhava, então isso gerou, dava raiva de não conseguir desempenhar ...” E. 2 (pac.)

Quando ocorre,a colocação é por favor ou amizade

“... quando eu me recuperei, quem me deu o primeiro emprego foi a K., porque lá me conheciam desde os 14 anos, não pediram audiometria, não pediram nada ...” E. 11 (pac.)

“... eu até fui trabalhar perto de A. Meu genro arrumou pra mim, para puxar as parede e fazer a pintura ...” E. 9 (pac.)

A dificuldade para a contratação da pessoa com deficiência é tratada por Jaime e Carmo (2005), que a relacionam às exigências do mercado de trabalho quanto à qualificação, à competição pelas vagas, ao índice de desemprego no país e ao nível de escolaridade dessas pessoas.

Dentre as alternativas para a colocação no mercado de trabalho estão as relações de amizade, onde a cobrança, devido à deficiência, é superada ou, em outros casos, após a perda auditiva, a pessoa passa a sobreviver fazendo “bicos”, em atividades que podem estar aquém de sua capacidade. Além disso, há também

aquelas circunstâncias que constituem cenário de exploração pela própria condição do deficiente.

Ao perderem a colocação no mercado de trabalho, a situação financeira é alterada, afetando a dinâmica familiar e gerando frustração, situações de insegurança, conflitos e dependência de familiares e conhecidos. Em muitos relatos, ficou clara a mudança da situação de trabalho da pessoa com deficiência, havendo necessidade de ajuda do cônjuge, alterando a posição de chefia na família e levando à dependência total dos familiares:

"... a minha mulher ela trabalhava numa financeira, ela tinha um salário bom... eu não conseguia registrado, só conseguia lá com comissão ..." E. 2 (pac.)

"... eu era divorciado né! ... voltei com a mulher de novo, voltei com as filhas. ... é porque eu não posso trabalhar né ..." E. 8 (pac.)

"... já passei por dificuldades, de não ter nem o que comer dentro de casa eu e ela, de comer arroz e feijão e saladinha ...tanto que é ela que cuida de mim, sou dependente dela em plano de saúde, em tudo ..." E. 11 (pac.)

Por conseguinte, a dificuldade de encontrar uma ocupação, qualquer que seja, além do serviço desejado, renda insuficiente, a auto-estima afetada, e a sensação de incapacidade, acabam gerando a frustração.

Neste estudo, as situações relatadas refletem a condição da pessoa com deficiência auditiva adquirida, destacando as questões da falta de auto-confiança e auto-estima, a baixa escolaridade, o despreparo profissional, a dependência da caridade do outro, ou seja, uma bagagem individual pobre, que se soma à deficiência que foi adquirida na vida adulta e trouxe limitações funcionais, perpetuando ou piorando as relações sociais e a situação econômica e emocional.

Quando a deficiência afeta um membro da família, de acordo com Vash (1988), a estabilidade emocional é fundamental para enfrentar as mudanças e as necessidades de ajustamento. De acordo com a autora, hoje, com as mudanças socioeconômicas, tanto o homem como a mulher trabalham e, conseqüentemente, quando um dos dois tem que deixar a atividade ou carreira para cuidar do outro, isso reflete tanto na situação financeira como no aspecto psicológico.

Esconder a deficiência

“... eu fui lá fazer a ficha eu tirei o aparelho do ouvido e pus no bolso ...” E. 11 (pac.)

“... atualmente eu estou desempregada, estou parada ... olha, eu nem menciono que eu tenho problema de audição eu acho que as pessoas discriminam você entendeu. Então eu acho que a minha possibilidade de emprego vai ficar muito menor sabendo que eu sou deficiente auditiva ...” E. 16 (pac.)

O trabalho é uma das áreas de adaptação em que a pessoa adulta, que adquire a deficiência, encontra mais dificuldade, pois reflete na sua segurança social e econômica. Assim, as limitações ocasionadas pela deficiência afetam a condição profissional e os deficientes vêem-se de imediato como pessoas indefesas, perdidas e dependentes da caridade, não sabendo qual caminho seguir ou as possibilidades e alternativas para o seu caso, precisando de orientação adequada (BUSCAGLIA, 1997).

Na vivência dos familiares da pessoa com deficiência auditiva adquirida, em relação ao trabalho, várias dificuldades foram colocadas e, dentre elas, destacou-se a perda da colocação devido à deficiência:

Afastamento

“... perdeu a vontade para tudo ... eu acho que ela largou, perdeu o interesse... ela trabalhou muito tempo registrada... ela que pediu a conta ... justamente, eu acho que tinha gente até que zombava dela. Isto deve ter influído muito ...” E. 1 (cônj.)

“... ela falou: como que eu vou cuidar de uma pessoa idosa se eu não estou escutando que ela está falando ... porque a pessoa mandava ela ir esquentar o feijão ela ia esquentar outra coisa, então por isso ela não voltou mais a trabalhar ...” E. 10 (filho)

Sentimento de incapacidade

“... ela se sentia inferior... a princípio que eu entendi era isso, que ela deixou de trabalhar porque se achava deficiente ...” E. 1 (cônj.)

“... ele reclama bastante disso, parece que ele ficou menos capaz agora, ele se sente menos capaz ...” E. 3 (cônj.)

