



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

**ISABELA CARDOSO NASCIMENTO**

ACESSO À SAÚDE E OS DIREITOS DAS PESSOAS SURDAS:  
uma revisão bibliográfica

Rio de Janeiro  
2019

ISABELA CARDOSO NASCIMENTO

ACESSO À SAÚDE E OS DIREITOS DAS PESSOAS SURDAS:  
uma revisão bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Miriam Ventura da Silva

Rio de Janeiro

2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABELA CARDOSO NASCIMENTO

ACESSO À SAÚDE E OS DIREITOS DAS PESSOAS SURDAS:  
uma revisão bibliográfica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Ventura da Silva (Orientadora)

IESC/UFRJ

---

Titulação. Nome Completo

Instituição

---

Titulação. Nome Completo

Instituição

A toda comunidade surda e principalmente aos meus pais, Patrícia e Gabriel.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Miriam Ventura, minha orientadora, que com tanto zelo, dedicação e paciência se dispôs a fazer essa descoberta; Ao corpo docente e técnico do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, que se fez presente na construção de uma boa formação e auxílio em todos os momentos da graduação; Em memória ao querido Marcelo que esteve desde o dia da matrícula ao dia da defesa deste trabalho; Agradeço às minhas queridas amigas de curso, que acompanharam essa jornada desde o início; Agradeço aos amigos de longe e de perto pelas palavras de apoio e incentivo; Agradeço ao meu melhor amigo e companheiro de vida, Renan, pelo papel incentivador de um futuro brilhante; Por fim agradeço aos meus irmãos por serem o motivo de tudo que busco e aos meus pais por serem o motivo de tudo que sou.

*“Quando eu aceito a língua de outra pessoa, eu aceito a pessoa. Quando eu rejeito a língua, eu rejeitei a pessoa porque a língua é parte de nós mesmos. Quando eu aceito a língua de sinais, eu aceito o surdo, e é importante ter sempre em mente que o surdo tem o direito de ser surdo. Nós não devemos mudá-los, devemos ensiná-los, ajudá-los, mas temos que permitir-lhes ser surdo.”*

***Terje Basilier***

## RESUMO

NASCIMENTO, Isabela. **Acesso à saúde e os direitos das pessoas surdas**: uma revisão bibliográfica. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O acesso à saúde pode ser entendido como resultante da relação entre os indivíduos com e nos diversos contextos (jurídicos, sociais, culturais, políticos e econômicos), que se traduzirá em melhores ou piores condições de saúde. Seu estudo nos permite identificar esses diferentes aspectos e as possíveis barreiras encontradas no serviço de saúde. O Decreto Presidencial n.º 5626/05 define a pessoa surda como: “aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)”. A pessoa surda pode apresentar identidades diferentes, ela pode ser detentora ou não da língua de sinais, adepta ou não da cultura e comunidade surda. Sabendo das dificuldades enfrentadas por este segmento no setor saúde do país o estudo justifica-se no sentido que a identificação das dificuldades enfrentadas pelo surdo apontadas nos estudos podem colaborar na formulação de políticas e na gestão dos serviços. O objetivo deste trabalho é analisar como vem sendo efetivado o acesso à saúde das pessoas surdas, na perspectiva do direito à saúde. Quanto ao método, foi realizada uma revisão bibliográfica, onde se priorizou a busca de experiências e análises de programas e práticas de saúde em relação ao acesso à saúde de pessoas surdas. Os resultados encontrados apontam a comunicação como a principal barreira de acesso à saúde da pessoa surda, gerada pela falta de capacitação dos profissionais de saúde, de todas as categorias, na língua de sinais, que por sua vez é garantida pela Lei Federal 10.098/2000 que estabelece que o Poder Público deve implementar a formação de profissionais intérpretes não só em LIBRAS, como outras formas de comunicação para que haja a facilitação das relações interpessoais entre surdos e ouvintes. Essa barreira é responsável pelo déficit de captação de surdos na atenção básica. A habilitação e capacitação dos profissionais de saúde na Língua Brasileira de Sinais foram apontadas, na maioria dos trabalhos, como a melhor alternativa para alcançar a efetiva inclusão dos surdos nos serviços de saúde, onde esses possam dispor de seu direito fundamental, a Saúde. No entanto, esta capacitação já garantida pela Lei 10.098/2000 não tem apresentado resultados significativos. A comunicação não se trata somente de falar a mesma língua, a falta de capacitação na comunicação não verbal acaba por limitar o profissional de saúde a olhar de forma clínica qualquer indivíduo. No que diz respeito à saúde do surdo, deve-se valorizar os aspectos subjetivos durante o processo de cuidado, levando em conta sempre a autonomia, privacidade e singularidade do indivíduo; o reconhecimento dessas características individuais descarregadas de discriminação e estigma historicamente atribuídos a este público pode promover um cuidado dialogado, não somente para os surdos, mas para toda e qualquer pessoa que necessite de cuidado.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência auditiva. Sistema Único de Saúde. Assistência integral à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Língua de sinais.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Chaves de busca - descritores utilizados .....	19
Quadro 2 - Distribuição de artigos para cada chave de busca utilizada .....	19
Quadro 3 - Caracterização dos estudos segundo o objetivo e método .....	45



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Associação Americana de Pediatria
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CONAES	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
ENADE	Exame Nacional de Avaliação do Desempenho de Estudante
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
ONU	Organização das Nações Unidas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DB	Decibéis
OMS	Organização Mundial da Saúde
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
DA	Deficiência Auditiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
CBPAI	Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância
PNASA	Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva
CDPD	Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....	17
<b>4 CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>22</b>
4.1 DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E DA REDE DE ATENÇÃO .....	22
4.2 O DEFICIENTE AUDITIVO E O SURDO: ASPECTOS SOCIAIS .....	27
4.3 AS NORMAS DE DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O DIREITO À ATENÇÃO À SAÚDE .....	32
4.4. DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE DA PESSOA SURDA.....	36
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>
5.1 ACESSO AOS SERVIÇOS .....	49
5.2 COMUNICAÇÃO (LÍNGUA DE SINAIS).....	51
5.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO .....	53
5.4 INCLUSÃO NA SAÚDE.....	54
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A ONU define que “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.” (Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, 2008 (CDPD-2008). Segundo estimativas, há cerca de 24,5 milhões de pessoas que vivem com alguma deficiência no Brasil, 16,7% corresponde a pessoas com deficiência auditiva, que apresentam desde perda leve da audição às formas mais graves, severa ou profunda (IBGE, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, estimou que 278 milhões de pessoas tem deficiência auditiva moderada a profunda distribuídas mundialmente. A Classificação Internacional de Doenças (CID 10) classifica a deficiência auditiva desde “perda de audição por transtorno de condução e ou neuro-sensorial” a “perda de audição mista, de condução e neuro-sensorial, não especificada”. No Brasil, temos o Decreto 5296/04, onde a deficiência auditiva é caracterizada como a “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz”.

Muitas vezes, essas deficiências acompanham a pessoa do seu nascimento até o fim de sua vida, e a maneira de lidar com essa condição especial é um dos fatores que interferirá decisivamente no seu desenvolvimento pessoal, na convivência na sociedade, na família e consigo mesma.

Muitos são os sentidos, valores e crenças relacionados à surdez e a pessoa surda. A literatura científica aponta que geralmente o surdo torna-se assunto de estudo sob o olhar clínico; um objeto incapaz de racionalizar ou se expressar. Aristóteles, filósofo de grande peso na Antiguidade acreditava que a linguagem era o veículo que permitia a condição humana de existir (NEVES, 1981), logo, quem nascia surdo, segundo essa concepção, devido à ausência da fala não era capaz de raciocinar. Desde cedo o mundo e seus habitantes comportam-se de maneira estranha ao diferente, àquele considerado fora do padrão, fora do dito normal. Os deficientes sempre foram vistos como um grupo que era incapaz de produzir, infértil, sem necessidades humanas básicas que merecessem a devida atenção, como consequência disso na Antiguidade essa população era deixada aos cuidados do acaso, sofrendo até a morte, pois sua deficiência era tida como punição divina (SILVA, 1987). Assim, ao longo da história, as pessoas consideradas deficientes tornaram-se alvos de preconceito, discriminação e estigma

em razão de sua condição (GOFFMAN, 1988). Essas reações negativas à sua especial condição podem gerar desigualdades sociais e dificuldades pessoais impostas, até mesmo, pela falta de adequação do meio para com a sua diferença.