As dificuldades existentes no mundo do trabalho e enfrentadas pelos entrevistados foram apontadas por Souza e Neves (2005), que relataram depressão, insegurança, timidez, revolta, inferioridade, medo de aprender, complexo e fraqueza por ter a deficiência. As pessoas enfrentam não só dificuldades pessoais, mas também, dificuldades criadas pela sociedade, sendo que perto das dificuldades impostas pela deficiência, as mais significativas estariam exatamente ligadas à sociedade. De acordo com a pesquisa das autoras, alguns empregadores têm desconhecimento e medo de empregar a pessoa com deficiência, por não conhecerem suas aptidões e talentos e confundirem deficiência com doença.

Falta de paciência dos empregadores

“... porque ela reclamava quando trabalhava, quando alguém pedia para ela alguma coisa, algum superior... eu acho que não o ouvia, as pessoas perdiam a paciência de chamar ela, e acho que ela percebia isso, então ela se achava numa posição inferior ...” E. 1 (cônj.)

Deficiência como sinônimo de incapacidade

Conforme as dificuldades encontradas no mercado de trabalho, sentimentos como os de incapacidade, frustração e apatia instalam-se na vida das pessoas com deficiência.

“... as pessoas perdiam a paciência de chamar ela... então ela se achava numa posição inferior ... ela deixou de trabalhar porque se achava deficiente ...” E. 1 (cônj.)

“... ele se sente menos capa z...” E. 3(cônj.)

“... ele fala que depende de mim... depende do meu plano de saúde ... ele se sente menor perante mim ...” E. 11 (cônj.)

Rejeição

“... ele falou que se sentiu assim inútil, porque ele falou: meu Deus e agora né? ... sabe quando você sente a rejeição, ele sentiu rejeição ...” E. 2 (cônj.)

Segundo Buscaglia (1997), a deficiência é um fenômeno social, assim como mental e físico e diferenças levam à discriminação, rejeição e atribuição de um status social inferior. A maioria das pessoas com deficiência pode vivenciar esses problemas diariamente, quer ocorram de forma dissimulada ou não, sendo difícil fugir à rejeição e sugerindo a necessidade de um meio de instruir as pessoas sobre o assunto.

Para alguns, a colocação no mercado torna-se difícil, conforme o grau da perda auditiva e também quando ela está associada à outra deficiência. A opção para esses casos é a venda de trabalhos manuais, confeccionados por eles ou pelos familiares, caracterizando uma situação de “penalização”, pelo fator da deficiência e suas restrições. As falas retratam ainda o grau de alienação imposta pela deficiência auditiva.

“... ele tinha o trabalho dele como a lojinha. Ele que tomava conta apesar de estar na cadeira de rodas. ... ele ajudava bastante, digo uns 70% era ele quem fazia....ele faz estas atividades de tricô ... artesanato ... ele faz bastante trabalho manual ... eu ensinei ele a fazer ...” E. 6 (cônj.)

“... eu faço outro serviço, eu trabalho de pedreiro...eu trabalho de empreita ...” E. 8 (pac.)

Para Marin e Góes (2006), essa situação acaba por reforçar a idéia da sociedade sobre a pessoa com deficiência, ou seja, de pena, caridade e nesses casos o surdo não se opõe, mas se vê subordinado à marginalização da qual é vítima. Com a deficiência auditiva foram relatadas situações de discriminação no trabalho, conforme retrata a fala:

“... “surdo vem cá”, ele ficava bravo sabe ... quando eles falavam pra ele fazer um serviço ... que ele não ouvia, que ele tava inútil né ... ele é surdo ...” E. 9 (cônj.)

Atitudes desrespeitosas aos trabalhadores com deficiência, citadas por Jaime e Carmo (2005), causam humilhação, que levam o próprio trabalhador com deficiência a pedir demissão, ou, ainda, provocam cobranças de rendimento superior ao sem deficiência, por parte das chefias. Em relação à deficiência auditiva, Erdman (1993) ressalta que é exigida, dos deficientes auditivos, maior atenção nas tarefas, demorando mais na sua execução e refletindo em estresse para o trabalhador. Portanto, um maior preparo das pessoas com deficiência auditiva adquirida e um

melhor esclarecimento aos empregadores e à sociedade em geral são essenciais para a mudança na condição de vida desses trabalhadores.

Em relação às entrevistadas do sexo feminino, não houve relatos de alteração na renda familiar, mas ficou evidente, em dois casos, a dependência dos familiares após a deficiência auditiva, conforme o exemplo abaixo:

“... de repente quando veio a surdez isso tudo ela deixou de fazer, ela começou a se enclausurar dentro de casa ... totalmente dependente da gente ...” E. 1 (cônj.)

A superação

“... hoje ele é técnico em manutenção industrial ... eu creio que ele deu a volta por cima ... ele ficou acho que uns cinco anos fazendo um curso atrás do outro, procurando na internet ... se aperfeiçoando ... hoje a eficiência dele é maior do que a deficiência auditiva ...” E. 2 (cônj.)

A adequação pessoal de cada um ao grau de frustração pode variar, podendo se tornar uma fonte de descoberta de soluções novas e criativas e de alternativas gratificantes e constituindo-se fator de motivação e estímulo. Segundo Buscaglia (1997), as pessoas com deficiência não devem desistir de seus sonhos, mas eles podem ser alcançados através da modificação dos meios para alcançá-los.

De acordo com os relatos apresentados da pessoa com deficiência auditiva adquirida e seus familiares, a respeito das dificuldades encontradas, foi possível avaliar a importância do trabalho em suas vidas, pois, conforme Meda (1998), o trabalho se constitui em uma linguagem, em uma categoria antropológica, que faz parte da especificidade do ser humano. Os dados sugerem a necessidade de adequação das políticas de atenção a esse setor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas com deficiência compõem um grupo social sobre o qual recaem, ao longo da história da humanidade, o estigma, o preconceito, a rejeição e a discriminação. Trata-se de uma população heterogênea, composta por pessoas com deficiência física, mental, auditiva e visual, que possuem diferentes possibilidades de inserção social e que necessitam de uma proposta integrada de políticas públicas de atenção.

Partindo desse contexto da deficiência, este estudo teve por objetivo a análise das implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos, onde, através da percepção dessas pessoas e seus familiares, foi possível conhecer um pouco de sua realidade.

Viu-se, através dos dados quantitativos da população pesquisada, que a deficiência auditiva adquirida afetou mais homens do que mulheres, na faixa etária dos 40-44 anos, com escolaridade baixa e pertencentes à classe socioeconômica baixa superior. Esses dados reforçam a situação apontada por vários autores e também pela Comissão de Determinantes Sociais, de maior atenção às condições de vida e saúde da população.

Verificou-se também a importância de medidas de prevenção, uma vez que as causas externas foram os principais determinantes. Por outro lado, a partir da instalação de uma deficiência, deve-se pensar em um trabalho de divulgação e esclarecimento sobre o assunto, seja para familiares, empregadores e população em geral.

Observou-se uma heterogeneidade nos graus de comprometimento auditivo da população pesquisada, ocasionando diferentes impactos em suas vidas. Fatores importantes como o tempo de instalação da deficiência, o grau de comprometimento, o momento profissional, a situação financeira, o meio familiar, a capacidade da pessoa lidar com o problema e a forma como encara a deficiência devem ser observados e serão eles que irão determinar o impacto.

Viu-se que a discriminação e a vergonha se fizeram muito presentes nas vidas dos deficientes, contribuindo para sua exclusão social. Buscaglia (1997) comentou que a adaptação a qualquer deficiência adquirida, em qualquer idade, exige mudanças, principalmente da pessoa que a adquire (na forma como se vê e

na sua própria imagem perante a família e a sociedade). As mudanças não são imediatas, levam um tempo e dependem da própria pessoa aceitar-se a si própria. Para Souza e Neves (2005), a superação dessas dificuldades está ligada à conquista de autonomia, o que é um desafio para uma pessoa com deficiência auditiva.

O consenso a respeito da família como *locus* privilegiado para o adequado desenvolvimento do ser humano, está consagrado em documentos internacionais e, no Brasil, em sua Constituição. Abordar a problemática familiar constitui uma tarefa difícil e complexa, principalmente quando relacionada ao deficiente.

A comunicação é uma necessidade vital do ser humano. Ela é o elo que mantém a pessoa ativa no seu meio social e familiar e quando há uma diminuição dessa capacidade, logo se percebe a frustração diante da falta de compreensão e, em seguida, o isolamento e a depressão. Esse foi o impacto que emergiu das entrevistas, seja pela autodiscriminação, a discriminação familiar e social e as alterações no relacionamento. De acordo com Vash (1988) e Buscaglia (1997), o impacto se deve ao fato de que quando a deficiência se instala na vida adulta, o cônjuge e os filhos são os mais afetados, alterando a dinâmica familiar e levando, em alguns casos, ao estresse familiar e à desagregação. O fato é que tanto a pessoa com deficiência auditiva como seus familiares necessitam de todo o apoio e orientação adequada para enfrentar esse problema, o que implica em uma política de atendimento que abranja não só os recursos de reabilitação, como o apoio terapêutico a ambos.

Por outro lado, as complicações geradas pela deficiência, como a dificuldade de comunicação e situações constrangedoras por deixar de ouvir, podem ser atenuadas pelos recursos já existentes, como os aparelhos auditivos (IERVOLINO; CASTIGLIONE; ALMEIDA, 2003, BOÉCHAT; RUSSO; ALMEIDA, 2003). Porém, a dificuldade reside, para muitos nas próprias barreiras pessoais de aceitação do problema e também no acesso a esses recursos, que ainda é limitado.

Destaca-se, também, que os entrevistados fazem parte de um grupo que conseguiu ter acesso ao diagnóstico, em um serviço de alta complexidade do Sistema Único de Saúde, não sendo essa a realidade para grande parte da população brasileira. Existe, ainda, uma subestimação da incidência de deficiência

auditiva adquirida, porém, o diagnóstico, o encaminhamento e o tratamento desses casos não são uma realidade.

A partir de 2004, o governo brasileiro lançou a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e a Portaria 587, onde normaliza a implantação de serviços de atendimento a essa população. Mas ainda levará um tempo até ser implantado de fato em todo o país.

Conforme Buscaglia (1997), a área de adaptação mais difícil para o adulto que se torna deficiente é a do trabalho, pois reflete em sua segurança social e econômica. Observaram-se, na população pesquisada, alterações importantes na situação de trabalho, que, analisadas em conjunto com as alterações familiares e sociais, sugerem que a compreensão das conseqüências da deficiência auditiva adquirida em adultos necessita de uma análise individual e global sobre todos esses aspectos.

Apesar de toda legislação e amparo ao deficiente, ainda levará um tempo para que seja assimilada pela sociedade, pelos familiares, empregadores, colegas de trabalho e pela própria pessoa com deficiência. O reconhecimento da capacidade e a potencialidade da pessoa com deficiência auditiva dependerão de estratégias como tempo, recursos para reabilitação, apoio terapêutico, respeito e alternativas de conhecimentos, que garantam acesso à vida em comum na sociedade. Esses são os desafios numa sociedade ouvinte-majoritária.