A deficiência auditiva (DA) é uma dessas condições que pode produzir para o indivíduo barreiras no seu desenvolvimento e sociabilidade, especialmente, em razão da sua comunicação com a sociedade. Perlin (1998), define categorias de identidades surdas e considera que esta “identidade surda” pode ser categorizada em seis tipos distintos, onde cada uma delas é capaz de refletir como esses indivíduos vivem e se inserem na sociedade, aderindo ou não à cultura, política, hábitos e tecnologias, ou mesmo não se reconhecendo como surdo.

No Brasil, o Decreto Presidencial n.º 5626/05, define: “considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)”. Sendo a LIBRAS regulamentada nacionalmente na Lei Federal 10.436/2002.

Esta pesquisa enfatiza a pessoa surda pré-verbal e, nesse sentido, adota a definição apresentada do Decreto Presidencial nº 5626/2005, que melhor se aproxima do indivíduo surdo pré-verbal<sup>1</sup> (quando o indivíduo nasce surdo ou adquire a perda auditiva antes da aquisição da linguagem oral). Para esses indivíduos, a estruturação da linguagem através do canal visual-gestual (línguas de sinais) tem se mostrado extremamente eficiente. Nestes casos, e especificamente no Brasil, a LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) pode ser aplicada para os surdos como L1 (língua materna), introduzindo o aprendizado da língua portuguesa, tanto na modalidade oral quanto na escrita, como L2 (língua estrangeira).

A deficiência auditiva (DA) pode produzir para o indivíduo barreiras que interferem direta ou indiretamente na sua comunicação com a sociedade. Na busca por cuidados de saúde são muitas as barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência auditiva. A dificuldade mais comum apontada nos estudos é a de comunicação.

Na maioria das vezes o profissional de saúde – em sua maioria ouvinte – não compreende a demanda do usuário DA na ocasião de seu atendimento no sistema de saúde, e mesmo em uma consulta médica. Mas as dificuldades de comunicação não ficam restritas ao sistema de saúde, por exemplo, o atendimento em uma farmácia; mesmo sabendo exatamente o que deseja comprar, a comunicação com o atendente/farmacêutico pode impossibilitar que o

---

<sup>1</sup> Será usada a terminologia que trata do indivíduo Surdo, pois é assim que se reconhece o indivíduo inserido na cultura surda, quando abordado o assunto na esfera do Direito e da Medicina será trabalhado o conceito de deficiente auditivo, quando assim for necessário.

mesmo adquira o produto. Nos dois casos, a comunicação se configura como o meio principal para que o usuário de determinado serviço possa pedir determinado produto e o atendente/farmacêutico suprir o desejo de forma satisfatória. Mesmo que a pessoa surda seja usuária de LIBRAS, provavelmente, terá dificuldades, considerando que a maioria dos profissionais não conhece essa língua. Nesse sentido, a comunicação interpessoal tem sido apontada como principal obstáculo tanto para o usuário com deficiência auditiva quanto para os profissionais de saúde.

Com base na situação descrita, e em muitas outras identificadas nos estudos, é possível apontar de imediato que a principal dificuldade vivenciada pelo deficiente auditivo é a barreira da comunicação, que acontece quando há dificuldade ou inexistência da compreensão do receptor compreender aquilo que está sendo transmitido pelo emissor e vice-versa (COSTA; SILVEIRA, 2014).

As barreiras de comunicação interpessoal em um mundo que a maioria é ouvinte, por si só, já podem ser consideradas como motivo de diversas dificuldades para a pessoa com DA. No entanto, apontam-se outros desafios, a pessoa com DA sofre também com o preconceito de ser considerado incapaz de compreender e desenvolver tarefas e atividades comuns a qualquer outro indivíduo, e passa a ser alvo de discriminação e de estigma. Alguns estudos apontam que indivíduos surdos consideram melhor nascer com qualquer outro tipo de deficiência, pois a surdez, na percepção da população estudada, acaba por significar maior exclusão social (CHAVEIRO; BARBOSA; PORTO, 2008).

Quando as barreiras impedem o atendimento satisfatório de um usuário no âmbito do sistema de saúde elas se transformam em grave violação do direito à saúde, entre outros direitos civis e sociais. Quando se trata de um atendimento específico dentro do sistema de saúde, essa dificuldade ultrapassa as barreiras da comunicação e inviabiliza ao próprio acesso à atenção à saúde das pessoas com DA, garantido nas leis brasileiras, como um direito universal, igualitário e integral.

Historicamente, sobretudo por força das filosofias que priorizavam a oralização do surdo como estratégia fundamental para a implementação da comunicação, foram fortalecidos os procedimentos biomédicos que tinham como objetivo a “diminuição” da deficiência auditiva, como a disponibilização de próteses auditivas com base em exames audiométricos.

No Rio de Janeiro, mais precisamente na Secretaria Municipal de Saúde, a rede de cuidados para o diagnóstico e acompanhamento da surdez para reabilitação de linguagem e fala se dava em unidades pólo. A partir do ano 2000, a rede passou a contar também com a oferta da triagem auditiva neonatal (teste da orelhinha) também nas maternidades do município

(CARVALHO, 2002). Verifica-se então, segundo Merhy (2002), um itinerário de cuidados voltados ao tratamento da deficiência propriamente dita, fortemente concentrado em tecnologia dura, onde o usuário não é sujeito do seu planejamento de cuidado, sendo submetido a procedimentos corriqueiros e restritos aos programas de saúde disponíveis (no caso, a saúde auditiva).

O surdo sendo indivíduo que cresce, nasce vive e morre, também está sujeito a desenvolvimento de agravos e necessidades de saúde inerentes ao ser humano. No entanto, os achados apontam que o contato do indivíduo surdo com os dispositivos de saúde se dá, em maioria, na atenção secundária e terciária, que corresponde aos serviços de média e alta complexidade, onde são realizados exames para diagnóstico, protetização auditiva e cirurgia de implante coclear (ouvido biônico). Porém, quando necessitam de atenção, não somente a aspectos relacionados à sua deficiência, se deparam com serviços de saúde que não estão preparados para recebê-los, e onde seus profissionais não estão capacitados (nem mesmo estimulados) a propiciar o acesso e cuidado integral à saúde dessas pessoas, gerando assim insatisfação e desinteresse para que o surdo retorne ou mesmo procure cuidar da sua saúde.

As desigualdades em saúde desta população e suas consequências são apontadas em diferentes pesquisas. Uma pesquisa realizada no Sul do Brasil (FREIRE, 2009), feita através de estudo transversal de base populacional com dados coletados entre o período de 2002 a 2003, que abordou aspectos de saúde relacionados a pessoas com deficiência auditiva, apresentou os seguintes resultados: os homens com deficiência auditiva tiveram 40% menos prevalência na utilização de preservativo se comparado aos ouvintes, enquanto as mulheres com deficiência auditiva tiveram 20% menos prevalência com relação ao autoexame de mama, com relação à AIDS, 60% do total da amostra acreditava ser impossível pegar a doença. O mesmo estudo chegou à conclusão de que são necessários investimentos em campanhas de saúde específicas para o deficiente auditivo, que ofereça acesso igualitário às medidas preventivas aos ouvintes. O estabelecimento de equidade no acesso é garantido na lei brasileira, no entanto, não se identificam medidas efetivas para garantir a atenção integral, como, por exemplo, disponibilizar profissionais de saúde habilitados em LIBRAS e que se preocupem em realizar o atendimento de forma integral.

A DA por si só, já pode ser considerada como motivo de diversas dificuldades para a pessoa que convive com tal problema. No entanto, para a maioria da sociedade (ouvinte), acredita-se que o principal desafio está na extrema dificuldade de estruturação da linguagem pela falta de *input* auditivo, ou seja, pelas vias consideradas como “normais” para o seu bom

desenvolvimento e, conseqüentemente do pensamento, cognição, e da fala (CARVALHO, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado no artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, que estabelece que: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”. Teixeira (2000), ressalta os três pilares dos “princípios finalísticos” do SUS, que são: a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde – fundamentais para a construção e efetivação do SUS. Esses são responsáveis por conduzir desde a estruturação do sistema até o serviço, quando este chega ao usuário. O surdo, enquanto cidadão é igualmente um sujeito de direitos, a esta população deve-se garantir o direito ao acesso e atenção integral à sua saúde a partir deste acesso.