Diante do objetivo desse estudo de analisar as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos, ficam aqui essas considerações, que não se esgotam nesse momento, representam apenas o começo de uma longa discussão sobre o tema. Que os dados levantados possam alertar os profissionais de saúde sobre o assunto, contribuir para a implantação de medidas de prevenção e atenção à deficiência auditiva adquirida na vida adulta e no subsidio de políticas públicas de saúde nesse setor.

6 REFERÊNCIAS

1. ARROYO, M. **Exclusão x inclusão**. Fraternidade Cristã de pessoas com deficiência no Brasil. Disponível em: <http://www.fraterbrasil.org.br/exclusao_x_inclusao.htm> Acesso em: 24 mar. 2007.
 2. ASSUNÇÃO, A. A . Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.
 3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.
 4. BARRETO, M. Lesões por esforços repetitivos (LER): que danos causam no cotidiano das mulheres. In: OLIVEIRA, E. M. SCAVONE, L. (Orgs.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: Editora AB, 1997. p. 87-98.
 5. BERCOVICH, A. Uma radiografia da população brasileira com deficiência. **Revista Educação e Família**, São Paulo, v.5, n.1, p.55-57, 2005.
 6. BINDER, M. C. P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes de trabalho em localidade do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 409-416, ago. 2003.
 7. BOÉCHAT, E. M.; RUSSO, I. C. P.; ALMEIDA, K. Reabilitação do adulto deficiente auditivo. In: ALMEIDA, K.; ÍÓRIO, M. C. M. **Próteses auditivas: fundamentos teóricos e aplicações clínicas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003. p. 437-446.
 8. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 25 jul. 1991. Disponível em: <http://www.cna.org.br/RelacoesTrabalho/Previdencia/Lei8213.htm>. Acesso em: 20 mar. 2007.
-

9. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 3298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília. Disponível em: <http://www.cedipod.org.br/dec3298.htm>. Acesso em: 21 mar. 2007.
10. BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: IMESP, 1988.
11. BRASIL. Portaria GM/MS n. 2073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Ministério da saúde**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>. Acesso em 10 jan. 2006.
12. BRASIL. Portaria do MS N. 587, de 7 de outubro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Ministério da saúde**. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/coneudo2.php?id=301>. Acesso em: 10 jan. 2006.
13. BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. Rio de Janeiro: Nova Era, 1993. 415p.
14. BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 1997. 418 p.
15. BYL JUNIOR, F. M. Sudden hearing loss eight years experience and suggested prognostic table. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 94, n. 5, pt.1, p. 647-661, May 1984.
16. CARMO, J. C. et al. Acidentes do trabalho. In: MENDES, R. (Org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 431-455.
17. CASTRO, S. S. **Prevalência de deficiências e estado de saúde dos deficientes**: inquéritos de saúde de base populacional realizado em municípios do Estado de São Paulo. 2006.140 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

18. CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 11, n. 2, p. 3-17, ago./dez. 2002.
19. COHN, A. et al. **Acidentes do trabalho**: uma forma de violência. São Paulo: Brasiliense, 1985. 158 p.
20. ERDMAN, S. A. Counseling hearing impaired adults. In: ALPINER, J. G.; MACCARTHY, P. A. **Rehabilitative audiology**: children and adults. Baltimore: Williams Wilkins, 1993. p. 374-413.
21. ESCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 276 p.
22. FARMER, M. E. et al. Physical activity and depressive symptoms: The NHANES I epidemiologic follow-up study. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 128, n. 6, p.1340-1351, Dec 1988.
23. FERREIRA, L. A. M. A inclusão da pessoa portadora de deficiência e o Ministério Público. **Instituto Integrar**. Disponível em: <<http://www.institutointegrar.org.br/arquivos/A%20INCLUSO%20DA%20PESSOA%20PORTADORA%20DE%20DEFICIENCIA.doc>>. Acesso em: 24 abr. 2007.
24. FETTERMAN, B. L.; LUXFORD, W. M.; SAUNDERS, J. E. Sudden bilateral sensorineural hearing loss. **Laryngoscope**, St. Louis, v. 106, p. 1347-1351, Nov 1996.
25. FORMIGONI, L. G. et al. Tratamento da surdez súbita; experiência do serviço de otoneurologia do HC/FMUSP. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 4, p. 329-334, 1998.
26. FRETIGNÉ, C. **La sociologie de l' exclusion**. Paris: Harmattan, 1999. 208p.
27. GALINDO, C. **Surdez súbita**. Disponível em : <<http://www.forl.org.br/seminários>>. Acesso em: 14 mai. 2004.
28. GIANNASI, F. A precarização do trabalho da mulher e seus impactos sobre a saúde. In: OLIVEIRA, E. M. SCAVONE, L. (org.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: Editora AB, 1997. p. 81-85.