Sabendo-se disso, um forte questionamento surge: como o surdo pode chegar até uma unidade de saúde e pleitear seus cuidados de maneira que seus direitos não sejam afetados por barreiras evitáveis? Para os surdos inseridos na “cultura surda”, a LIBRAS é a principal forma de comunicação, que deve ser valorizada por ser validada nacionalmente como segunda língua oficial do país, regulamentada por Lei Federal (Lei nº 10.436/02), subsidiada por decretos e outras normas legais.

O Decreto Presidencial nº 5626/05, que regulamenta a Lei nº 10436/02 (Lei da LIBRAS), bem como o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, obrigam que todos os cursos de magistério e Fonoaudiologia devem ter como disciplina curricular obrigatória a LIBRAS - para os demais cursos a disciplina é de caráter optativo. A Lei nº 10.098/2000 estabelece que o Poder Público deve implementar a formação de profissionais intérpretes não só em LIBRAS, como outras formas de comunicação para que haja a facilitação das relações interpessoais entre surdos e ouvintes (BRASIL, 2000). A LIBRAS é o principal meio de comunicação para o deficiente auditivo e também a segunda língua oficial do país.

No mesmo Decreto referido, art. 25, está expressa a garantia do direito à saúde da pessoa surda, a exigência de que seja efetivado “atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação”, assim como o apoio à capacitação e formação em LIBRAS de profissionais no SUS para o atendimento dessas pessoas. Ao Poder Público cabe também a

responsabilidade de implementar a formação de profissionais intérpretes não só em LIBRAS, como outras formas de comunicação para que haja a facilitação das relações interpessoais entre surdos e ouvintes (BRASIL, 2000).

Diante da problemática apresentada, o presente estudo tem como objetivo analisar a discussão sobre o acesso à saúde das pessoas com DA e a situação atual da garantia do direito à saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde) para esta população na perspectiva da Saúde Coletiva. Como base em uma pesquisa documental e bibliográfica buscou-se identificar as fragilidades no atendimento a esta população e as possibilidades para a garantia do direito ao acesso à saúde da pessoa surda, especialmente, na utilização dos serviços de saúde no SUS, como adiante detalhados.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral é analisar como vem sendo efetivado o acesso à saúde das pessoas surdas, na perspectiva do direito à saúde.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os estudos sobre as experiências dos surdos no acesso aos serviços de saúde buscando identificar as principais barreiras;
- Descrever as principais leis, políticas, programas e ações no SUS direcionada ao usuário surdo referidas nos estudos sobre o tema.

### 3 METODOLOGIA

Delimitado o objeto de estudo, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória documental e bibliográfica. A fim de se alcançar um conhecimento satisfatório do assunto abordado encontrando assim as respostas para os questionamentos levantados.

Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”, para isso, acredita-se ser a pesquisa de enfoque qualitativo a melhor maneira encontrada de se estudar e discutir o objeto do presente trabalho, visto que este se propõe a discutir a partir de busca sistemática (bibliográfica e documental) sobre o acesso do surdo aos serviços de saúde como um aspecto do direito à saúde desta população, buscando-se capturar na literatura disponível e documentos no âmbito da saúde coletiva, estudos que relatem as experiências desta população, bem como, análises de políticas, programas e práticas de saúde sobre o tema, que permitirá descrever aspectos subjetivos e normativos da atenção à saúde das pessoas surdas no sistema de saúde brasileiro.

#### 3.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica segundo Fonseca (2002) é basicamente composta de literatura científica encontradas em bibliotecas, essa pesquisa possibilita maior aproximação ao que já foi estudado sobre determinado assunto, e constituiu o primeiro passo de uma pesquisa exploratória sobre determinado objeto de estudo.

No sentido de se aproximar e apreender todo o conteúdo teórico que trata do tema do acesso do surdo à saúde, a pesquisa bibliográfica buscou identificar aspectos conceituais do universo desse indivíduo e de seu meio, suas identificações sociais, dificuldades, experiências reveladas através de relatos, assim como do ponto de vista do profissional de saúde (médicos, enfermeiros, gestores). Também foi buscada aproximação do conteúdo que tratava de leis, políticas e programas e ações em saúde onde surdos eram inseridos ou mesmo houve a tentativa dessa inserção. Com isso, priorizou-se a busca de experiências e análises de programas e práticas de saúde em relação ao acesso à saúde de pessoas surdas. Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: relatos de experiências e prática na atenção ao surdo, revisão de literatura sobre leis e políticas voltadas ao deficiente, análise de programas e ações de saúde específicas para essa população.

Foi realizada uma busca sistemática da literatura na Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, que “tem por objetivo convergir as redes temáticas brasileiras da BVS e integrar suas redes de fontes de informação em saúde” (BIREME; OPAS; OMS, 2010), utilizando as principais bases de dados da literatura acadêmica da saúde, Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores (DeCS), inicialmente utilizados foram: pessoas com deficiência auditiva; sistema único de saúde; assistência integral a saúde; acesso aos serviços de saúde. Utilizamos o filtro "idioma português". O período pesquisado foi indeterminado e a data da busca dos artigos foi dezembro/2017.

A partir dessa busca foram encontrados 129 artigos, dos quais todos foram submetidos à uma leitura flutuante a fim de identificar os aspectos relevantes apontados anteriormente. Deste total foram selecionados 19 textos.

Importante ressaltar que utilizou-se as seis combinações de descritores (pessoas com deficiência auditiva; sistema único de saúde; assistência integral a saúde; acesso aos serviços de saúde; linguagem de sinais), referidas anteriormente, a partir do assunto que iria ser tratado no presente trabalho (Quadro 1). Alguns termos inicialmente propostos foram substituídos, como por exemplo, “deficiente auditivo”, não foram encontrados resultados satisfatórios, sendo recomendado pela própria plataforma o descritor “pessoas com deficiência auditiva”, embora os descritores anteriores ao recomendado tenham sido achados em alguns trabalhos ao decorrer do estudo. O descritor *linguagem de sinais* foi importante para descobrir o quadro atual dessas relações com os surdos que utilizam da LIBRAS e se esta se revelaria como um obstáculo para o acesso, embora o termo correto seja *língua de sinais*.

Cada descritor representou para a busca bibliográfica a tentativa máxima de encontrar trabalhos que revelassem ideias e propostas comuns com a do presente trabalho.

No quadro a seguir é esquematizada a captação inicial dos artigos de acordo com seus descritores.

**Quadro 1 - Chaves de busca - descritores utilizados**

Descritores
Chave de busca 1 - pessoas com deficiência auditiva AND sistema único de saúde + Idioma português
Chave de busca 2 - pessoas com deficiência auditiva AND assistência integral a saúde
Chave de busca 3 - pessoas com deficiência auditiva AND acesso aos serviços de saúde + Idioma português
Chave de busca 4 - linguagem de sinais AND acesso aos serviços de saúde + Idioma português
Chave de busca 5 - linguagem de sinais AND sistema único de saúde
Chave de busca 6 - pessoas com deficiência auditiva AND linguagem de sinais

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro 2 - Distribuição de artigos para cada chave de busca utilizada**

Chaves de busca / descritores	Quantidade encontrada	Selecionados
BVS - pessoas com deficiência auditiva AND sistema único de saúde + Idioma português	16	4
BVS - pessoas com deficiência auditiva AND assistência integral a saúde	9	0
BVS - pessoas com deficiência auditiva AND acesso aos serviços de saúde + Idioma português	17	8
BVS - linguagem de sinais AND acesso aos serviços de saúde + Idioma português	13	2
BVS - linguagem de sinais AND sistema único de saúde	4	0
BVS - pessoas com deficiência auditiva AND linguagem de sinais	70	5
Total	129	
Excluídos (artigos repetidos)	9	
Total selecionado	120	19

Fonte: Elaboração própria.

Aplicada a estratégia de busca apresentada no quadro anterior retornaram 129 artigos, que excluídas as repetições - 09 artigos – restaram 121 para seleção. Aplicado os critérios de inclusão e exclusão a partir da leitura dos resumos, foram selecionados 19 artigos. Dos 19 artigos, 3 (três) se caracterizam por serem artigos de revisão, e apenas 1 (um) artigo tratava de relato de experiência da aplicação de minicursos. Os demais tratam de investigações, análises, e discussões baseadas em estudos e resultados de relatos de experiência já realizados anteriormente.

Durante o processo de leitura dos artigos selecionados para análise das questões propostas, foram consultados 10 (dez) artigos que constavam das referências bibliográficas, e que por atenderem aos objetivos do estudo foram também lidos para melhor compreensão do artigo selecionado.

Para a composição do marco conceitual foram utilizados artigos que abordam questões conceituais sobre direito e justiça, equidade e acesso à saúde (5 artigos), que faziam parte de um acervo particular, utilizado em disciplinas do curso de graduação em Saúde Coletiva.

As leis e políticas pertinentes identificadas no conjunto de artigos foram selecionadas e analisadas para identificação dos direitos das pessoas surdas. Além das normas específicas foi utilizada a legislação básica do SUS. Para atualização do marco legal consultou-se os sítios oficiais: Saúde Legis - Sistema de Legislação em Saúde, do Ministério da Saúde<sup>2</sup>, Portal da Legislação<sup>3</sup>, e Câmara Municipal do Rio de Janeiro<sup>4</sup>, para consulta sobre a vigência da norma identificada.

Na análise buscou-se responder as seguintes perguntas:

1. Quais são os principais problemas de acesso identificados?
2. Como os autores identificaram esses problemas/barreiras/impedimentos?
3. Qual a solução/encaminhamento encontrada para esses problemas?
4. Os direitos dos surdos ao acesso à saúde foram abordados? Como? Há críticas às legislações?

Primeiramente foi realizado o fichamento dos artigos. Em seguida, elaborada uma planilha Microsoft Excel para classificação das principais informações dos artigos lidos: título, autor, ano, origem, metodologia e objetivo, e as respostas as perguntas apontadas acima.

---

<sup>2</sup> [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM);  
<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>

<sup>3</sup> <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>

<sup>4</sup> <http://www.camara.rj.gov.br>

A partir desta planilha foram quantificados termos utilizados relevantes sobre o tema, como por exemplo, “preconceito”, “estigma”. Para essa quantificação foi utilizada a ferramenta de transposição de colunas para linhas e filtro no Excel.

## 4 CONTEXTUALIZAÇÃO

### 4.1 DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E DA REDE DE ATENÇÃO

A deficiência auditiva (DA) pode ser definida de diversas formas. Do ponto de vista médico a DA é caracterizada como um tipo de privação sensorial, ou seja, incapacidade no reconhecimento de sons ou mesmo a capacidade reduzida/diminuída. Portanto, qualquer reação incomum ao estímulo sonoro configura um distúrbio ou alteração auditiva, sendo classificada como deficiência ou ausência no reconhecimento dos estímulos auditivos (CARVALHO, 2002).

Esses distúrbios podem ser classificados de quatro (4) formas distintas de acordo com sua localização topográfica no corpo auditivo: condutiva, neuro-sensoriais, mistas ou centrais. O distúrbio de característica condutiva ocorre quando há o acometimento do aparelho transmissor da onda sonora, resultado do acúmulo de secreções como, por exemplo, a cera, na orelha média, externa ou em ambas, inflamações como Otite podem levar a esse tipo de perda auditiva. Já o distúrbio auditivo neuro-sensorial é caracterizado pela presença de lesões na orelha interna, ou lesões que vão desde o nervo coclear até os núcleos auditivos no tronco cerebral, este tipo de distúrbio é de caráter irreversível, o acometimento auditivo neste caso requer uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), mais conhecido como Aparelho Auditivo ou Biônico. O terceiro tipo de distúrbio mistura as características anteriores apresentadas além de comprometer a capacidade condutiva e sensitiva. O distúrbio auditivo central é de identificação mais rara, sendo ainda mal definido e de difícil diagnóstico, já que o indivíduo apresenta comportamento auditivo normal, tendo dificuldade na compreensão da mensagem oral (CARVALHO, 2002).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a DA está classificada de acordo o tipo de perda, no item H.90 “perda de audição bilateral devida a transtorno de condução” e itens seguintes como o H.98 caracterizado pela “perda de audição mista, de condução e neuro-sensorial, não especificada”.

Segundo dados coletados pelo Censo de 2010 (BRASIL, 2012a), de um total de 23,9% (45.606.048) da população residente do país 7,6% são totalmente surdas. Em 2010, 8,3% da população brasileira apresentava algum tipo de deficiência severa, sendo a deficiência auditiva responsável por atingir 1,12%, perdendo apenas para a deficiência visual severa (3,46%) e motora severa (2,33%), sendo seguida da deficiência mental ou intelectual (1,4%).

Com a transição epidemiológica e sociodemográfica brasileira a população de idosos vem crescendo, e a perda auditiva tem sido apontada como um agravo característico desse envelhecimento populacional. Nesse sentido, são necessárias medidas de prevenção e de melhorias na atenção à saúde a essa fase da vida, a fim de oferecer melhor qualidade de saúde e de vida (BRASIL, 2012a).

A DA pode ocorrer na infância devido a diversos fatores ambientais e biológicos. Pode ser congênita ou adquirida; ser desenvolvida na gravidez, pré e pós-natais, nos casos de partos prematuros, traumas no parto, fatores genéticos, doenças infectocontagiosas (rubéola, caxumba, etc); exposição a substâncias ototóxicas, problemas no metabolismo, tumores, acidentes ou mesmo o avanço da idade (LEVINO, 2013). A DA traz diferentes consequências para cada indivíduo que convive com essa alteração auditiva,

De acordo com o Comitê Brasileiro de Perdas Auditivas na Infância – CBPAI (CBPAI, 2000), e o *Joint Committee of Infant Hearing* são muitos os fatores de risco para o desenvolvimento da deficiência ou perda auditiva (CARVALHO, 2002). Os de maior relevância são:

1. Histórico familiar de surdez congênita
2. Infecções congênicas como a sífilis, herpes, HIV, caxumba, toxoplasmose, rubéola, etc.
3. Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal
4. Peso ao nascer <1500g
5. Meningite bacteriana
6. Permanência na UTI por mais de cinco (5) dias
7. Ventilação extracorpórea ou assistida
8. Exposição a drogas ototóxicas, utilizada com ou sem associação diurética
9. Distúrbios neurodegenerativos
10. Traumatismo craniano; e outros.

São poucos os dados que revelam a prevalência da DA em neonatos, a AAP (1999) aponta que o distúrbio auditivo varia de 1 a 3 em cada 100 nascidos vivos e de 2 a 4 em cada 100 bebês de alto risco internados em UTI neonatal. Dados recentes indicam que a prevalência de DA varia de 1 a 6 para cada 1000 nascidos vivos, comparando a DA a outras passíveis de rastreamento na infância, sua prevalência é considerada elevada: *fenilcetonúria 1:10.000; anemia falciforme 2:10.000; surdez 30:10.000* (BRASIL, 2012b).



O diagnóstico precoce é um passo fundamental quando relacionado às perdas auditivas, para isso a OMS recomenda a Triagem Auditiva Neonatal como a melhor alternativa de diagnóstico, assim também o referido órgão recomenda medidas preventivas de doenças e agravos, imunização de gestantes e outras medidas que se antecipem ao desenvolvimento da DA, sabendo que 60% das perdas auditivas são derivadas de causas preveníveis (WHO, 2017). O diagnóstico e a intervenção terapêutica adequada até os seis meses de vida permitem a criança um desenvolvimento semelhante ao das crianças que não apresentam o distúrbio na mesma idade (CARVALHO, 2002). A Triagem Auditiva Neonatal – TAN hoje no Brasil é de caráter obrigatório segundo a Lei Federal nº 12.303 de agosto de 2010 e garantida pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva instituída pela Portaria MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004, revogada pela Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017. No âmbito legal também é garantido o direito da criança ao diagnóstico de distúrbio auditivo ao nascer, bem como a assistência integral, inclusive os aparelhos auditivos adequados à sua necessidade, podendo ser um simples AASI ao implante coclear (BRASIL, 2004a).