-
29. GRACIANO, M. I G.; LEHFELD, N. A. S.; NEVES FILHO, A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização II. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 5, n. 2, p. 171-201, 1996.
30. GRACIANO, M. I G.; LEHFELD, N. A. S.; NEVES FILHO, A. Critérios de avaliação para classificação sócio-econômica: elementos de atualização II. **Serviço Social e Realidade**, Franca; v. 8, n. 1, 109-128, 1999.
31. GUGEL, M. A. et al. **Pessoa portadora de deficiência artigos e pronunciamento: O trabalho do portador de deficiência**. Disponível em: <[http:// www.pgt.mpt.gov.br](http://www.pgt.mpt.gov.br). Acesso em 25 mai. 2005.
32. HAZARD, D. **Direitos à vista no Brasil da deficiência**. Vida Brasil. Disponível em: <http://www.vidabrasil.org.br/oktiva.net/1355/nota/29791>. Acesso em: 24 abr. 2007.
33. IERVOLINO, S. M. S; CASTIGLIONI, M.; ALMEIDA, K. A orientação e o aconselhamento no processo de reabilitação auditiva. In: ALMEIDA, K.; IORIO, M. C. M. **Próteses auditivas: fundamentos teóricos & aplicações clínicas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003. p. 421.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: resultados do universo: tabela - população residente, por tipo de deficiência, segundo o sexo e grupos de idade - Brasil**. IBGE- Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. 2000a. Disponível: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000pra.csp?o=6&i=P>. Acesso em 14 jul. 2006.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: resultados do universo: Tabela – população residente, por tipo de deficiência, faixa etária e região demográfica**. 2000b. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&o=2&e-l&c=2111>. Acesso em 06 jun. 2007.
36. JAIME, L. R.; CARMO, J. C. **A inserção da pessoa com deficiência no mundo do trabalho: o resgate de um direito de cidadania**. São Paulo: Autores, 2005. 204 p.
37. KARIKOSKI, J. O.; MARTTILA, T. I. Prevalence of childhood hearing impairment in Southern Finland. **Scandinavian Audiology**, Copenhagen, n. 24, p. 237-241, 1995.
-

-
38. KLEIN, M. Os discursos sobre surdez, trabalho e educação e a formação do surdo trabalhador. In: SKLIAR, C. (org.). **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 75-93.
39. MAIA, R.A.; CAHALR, S. Surdez súbita. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, 238-248, mar./abr. 2004.
40. MARIN, C. R.; GÓES, M. C. R. A experiência de pessoas surdas em esferas de atividade do cotidiano. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 26, n. 69, 231-249, mai./ago. 2006
41. MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. 3v.
42. MÉDA, D. **El trabajo**. Barcelona: Gedisa, 1998. 287 p.
43. MENDONÇA, E. Inclusão social: seu papel na transformação da sociedade. **Revista Mercado**. Disponível em <http://www.revistamercado.com.br/mercado.qps/Ref/RHSR-6QGQVF>. Acesso em 15 fev. 2007.
44. MERCADO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.
45. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269 p.
46. MORITA, I. A questão do trabalho: análise conceitual de uma variável fundamental na reprodução social. **Revista Ciências Sociais e Unisinos**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 2. 82-88, mai./ago., 2005.
47. NASCIMENTO, E. P. do. Globalização e exclusão social: fenômenos de uma nova crise da modernidade. In: DOWBOR, L.; IANNI, O.; RESENDE, P. E. A. (Org.). **Desafios da globalização**. São Paulo: Vozes, 1994. p. 43-58.
48. OLIVEIRA, F. ; PAOLI, M. C. P. M. (Org.) **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia globais**. Petrópolis: Vozes, 1999. 335p.
-

-
49. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência**. Resolução aprovada pela Assembléia geral das Nações Unidas em 09 dez. 1975.
 50. PARVING, A. As deficiências auditivas na infância-epidemiologia e etiologia. **Anais Nestlé**, São Paulo, v. 50, p. 13-17, 1995.
 51. PASSAURA, L. A família na contemporaneidade e os impactos sociais. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 14, n. 2, p. 197-208, 2005.
 52. PASSOS, O. O. Interdisciplinaridade e surdez. In: CONGRESSO INTERNACIONAL,3; SEMINÁRIO NACIONAL DO INES, 9., 2004. Rio de Janeiro. Educação de Surdos: múltiplas faces do cotidiano escolar . **Anais...** Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Educação de Surdos, 2004. p. 142.
 53. PASTORE, J. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência**. São Paulo: LTr, 2000. 245 p.
 54. PAUGAN, S. **L' exclusion, l' etat dês saviors**. Paris: Seuil, 1996. 582p.
 55. PELLEGRINI FILHO, A. **Compromisso com a ação**. Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/compromissoconacao.htm>. Acesso em 10 ago. 2006.
 56. PENNACHI, M. I. T. **Procedimento de seleção de aparelhos de amplificação sonora individuais para uma população de deficientes auditivos neurossensoriais institucionalizada**. 1997. 170 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
 57. PERLIN, G. T. T. Identidades surdas. In: SKLIAR, C. (org.). **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 51-74.
 58. PIATTO, V. B. et al. Perspectivas para triagem da deficiência auditiva genética: rastreamento da mutação 35 delG em neonatos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, 139-142, mar./abr. 2005.
 59. POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 93-313.
-

-
60. PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 168-175, abr./jun. 1992.
61. PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, 1994. p. 387-391.
62. RATTNER, H. Exclusão Social. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 65, out. 2006. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br>. Acesso em 16 fev. 2007.
63. RIBAS, J. B. C. **As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira**. Brasília: CORDE, 1997. 52 p.
64. RIBEIRO, E. M.; PINHEIRO, S. A prevalência de portadores de deficiência na população do Parque Antonio Vieira – Juazeiro do Norte/CE. **RBPS**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 3-7, 2004.
65. RIGOTTO, R. M. As tramas da desigualdade e as nossas tramas em trabalho, meio ambiente e saúde. In: GOMES, A. (org). **O trabalho no século XXI: considerações para o futuro do trabalho**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2001. p. 199-218.
66. RODRIGUES, A. F. P. **Intervenção do serviço social junto a casos de abandono de tratamento: relações de parceria entre o HRACF e promotoria**. Bauru: HRACF-Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais – Universidade de São Paulo, 1998. (Relatório Final FUNCRAF, período de abril/1997 a junho 1998).
67. ROSA, M. R. D.; RIBAS, A.; MARQUES, J. M. **Percepção auditiva para sons verbais e não-verbais em um grupo de idosos portadores de perda auditiva**. *Revista Fonoaudiologia Brasil*, v.4, n.2, 2006. Disponível em: http://www.fonoaudiologia.org.br/revista/vol4-2_06/materia4-1.htm. Acesso em: 13 jun. 2007.
68. ROY, L. **Políticas setoriais e por seguimento: pessoas portadoras de deficiência**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Capacitação em serviço social e política social*. Brasília: CFESS, 2000. Módulo 3. p. 216-227.
-