A revogada PNAS (BRASIL, 2004b), em suas atribuições estabelecia que a aplicação da mesma seja realizada de forma articulada entre os três níveis de gestão da saúde, dentre estas se destacam:

- I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção aos pacientes, com assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização;
- V - Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva. (BRASIL, 2004b, p. 1).

Respeitando isso, a PNAS ainda institui a atenção à saúde auditiva nos três níveis de atenção, desde a básica à alta complexidade.

- I - **atenção básica:** realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce

dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar;

II - **média complexidade**: realizar triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do paciente portador de deficiência auditiva, excluindo o diagnóstico e a protetização de crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e perdas auditivas unilaterais, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade; e

III - **alta complexidade**: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra-referência do paciente portador de deficiência auditiva, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. (BRASIL, 2004b, p. 1).

Cabe ressaltar que a PNASA foi revogada e reformulada. Hoje a atenção à pessoa surda é tratada na Consolidação de Normas Ministeriais da Saúde instituída pela Portaria nº 3 de 23 de setembro de 2017, Capítulo 1, que trata da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012c).

A fim de definir as ações específicas dos níveis de atenção, a Portaria GM/MS nº 587 de 2004, também revogada pela Portaria de Consolidação nº 3 no ano de 2017, determinava como os Estados devem elaborar a organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde Auditiva, definindo ainda as responsabilidades das entidades gestoras, onde as Secretarias de Estado de Saúde (SES) em conjunto com o Distrito Federal devem, observando os Planos Diretores de Regionalização e Planos Estaduais e Municipais de Saúde, definir os quantitativos e distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde que integrarão a Rede de Atenção à Saúde Auditiva. Cabendo também às SES em conjuntos com as Secretarias Municipais de Saúde o estabelecimento dos fluxos, referência e contra referência, inclusive com outros dispositivos de referência (BRASIL, 2004a).

Se tratando da Rede de Atenção à Saúde Auditiva existiam 127 serviços de referência distribuídos no território brasileiro (CBPAI, 2000) já de serviços habilitados para o Implante Coclear, são 27 Centros especializados no país, *sendo 7 na Região Nordeste, 1 na Região Norte, 5 na Região Sul, 2 na Região Centro Oeste e 12 na Região Sudeste* (CONASS, 2015, p.27). Outro estudo realizado em 2012 mostra que o país contava com 156 Serviços de Saúde Auditiva credenciados, sendo 72 de média complexidade e 84 de alta complexidade, maior parte (63) dos serviços se concentravam na região sudeste (ANDRADE *et al.*, 2013, p. 3).

O Estado do Rio de Janeiro, segundo Amaral (2009), contava com 1 (hum) serviço de referência de atenção à saúde auditiva de alta complexidade localizado em sua capital e mais 6

(seis) distribuídos pelas demais regiões de saúde (AMARAL, 2009), já de acordo com as informações no site da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, existem 13 dispositivos habilitados a atender a pessoa com deficiência no Estado, dentre eles, 4 (quatro) serviços de média complexidade oferecem reabilitação à saúde auditiva localizados todos na região metropolitana. (SES/Rio de Janeiro, 2008) Os números indicam que houve aumento na criação desses dispositivos, no entanto, também revelam a desigualdade de informação de dados fornecidos pelas fontes achadas. Após a consolidação das normas sobre as redes do SUS, não foi identificada na Portaria de Consolidação n.3 a Rede de Atenção à Saúde Auditiva, no entanto, a atenção à saúde auditiva foi inserida na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no Anexo VI da Portaria de Consolidação n.3, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva podem ser encontrados no Capítulo V (BRASIL, 2017).

A integração e fluxo entre os dispositivos dessa rede são de grande importância para o diagnóstico, tratamento, acompanhamento e assistência adequadas às pessoas com DA, sendo a TAN o primeiro passo, tratando-se diretamente do indivíduo e não exatamente das causas da DA, é realizada nos Nascidos Vivos e Lactentes durante as primeiras horas de vida (24h a 48h), se diagnosticada a perda auditiva através de exames específicos, são iniciadas intervenções na criança e em sua família, aqueles que iniciam o tratamento passam então a ser acompanhados na atenção básica, onde são monitorados o desenvolvimento da audição e linguagem. Quando surgem alterações significativas deverão ser encaminhadas à atenção especializada para tratamento necessário, aqueles que não apresentarem resposta adequada ao tratamento devem ser encaminhados aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) que contam com Serviços de Reabilitação Auditiva (BRASIL, 2012b).

Apesar da estruturação do fluxo de serviços estabelecidos em políticas, programas e decretos, faltam detalhes e especificações do fluxo para a criança que diagnosticada com perda auditiva passa a integrar o universo da pessoa surda ou mesmo não se integra a essa realidade, mas que expliquem e de certa forma apoiem essa transição, pois a pessoa com DA passa a integrar o rol de direitos disponíveis à pessoa com deficiência (Passe Livre, Isenção de Impostos, Vagas PCD, etc.), caso a pessoa não tenha acesso à essas informações acaba por perder direitos exclusivos. Se tratando do direito ao AASI, a literatura ainda indica que a população de idosos é o maior público que busca a concessão de próteses auditivas, no entanto, não estão inclusos dentro da PNASA, hoje encontrada na Portaria de Consolidação nº 3 de forma fragmentada, que deveria atender também a essa parcela através de ações específicas sabendo do crescimento deste grupo populacional (ANDRADE *et al.*, 2013).

## 4.2 O DEFICIENTE AUDITIVO E O SURDO: ASPECTOS SOCIAIS

O Decreto Presidencial nº 5.626/2005, que regulamenta a Lei nº 10.436, de 24/04/2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei presidencial nº 10.098, de 19/12/2000, define que:

Artigo 2º - Considera-se que a pessoa surda é aquela que por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais - Libras.

Parágrafo único: A perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. (BRASIL, 2005, p. 1).

A definição adotada no Brasil é de maior relevância para a discussão na perspectiva desse trabalho, já que aborda de um ponto de vista social a representação do surdo na sociedade, e não apenas a perda auditiva que caracterizaria uma pessoa portadora de uma deficiência, ressaltando a especificidade dessa população e da existência de uma “cultura surda” com características próprias e diferenciadas da que vivemos.

A partir do conceito estabelecido para definir-se a pessoa com deficiência auditiva incluem-se as pessoas que se reconhecem como surdos e outros como deficientes auditivos, respectivamente os surdos adotam uma identidade social a partir de sua singularidade e aqueles que se reconhecem como portadores de uma deficiência a tratam de forma clínica. Essas duas identidades podem se articular, na medida em que não excluem o uso do tratamento clínico, a alternativa de oralização e/ou o uso da Língua de Sinais.

A pessoa que é surda pode, além de utilizar tecnologias diferenciadas no seu cotidiano, ser portadora de uma cultura, língua, política e representação sociais próprias e autênticas, mobilizando assim aqueles que compartilham de todas essas características à luta por uma causa em comum, estabelecendo uma comunidade que reivindica e se coloca como sujeito de direitos na sociedade.

Mas, de acordo com a literatura, nem todo surdo está inserido numa comunidade surda ou cultura surda, assim também nem todo surdo se identifica socialmente da mesma forma, como por exemplo, estabelecido na definição de “pessoa surda” na norma brasileira referida anterior. Perlin indica mais de seis (6) categorias de identidades sociais surdas, que podem ser diferenciadas de acordo com a forma que o indivíduo se enxerga e se coloca no meio social, podendo fazer uso da língua de sinais ou não, se identificando como surdo ou como deficiente, incluindo-se em uma comunidade surda, ou até mesmo se identificando como sujeito que não é

deficiente auditivo ou surdo e se portando de maneira contrária ao que preconiza a cultura e comunidade surda, como será explicado mais a frente no presente trabalho.

Perlin (2001) ressalta que essa identidade é diversa e complexa, não sendo estável, pois pode sofrer influências de diversos fatores, como o modo de vida, território, a filiação e outros, sendo ainda necessária a distinção de algumas características para que se tenha um ponto de partida que respeite as diferenças e singularidades de cada surdo, identificando mais de seis tipos de identidades surdas, sendo elas:

(1) *Identidade política*: caracterizada pelo desejo de luta e busca pelos seus direitos (política surda), se reconhece e se afirmar como sujeito surdo, sendo a língua de sinais sua principal forma de expressão, preocupam-se em difundir sua cultura, forma de viver e tecnologias (campanha luminosa, legendas, etc.) aos demais surdos, além de compartilharem ideias, aspirações e utopias, estes possuem formas próprias de relacionamento com as pessoas e até mesmo com os animais, essa identidade tem maior prevalência entre os que estão inseridos na comunidade surda;

(2) *Identidade Híbrida*: esta se diferencia da anterior por seus indivíduos adquirirem a surdez no decorrer da vida, ou seja, são surdos que nasceram ouvintes, portanto, detém maior facilidade com a língua oral pelo possível contato no passado, apesar disso muitos preferem utilizar a língua de sinais, compartilhando assim das mesmas características atribuídas à identidade anterior, desde a cultura às formas de relacionamento;

(3) *Identidades Flutuantes*: são indivíduos surdos que por não terem contato com a comunidade surda, não usufruem de seus benefícios. Submetidos à filosofia oralista, desempenham a representação da identidade ouvinte<sup>5</sup>, ignorando o intérprete, a cultura surda assim como a língua de sinais, pois esta última é considerada estereótipo, mantém o uso de aparelhos auriculares mesmo que esses não tenham efeito sonoro e demonstram orgulho em conhecer a língua oral. Nesta categoria, os indivíduos estão vulneráveis à depressão, suicídio, angústia e outros sentimentos derivados da sensação de inferioridade e desejo contínuo de ser ouvinte;

(4) *Identidade Embaçada*: os indivíduos de identidade embaçada são tidos como incapacitados, não conhecem a língua oral e também não tiveram contato com a língua de sinais, tendo sua vida e aprendizado determinados pelos ouvintes. Neste caso, existem surdos que são retidos em suas famílias por desconhecimento sobre a surdez e suas questões culturais,

---

<sup>5</sup> “ouvinte”: termo que surdos costumam referir àqueles que não são surdos.

é predominante a opinião do médico e a representação clínica da surdez, que ignora suas diferenças e enquadra o surdo entre os ‘retardados mentais’;

(5) *Identidades de Transição*: característica dos indivíduos que por algum motivo não tiveram contato com a comunidade surda e seus elementos, tendo contato depois da infância passam pelo processo de “des-ouvintização”, sendo a comunicação visual/oral convertida para a visual/sinalizada, esse processo de transição também pode ocorrer de forma contrária;

(6) *Identidades de Diáspora*: presente nos indivíduos que mudam de país, estado ou mesmo de grupo de surdos, por exemplo, o surdo carioca, o surdo brasileiro e o norte americano;

(7) *Identidade Intermediária*: não se considera como surdo nem como ouvinte, tendo assim dificuldades de ser inserido em uma comunidade surda, em valorizar intérpretes, a cultura surda e seus demais aspectos, não fazendo uso de seus benefícios. Valorizam os aparelhos de audição e considera o surdo como indivíduo menos dotado.

As identidades surdas podem fazer parte e compor o que se chama Comunidade Surda, o Povo Surdo<sup>6</sup>, aderindo ou não à Cultura Surda. A necessidade e importância de se reconhecer como sujeito dentro de determinada comunidade e adotar uma identidade social é de grande valor para o desenvolvimento do ser humano. Afinal, ser presente e se fazer presente, e ter garantida sua autonomia para tomada de decisões pessoais e políticas constitui aspecto fundamental à dignidade da pessoa humana. Infelizmente, os estudos apontam que se vêm ignorando o sujeito surdo e tratando-o como mero objeto, muitas vezes, como deficientes incapazes de raciocinar e desenvolver sua linguagem e decidir sobre sua própria vida.

A deficiência, seja ela qual for, traz julgamentos morais e políticos que estigmatizam as pessoas com deficiência que podem levar a deteriorização da identidade social desta pessoa e processos de discriminação. No caso da surdez e/ou da deficiência auditiva, os achados indicam que o estigma e os preconceitos parecem ter peso diferente e até maior se comparado com outras deficiências (visual e física), podendo levar o indivíduo a uma maior situação de exclusão social (GOFFMAN, 1988).

O primeiro aspecto a ser tratado é o estigma social em relação à surdez. O termo “estigma” na Antiga Grécia foi atribuído aos sinais corporais que representavam algum fato extraordinário ou um mal que acometia o status moral do indivíduo que o carregava, esses sinais corporais podiam ser vistos em criminosos, traidores e outros marcados com fogo, cortes ou outras formas que marquem não só a carne como a alma. Com o advento da religião

---

<sup>6</sup> “Povo Surdo: Conjunto de sujeitos surdos que não habitam o mesmo local, mas que estão ligados por uma origem, tais como a cultura surda, usa a língua de sinais, têm costumes e interesses semelhantes, histórias e tradições comuns e qualquer outro laço compartilhado” (STRÖBEL, 2007, p. 2).

monoteísta, o termo passou a ganhar dois significados, o primeiro se atribuía à “graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele”, representado por sinais corporais como na Antiga Grécia; já o segundo se referia ao distúrbio físico (GOFFMAN, 1988, p.124).

Goffman (1988), fala sobre a estigmatização de certas diferenças na sociedade em seu livro *O Estigma*. Aponta inicialmente que ao primeiro passo, quando conhecemos uma pessoa, tentamos buscar nela sua identidade social (honestidade) e sua ocupação (atributos estruturais), momento em que fazemos exigências, criamos normas rigorosas, assim como expectativas sobre aquele indivíduo. Esse momento é geralmente desvalorizado, pois acreditamos que essas exigências que fazemos sobre o outros não são feitas, até percebermos que o outro não preenche a expectativa esperada, ou seja, afirmamos expectativas antes mesmo de comprová-las, através da representação que determinado comportamento ou atributo possui (GOFFMAN, 1988, p. 124).

Ao tratar do estigma como “atributo profundamente depreciativo”, Goffman (1988), aponta três tipos diferentes de estigma. Sendo o primeiro deles o que trata do corpo, abrangendo principalmente as deformidades físicas; a segunda categoria trata da culpa de caráter individual, por exemplo, o “homossexualismo”, a prisão, os vícios, distúrbios mentais e as tentativas de suicídio; a terceira e última categoria, trata do estigma que acompanha determinada linhagem, sendo herdado através de raça, nação e religião. Sendo assim o estigma, em geral, acomete ao indivíduo a exclusão, pois passa a ser o atributo de maior valor, fazendo os demais atributos do indivíduo serem ignorados por aqueles ditos “normais” na sociedade em que vive.

O estigma social vivenciado repercute na identidade da pessoa surda, e segundo Goffman pode levar à deteriorização dessa identidade. Enquadrando o estigma vivenciado pelo surdo nas categorias estabelecidas por Goffman, pode se dizer que o sujeito surdo sofre com os três tipos de estigmas sociais: sendo o primeiro a deformidade física apresentada pelo distúrbio auditivo, a segunda pela constante classificação do Surdo como portador de distúrbio mental, além da culpabilização individual pelo “atraso no desenvolvimento da linguagem/cognição”, e o terceiro por apresentar cultura e língua diferente dos demais (GOFFMAN, 1998).

Parker e Aggleton (2001) apontam que o estigma e a discriminação podem ter diversas causas e formas, estabelecem seis contextos chaves onde o estigma e a discriminação surgem: (1) famílias e comunidades locais, (2) escolas e outras instituições de ensino, (3) emprego e local de trabalho, (4) sistemas de saúde, (5) viagens, migração e imigração. Dizem ainda que esses contextos são os principais canais para uma possível intervenção de efeito rápido e eficaz sobre os efeitos discriminatórios do estigma atribuído à determinado grupo.

Carvalho (2002) aponta alguns contextos sociais em que a pessoa surda é estigmatizada e discriminada. A família é o núcleo que terá maior tempo de convivência com ele, nem sempre está preparada para receber e inserir este surdo na família, apontando a necessidade da reflexão sobre a importância do apoio psicológico e orientação aos pais de crianças surdas, considerando as atitudes negativas e ambiente social adverso que seu filho e família deverá enfrentar, dependendo ainda das condições socioeconômicas e ambientais em que estão inseridos. O mesmo autor aponta ainda as dificuldades de inserção no mercado formal de trabalho relacionadas ao estigma que carrega, principalmente, porque é visto como incapaz de desenvolver determinada tarefa ou não estar apto à função em razão de dificuldades no processo de aprendizagem.