-
69. RUSSO, I. C. P., ALMEIDA, K. O processo de reabilitação audiológica do deficiente auditivo idoso. In: MARCHESAN, I. Q. (Org.). **Tópicos em fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise, 1995. p. 429-446.
70. RUSSO, I. C. P.; SANTOS, T. M. M. **A prática da audiolgia clínica**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 253p.
71. SARTI, C. A. V. **Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças?**.Goiânia: Editora AB, 1997. p. 54-56,
72. SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997. 174p.
73. SASSAKI, R.K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 6. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2005. 176 p.
74. SILVA, M. L.; LESSA, S. Z. G. Práticas do serviço social na área hospitalar o que mudou. In: SILVA, J. O. (org). **Práticas do serviço social: espaços tradicionais e emergentes**. Porto Alegre: Dacasa, 1998. p. 117-130.
75. SORJ, B. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 43, p. 25-26, 2000.
76. SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. Disponível em: [http:// www.dpi.inpe.br/geopro/exclusão.pdf](http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusão.pdf). Acesso em 16 fev. 2007.
77. SOUZA, V.C.; NEVES, N.P. Enfrentando o mundo do trabalho: relatos orais de pessoas com deficiências. **Serviço Social & Realidade**, v. 14, n. 2, p. 1-258, 2005.
78. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.
79. VASH, C.L. **Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação**. São Paulo: Pioneira : Universidade de São Paulo, 1988. 186 p.
80. VILHENA, O. **Direitos Humanos: base para uma sociedade inclusiva**. Disponível em: http://www.bancoreak,cin,br/sustentabilidade/pdf/artigo_oscar_vilhena_v.final.pdf. Acesso em: 15 fev. 2007.
-

-
81. YASBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
82. WILSON, D. H. et al. The epidemiology of hearing impairment in Australian adult population. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, p. 247-252, 1999.
83. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde**: aprendendo com experiências anteriores. 2005. Disponível em: http://www.who.int/social_determinantes/em/. Acesso em 20 jan. 2007.
84. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of deafness and hearing impairment**. [online]. 2006a [1 tela]. Disponível: URL: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/. Acesso em: 22 mai. 2006.
85. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Grades of hearing impairment**. [online]. 2006b. Disponível em: http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/print.html. Acesso em: 26 mai. 2006.
86. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 10 ago. 2006c.
87. ZIONI, F. **Exclusão social**: noção ou conceito? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 15-29, set.-dez. 2006.
88. _____ **Código Internacional de Doenças – CID 10**. Disponível em <http://www.fau.com.br/cid/webhelp/cid10.htm>. Acesso em 06 jun.2007, 16:38.
89. _____ **Declaração de Madri**. A não discriminação e a ação afirmativa resultam em inclusão social. Disponível em: www.entreamigos.com.br/declaracao.html. Acesso em 24 abr. 2007.
90. _____ **O que as empresas podem fazer pela inclusão das pessoas com deficiência** / coordenação Marta Gil. São Paulo: Instituto ETHOS, 2002.
91. _____ Organização Internacional do Trabalho. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Deficiente. **Oportunidade de Trabalho para**
-

portadores de deficiência: um guia para as organizações de empregadores. Brasília: CORDE, 1994.

92. _____ **Perda auditiva lentamente progressiva.** Disponível em: www.pavan.med.br/otosclerose.htm. Acesso em: 13 jun. 2007.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

1 - Descreva como era sua vida antes da deficiência auditiva.

2 - Descreva como era sua vida após a deficiência auditiva.

No decorrer da entrevista, conforme a necessidade, foram introduzidas as questões norteadoras, como a descrição da vida familiar e social e a situação de trabalho antes e após o diagnóstico da deficiência auditiva, buscando averiguar se houve alterações no cotidiano e verificar a exclusão e inclusão sociais nesse contexto.

- Como era o relacionamento familiar: o convívio, união, desunião, atritos, conflitos, paciência, irritação, nervosismo.
 - Como era o lazer e quais as formas de lazer.
 - Como era o relacionamento social: união, desunião, acolhimento, isolamento.
 - Qual a situação de trabalho antes e após a deficiência: trabalhava, não trabalhava, qual atividade exercia, forma de contratação, relacionamento no trabalho.
-

APÊNDICE B - Distribuição dos casos pesquisados por sintomas e queixas associados à deficiência auditiva adquirida, segundo sexo e idade. Bauru, 2006

i.	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	N	%
SINTOMAS																
Gripe forte, zumbido					1		1								2	12,5
Estouro no ouvido	1														1	6,25
Crise forte de labirintite			1	1			2								4	25,0
TCE=acidente automobilístico.					1		1								2	12,5
TCE = atropelamento, queda					1		1								2	12,5
Internação para tratamento											1				1	6,25
Infecção																
Ototóxico									1						1	6,25
Trauma													1		1	6,25
Sem fator causal, acordou com ela									1					1	2	12,5
i.	1		1	3	1	2	3	2		1		1	1		16	100
i.	6,25		6,25	25,0	31,25	12,5	6,25	12,5		6,25		12,5			100%	

APÊNDICE C - Caracterização das pessoas com deficiência auditiva adquirida, da área de Saúde Auditiva. Bauru, 2006

SUJEITO	IDADE MANIF. PROBL.	SEXO	ESCOLARIDADE	CLASSE SOCIAL	IDADE ATUAL	PERDA OD	PERDA OE
1	43	F	Ens. Fund. Inc.	MI	52	leve	prof
2	25	M	Superior inc.	MI	40	leve	prof
3	39	M	Ens.Fund.Comp	BS	43	mod	normal
4	44	M	Ens.Fund. inc.	BS	60	prof	mod
5	47	M	Ens.médio com.	MI	58	leve	mod
6	52	M	Ens.Fund. inc.	BS	56	severa	severa
8	38	M	Ens.Fund. inc.	BS	42	prof	mod
9	41	M	analfabeto	BI	53	prof	prof
10	55	F	analfabeto	BS	61	prof	mod
11	35	M	Ens.médio com.	BS	43	leve	leve
13	44	F	Ens.Fund. inc.	BI	49	leve	mod
16	33	F	Ens.médio com.	BS	52	mod	mod
17	47	M	Ens.Fund. inc.	BS	48	severa	normal
18	43	F	Sup. completo	MI	47	normal	prof
20	59	M	Ens.Fund. inc.	BS	65	severa	leve
27	38	F	alfabetizada	BS	61	normal	prof

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ portador de RG: _____
Residente à Rua: _____
Cidade/Estado; _____ responsável pelo (a)

_____ matriculado no HRAC, com o N _____, concordo em participar (autorizo sua participação na)* pesquisa de Título: “IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA ADQUIRIDA EM ADULTOS”, realizada por Madalena Aparecida Silva Francelin, CRESS n. 13.884, sob orientação da Dra. Ione Morita, socióloga da UNESP/Botucatu, respeitando o art. 15 do Código de Ética do Assistente Social. A referida pesquisa tem como Objetivo geral: Analisar as implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. Objetivos específicos: caracterizar as pessoas com deficiência auditiva adquirida e analisar a vida familiar, social e as condições de trabalho. Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode, a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas serão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 15 do Código de Ética do Serviço Social).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente (responsável)*

Em caso de menor de 21

Nome do pesquisador responsável: Madalena Ap. Silva Franceliin.

Bauru, SP. Telefone: 3235 8191 (14), Ramal 217.

Endereço Institucional: Rua Benedito Moreira Pinto, 8-81, Jd. Panorama, Bauru/SP.

ANEXO B - Classificação Socioeconômica

Ficha do Serviço Social

RG nº -

I - Investigação Diagnóstica

1 - Classificação Sócio-Econômica: _____ Total pontos:
 () N/C () F - BI () E - BS () D - MI () C - M () B - MS () A - AL
 00 +20 20 +30 30 +40 40 +47 47 +54 54 +57

OBS.: Alteração da Tabela () Sim () Não Esp. _____

2 - Situação econômica da família: _____ salários mínimos

Pontos		Renda bruta mensal	Especificação
21	()	acima de 100 SM	_____
18	()	60 + 100 SM	_____
14	()	30 + 60 SM	_____
12	()	15 + 30 SM	_____
9	()	09 + 15 SM	_____
5	()	04 + 09 SM	_____
3	()	02 + 04 SM	_____
2	()	1/2 + 02 SM	_____
1	()	0H 1/2 SM	_____

Tipo de rendimento:

() salário () retirada pró-labore () rendimento financeiro () aluguéis () honorários
 () aposentadoria () pensionista () outros. Especificar: _____

3 - Número de membros residentes da família / Especificação: _____ pessoas

Pontos		Especificação / Relações (religião)
6	()	até 2 _____
4	()	2 + 4 _____
3	()	4 + 6 _____
2	()	6 + 8 _____
1	()	acima de 8 _____

4 - Escolaridade - Maior nível educacional / responsável * _____

Pontos		Nível educacional	Especificação /Vínculo/Relações
7	()	1-Superior	_____
5	()	2-Superior incompleto / 3-Colegial completo	_____
4	()	4-Colegial incompleto / 5-Ginásio completo	_____
3	()	6-Ginásio incompleto / 7-Primário completo	_____
2	()	8- Primário incompleto	_____
1	()	9-Sem escolaridade / alfabetizado	_____
0	()	10-Sem escolaridade / analfabeto	_____
N	()	11-Sem idade escolar	_____

5 - Habitação / Situação _____

6 - Habitação / Condição _____

Situação - Pontos					Condição / Acomodações	
1 - Prec.	2 - Ins.	3 - Reg.	4 - Boa	5 - Ótima	()	
6	7	8	9	10	()	1 - Própria
5	6	7	8	9	()	2 - Financiada
4	5	6	7	8	()	3 - Alugada
2	3	4	5	6	()	4 - Cedida
0	0	0	1	2	()	5 - Outras. Espec.