Massignam, Bastos e Nedel (2015), apontam que a discriminação se resume ao efeito social do estigma, onde o grupo dominante passa a atribuir valores morais inferiores ao outro, na tentativa de se manter sempre como grupo dominante daquele meio social. Nesse sentido, afirma o autor que o estigma, o preconceito e a discriminação traz em si um tipo de injustiça social, que afeta a vida social e a saúde das pessoas, daí a relevância dos estudos sobre estigma e discriminação para a Saúde Coletiva.

No contexto chave “sistemas de saúde” os autores citam a ocorrência de recusa do tratamento a pessoas com HIV, sendo causados pela ignorância e falta de conhecimento, assim também acontece com o paciente surdo no Sistema de Saúde brasileiro, onde estudos revelam a falta de paciência, falta de conhecimento e interesse por parte dos profissionais que preferem não realizar o atendimento e encaminham a algum profissional que apresente o mínimo de conhecimento sobre a surdez, se isentando de uma responsabilidade profissional e ética. Essas posturas revelam o estigma enraizado, que não operam somente através das dificuldades, mas são responsáveis pela produção de desigualdades sociais e estruturais, onde os próprios indivíduos internalizam esses estigmas (PARKER; AGGLETON, 2001).

Massignam, Bastos e Nedel (2015), dizem ainda que projetos e políticas que buscam a inserção de grupos marginalizados e outras medidas que vêm sendo tomadas não são suficientes, pois, sua viabilidade depende da aproximação da realidade local, que só será apreendida com a participação e escuta de todos aqueles envolvidos na produção do cuidado em saúde, principalmente do usuário e do trabalhador de saúde, a fim de se reduzirem estigmas e práticas discriminatórias.

Para este trabalho as questões relacionadas a identidade social, ao estigma e a cultura da pessoa surda devem ser levados em conta na atenção à saúde da pessoa surda. Como chama



atenção a autoridade internacional, enquanto não forem eliminadas as formas de discriminação e estigma, o direito à saúde não será cumprido de maneira integral e igual (UNAIDS, 2017).

Nesse sentido, compreender como a sociedade se relaciona com as pessoas com DA e surdas é fundamental para construção de políticas sociais que visem o cuidado integral e a garantia dos direitos desse grupo, indo além das questões biológicas e clínicas, considerando os significados sociais e seus efeitos para a pessoa surda, e um efetivo acolhimento e atenção à saúde desta população. Considerando que a garantia de direitos é um componente-chave para a efetivação das políticas e do acesso dessa população aos benefícios sociais, adiante será discutida as leis e políticas vigentes específicas e o acesso à atenção à saúde.

#### 4.3 AS NORMAS DE DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O DIREITO À ATENÇÃO À SAÚDE

Após o período de guerras responsáveis pela mudança do cenário mundial, o indivíduo passa a ter lugar de maior importância, o marco deste momento ocorreu em 1919, com a criação da Organização Internacional do Trabalho – OIT, que vai tratar da reabilitação das pessoas no trabalho, inclusive as pessoas com deficiência. Logo mais, em 1945 após a Segunda Grande Guerra é criada a Organização das Nações Unidas – ONU, buscando a paz universal entre os povos. Através desses órgãos foi possível o estabelecimento de metas e leis que pautam sobre a saúde e o bem estar como essenciais para o equilíbrio da vida humana na Terra.

Em 1966, foram firmados dois pactos de grande importância no contexto internacional, que reforçam a ideia do direito à saúde expressa no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), (VENTURA; BASTOS; SIMAS, 2010, p. 8).

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que estabelece:

Cada Estado Parte do presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas; Os Estados Partes do presente Pacto comprometem-se a garantir que os direitos nele enunciados e exercerão sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação; Os países em desenvolvimento, levando devidamente em consideração os direitos humanos e a situação econômica nacional, poderão determinar em

que garantirão os direitos econômicos reconhecidos no presente Pacto àqueles que não sejam seus nacionais. (ONU, 1966, p. 1-2).

E o Pacto Internacional Sobre os Direitos Civis e Políticos, que determina igualdade perante a lei e proteção através delas, busca reconhecer que esses direitos derivam à dignidade humana.

Art. 26: Todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação, a igual proteção da lei. A este respeito, a lei proibirá toda a discriminação e garantirá a todas as pessoas proteção igual e efetiva contra qualquer discriminação por motivos de raça, cor, sexo, língua, religião, opiniões políticas ou outras, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social

Art. 27: Nos Estados em que existam minorias étnicas, religiosas ou linguísticas, não será negado o direito que assiste às pessoas que pertençam a essas minorias, em conjunto com os restantes membros do seu grupo, a ter a sua própria vida cultural, a professar e praticar a sua própria religião e a utilizar a sua própria língua. (ONU, 1966, p.5).

Segundo Ventura, Bastos e Simas (2010), ambos os pactos admitem os direitos como universais e indivisíveis, tendo essa indivisibilidade revelada através de Convenções criadas posteriormente, como a que trata da discriminação racial (1965), discriminação da mulher (1979), direitos da criança (1989) e direitos da pessoa com deficiência (2006).

De acordo com a Recomendação Geral nº 14, de 2000, elaborada pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, o direito à saúde pode ser compreendido como “o direito ao desfrute de uma gama de bens, serviços e condições necessárias para se alcançar o mais alto nível possível de saúde”. Nesse sentido, não se restringe somente à atenção sanitária oportuna e apropriada, mas abrange outras garantias que promovam a saúde, previna doenças e interfiram em fatores determinantes e condicionantes do adoecimento, como a garantia de direito ao acesso à água potável, esgotamento sanitário e habitação adequada, condições sadias de trabalho e meio ambiente, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas à saúde, inclusive a saúde sexual e a reprodutiva. Para conferir maior precisão na garantia do conteúdo do direito à saúde, o Comitê define quatro elementos essenciais para sua implementação (OLIVEIRA, 2010):

- a) Disponibilidade. Cada Estado deve contar com número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, assim como de políticas e programas.
- b) Acessibilidade. É definida como o dever assumido pelos Estados de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação alguma, subdividindo-se em: **(I) não discriminação:** instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis de fato e de direito

aos setores mais marginalizados e vulneráveis da população; **(II) acessibilidade física:** instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial dos grupos vulneráveis ou marginalizados, das minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças e adolescentes. Incluem-se aqui as pessoas que vivem nas zonas rurais ou de difícil acesso; **(III) acessibilidade econômica:** instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos e o pagamento pelos serviços de atenção à saúde deve atender ao princípio da equidade; **(IV) acesso à informação:** compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias.

c) Aceitabilidade: Define-se como o respeito pela ética médica e padrões culturais por parte dos serviços de saúde.

d) Qualidade: Entendida como a adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico, médico e de boa qualidade. (COMITÊ, 2000, p. 3-4).

A recomendação referida ainda destaca o alcance da expressão contida no § 2º do art. 12, alínea d (Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais) ressaltando que se trata da *obrigação de criar condições que assegurem a todos assistência e serviços médicos, incluindo o acesso igual e oportuno aos serviços básicos preventivos, curativos e de reabilitação*. Destaca ainda alguns temas de alcance geral, considerados especiais, quais sejam: “não discriminação e igual trato; perspectiva de gênero; saúde da mulher; crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com incapacidades; e povos indígenas” (OLIVEIRA, 2010, p. 94).

Sendo assim, a Recomendação do Comitê de Monitoramento do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais dá interpretação ao referido artigo 12 que trata do direito à saúde e ressalta que “toda discriminação referente ao acesso à saúde e aos fatores determinantes básicos de saúde por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, origem nacional, posição social, situação econômica, lugar de nascimento, impedimento físico ou mental, estado de saúde (inclusive HIV/AIDS), orientação sexual ou de outra natureza” é uma violação deste direito, devendo ser consideradas as dimensões supra referidas na análise do cumprimento pelos países do Pacto Internacional firmado (OLIVEIRA, 2010).