Obs.: Número de cômodos _____ cômodos

continuação

7 - Tipo: _____
 1. tijolos 2. madeira 3. tijolos e madeira 4. outros Espec.: _____

8 - Zona (localização): _____
 1. rural 2. urbana 3. suburbana

9 - Infra-estrutura: _____
 1. água encanada 2. mina 1. esgoto 2. fossa 1. luz elétrica 2. lamparina

10 - Nível Ocupacional: _____
 1. ativo 2. aposentado 3. pensionista 4. desempregado

Ocupação - Maior nível ocupacional / responsável _____

Pontos		Especificação /Vínculo/Relações
13	()	1. Empresários
11	()	2. Trabalhadores da alta administração
10	()	3. Profissionais liberais autônomos
9	()	4. Trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos
7	()	5. Trabalhadores assalariados
7	()	6. Trabalhadores por conta própria/autônomos: Com empregado
6	()	7. Sem empregado
5	()	8. Pequenos produtores rurais: com empregado
3	()	9. Sem empregado
3	()	10. Empregados domésticos: urbanos
2	()	11. Rural
1	()	12. Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados

11 - Setor: _____
 1. primário (recursos da natureza) 2. secundário (atividades industriais) 3. terciário (comércio e prestação de serviços)
 Observação: 1. público 2. privado _____

II - Recursos para Reabilitação

Cidade / Estado (trajeto) _____ Hs ou Km: _____

Recursos para retornos (próprio, C.A., T.F.D., Coordenadores, Associações) _____

Prazo para comunicação de retorno: _____

Periodicidade dos retornos: _____

Recursos para tratamento local (odonto, fono, etc): _____

Expectativas: _____

Problemas de saúde ou deficiências: _____

III - Parecer / Intervenção do Serviço Social:

Data: _____ / _____ / _____ Assistente Social: _____

Código CPD

09/97

Orientações sobre a elaboração da classificação socioeconômica

A valoração segue a escala da menor complexidade e necessidades para a maior complexidade e necessidades, tanto nos intervalos internos dedicados a cada um dos quadros, quanto no somatório final dos estratos. A incorporação de variáveis adicionais com potenciais explicativos favorece uma visão conjunta da família, o que possibilita a síntese de novos aspectos sobre a classificação da família e a correção de possíveis erros de informação. A pontuação de cada quadro pode ser examinada a seguir, de acordo com o critério de valoração, do menos complexo ao mais complexo:

Quadro 1 - Situação econômica da família - o termo rendimento expressa a maneira pela qual se dá a distribuição da renda para as diversas classes e segmentos sociais, em uma economia monetária capitalista, ou seja, o rendimento é caracterizado pelos salários, lucros, rendimentos financeiros, honorários e aposentadorias, obtidos pelas categorias sociais e profissionais, ocupadas nos diversos setores da economia. Os intervalos correspondem aos dados obtidos nas estimativas salariais das diversas categorias profissionais e estão referenciados às ocupações e setores econômicos.

Quadro 2 - Número de membros residentes da família – Nesse quadro pontuam-se, com um peso maior, aquelas famílias, cujo número de membros é menor e leva em consideração somente “residentes”, o que expressa a restrição e a relação que deve haver entre a família e os moradores da mesma residência, recortando-a espacialmente.

Quadro 3 - Escolaridade dos membros da família – É levantado o nível de escolaridade, onde o maior nível declarado do responsável é que determina o número de pontos obtidos.

Quadro 4 - Habitação – Permite a coleta de informações qualitativas da situação de moradia. As informações são variáveis cujo valor está associado à infraestrutura física e de bem estar socioeconômico da família. Nessa perspectiva os

pontos dos limites inferiores e superiores são determinados pela condição: precária, insuficiente, regular, boa e ótima. Considera-se também a condição de posse e propriedade da moradia, que determina os valores possíveis a serem alcançados, bem como a localização da residência (rural ou urbana).

Quadro 5 - Ocupação dos membros da família – Para a pontuação é considerado o maior nível ocupacional do responsável. As categorias distribuem-se de acordo com sua inserção na ocupação, tendo como critério, a propriedade que exerce sobre seus meios de produção ou de trabalho, ou seja:

- **Empresário:** o proprietário do negócio que dirige e responsável pelas decisões, em última instância, sobre produção, preços, investimentos, etc, da empresa.
 - **Trabalhadores da Alta Administração:** compreende os associados aos empresários no gerenciamento de seus negócios e recursos diversos.
 - **Profissionais Liberais Autônomos:** são, por definição, os segmentos que vendem serviços a terceiros e proprietários dos meios de trabalho e de produção necessários a esse fim.
 - **Trabalhadores Assalariados Administrativos, Técnicos e de ocupação científica:** definem-se pela inserção em atividades de escritório ou de rotina, cujo dado fundamental é o distanciamento das decisões da Alta Administração, associado ao fato de venderem sua força de t, inseridos no processo de produção de mercadorias, bens e serviços.
 - **Trabalhadores por conta própria:** vendedores de mercadorias, bens e serviços inseridos em suas atividades, com algum meio de trabalho ou de produção.
 - **Pequeno Produtor Rural:** produtor de mercadorias do setor agropecuário que usa seu trabalho pessoal e da família, e também o trabalho de empregado, restringido, sempre pelo tamanho da área de produção, tipo de contrato e, às vezes, condição da propriedade.
 - **Empregado Doméstico:** aquele que vende serviço ou força de trabalho para domicílios.
-

- Trabalhadores Rurais Assalariados, Volantes e Assemelhados: trabalhadores assalariados ou vendedores de mercadorias ou serviços temporários e precarizados.
- Aposentado: essa categoria está relacionada à ocupação em vigor e sua respectiva pontuação.