Cabe citar que o Comitê, ao tratar de pessoas com deficiência, física ou mental, destaca que não somente o serviço público, mas também os serviços privados de saúde devem, ao lhe dispensar atendimento e atenção, respeitar o princípio da não discriminação. Sendo o serviço público ao prestar esse serviço, além de executá-lo deve também estabelecer padrão ético-jurídico de atendimento, quando o serviço é prestado pelo setor privado, cabe ao Estado manter fiscalização (OLIVEIRA, 2010).

Os Estados-Partes do Pacto estão juridicamente vinculados às obrigações legais específicas que são definidas pelo Comitê. A obrigação de respeitar configura-se no dever estatal de não limitar o acesso igualitário aos serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos; de não impor tratamentos coercitivos; e de não ocultar ou desvirtuar intencionalmente informações relacionadas com a saúde.

E a obrigação de realizar o direito à saúde implica para os Estados o dever de adotar medidas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária e judicial, direcionadas à plena realização dos direitos humanos, criando condições efetivas e materiais para que as pessoas possam fruir de seus direitos (OLIVEIRA, 2010).

As obrigações essenciais demarcadas pelo Comitê (2000), que definem bens, serviços, instalações e condições de saúde que são de responsabilidade do Estado, estão a seguir:

a) garantir o direito de acesso a bens, instalações e serviços de saúde sob uma base não discriminatória, em especial com respeito a grupos vulneráveis ou marginalizados; ainda, o Comitê destaca algumas obrigações de caráter mais específico, classificadas como prioritárias: endêmicas; b) assegurar o acesso a uma alimentação essencial mínima, nutritivamente adequada e segura; c) garantir o acesso à habitação, condições sanitárias, e água potável; d) fornecer medicamentos essenciais, segundo o critério da OMS; e) zelar pela distribuição equitativa de bens, instalações e serviços de saúde; f) adotar e aplicar, a partir de estudos epidemiológicos, uma estratégia e plano de ação nacional de saúde pública. Essa estratégia e plano de ação devem prever métodos, bem como o direito a indicadores e bases de referência da saúde que permitam monitorar eficazmente os progressos realizados. (COMITÊ, 2000, p. 13).

As violações à obrigação de realizar podem ser, por exemplo, “*a não formulação de uma política nacional de saúde ou pelo fato de serem os gastos com saúde insuficientes para assegurar a oferta do acesso a bens e serviços*”, dificultando o usufruto do direito à saúde por indivíduos ou grupos, especialmente os dos “vulneráveis ou marginalizados” (OLIVEIRA, 2010).

Apesar das garantias gerais internacionais, as pessoas com deficiência permanecem de certa forma invisíveis, com poucas ações e políticas de atenção. A mobilização social levou no âmbito internacional a formulação da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (CDPD) firmada em 2007, promulgada no Brasil através do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. Esta Convenção tem como propósito promover, proteger e assegurar os direitos dessas pessoas e seu exercício de forma plena e equitativa dos direitos

humanos e liberdades fundamentais, assim como se preocupa com a promoção do respeito pela dignidade da pessoa com deficiência (BRASIL, 2009).

Destaca-se como princípio a não discriminação, a plena e efetiva participação na sociedade, igualdade de oportunidades, a acessibilidade, a autonomia individual a respeito de suas escolhas e opiniões próprias, além do respeito ao desenvolvimento da criança e da preservação de sua identidade.

Quanto à saúde, no artigo 9 que trata sobre a acessibilidade, a Convenção fala da responsabilidade dos Estados assegurarem através de medidas apropriadas a Acessibilidade a todas oportunidades de forma igual aos demais, seja à informação, comunicação, transporte, etc. Cabe destacar também o Artigo 22 que trata da Privacidade, onde na alínea 2 cita: *Os Estados Partes protegerão a privacidade dos dados pessoais e dados relativos à saúde e à reabilitação de pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas.* Este ponto é importante ser lembrado, pois essa necessidade de privacidade é motivo de desistência para surdos irem às consultas de rotina. Por último, o artigo 25 que aborda a saúde em sua alínea d cita:

Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência. (BRASIL, 2011, p. 51).

Além de abordar diversas questões inerentes à dignidade humana da pessoa com deficiência, ressalta que as pessoas com deficiências têm ganhado espaço e reconhecimento nas discussões como uma questão de direitos humanos: civis, culturais, políticos, sociais e econômicos (LENZI, 2012).

#### 4.4. DO DIREITO AO ACESSO À SAÚDE DA PESSOA SURDA

Até final dos anos 80 a política de saúde no Brasil se configurava atendendo aos interesses do Estado, atrelada a um sistema desorganizado, verticalizado, autoritário. Em 1975 com a criação do Sistema Nacional de Saúde inicia-se uma corrente de lutas por uma saúde para todos, a união de militantes compostos por movimentos populares, estudantes,

pesquisadores e profissionais da saúde buscava a reformulação e reestruturação do sistema de saúde, valorizando a democratização da saúde a partir de uma ótica coletiva (PAIM, 2009).

A reforma sanitária enfatizava saúde e democracia como o norte para as mudanças necessárias, neste momento eram valorizadas as concepções marxistas e sociais da saúde, acabando por não reduzir este setor a questões biológicas e funcionais, ali se desenvolvia uma nova ótica, uma proposta de saúde coletiva. Com isto, ocorre o momento de redemocratização da saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), responsável pela criação mais tarde do capítulo “Saúde” na Constituição de 1988 (PAIM, 2009).

O SUS nasce então da participação popular, da voz de grupos que valorizavam a democracia e avanço da saúde para todos e principalmente com todos. A constituição de 88 traz a concepção de saúde como um direito ligado à concepção de cidadania, portanto, é reconhecida como Constituição Cidadã (PAIM, 2009).

Dallari (2009) refere-se ao processo social de saúde-doença e cuidado e a importância da participação social dos cidadãos na construção do direito à saúde. Nesse sentido, afirma a autora que a saúde não pode ser de responsabilidade individual de ninguém, pois ela depende além do ambiente social e econômico que a pessoa vive, depende também da forma como esse ambiente é condicionado pelo Estado e como o indivíduo está próximo a ele. Diz ainda que as condições físicas e psicológicas dessas pessoas podem ser fatores que favorecem ou dificultam seu adoecimento. Assim, afirma a autora que mesmo antes da Lei Federal n.º 8.080/1990 estabelecer a participação popular na construção do direito à saúde, o próprio conceito ampliado de saúde, não restrito ao binômio saúde-doença exigia a participação popular, considerando que:

A evolução social exige a participação popular, não só por meio da eleição de representantes, seja nos parlamentos, seja na Administração, mas também diretamente, propondo projetos de lei ou participando de audiências públicas nas Casas Legislativas, ou ainda, definindo a orientação das políticas de saúde ou acompanhando a sua execução nas Conferências e Conselhos de Saúde, junto à Administração, por exemplo;

Para que se possa garantir, até as últimas instâncias, o direito à saúde, é preciso que a expressão “direito à saúde” tenha o mesmo sentido para as pessoas em geral, para os parlamentares, os gestores públicos e para os operadores do direito, e esse sentido só pode ser encontrado pelas próprias pessoas da comunidade interessada, devendo ser, portanto, permanentemente construído. (DALLARI, 2009, p. 97).

Como dito por Dallari, apenas aqueles que vivem em determinada situação são capazes de buscar a prática justa do direito através da manifestação de seus anseios, logo de se conceituar o que se entende por saúde naquela comunidade. Diz ainda que a “existência e a

efetividade desse controle popular podem ser verificadas pelo Poder Judiciário em cada momento da implementação da política, desde sua elaboração até a prestação do serviço”.

A participação popular foi a característica mais forte durante a construção do projeto nacional de saúde que hoje conhecemos como SUS, a tomada de decisões e controle social desse momento proporcionou uma reforma sanitária que convergia com as ideias de democracia e liberdade das amarras de um sistema autoritário. Segundo Paim (2009), a criação do SUS se centralizou na ideia de que todos tem direito à saúde, neste contexto, o direito à saúde é ligado à condição de cidadania, que:

Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social democrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2009, p. 28).

A seção II da Carta Magna trata exclusivamente da Saúde. No 1º artigo da Lei Orgânica do SUS já temos a saúde como um assunto de responsabilidade total do Estado, que segundo ela, deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Lei Federal 8.080/90).

Todo e qualquer serviço ou ação de saúde integrado ao SUS no país deve respeitar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1990, p. 4).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2004b), propunha:

Aprimoramento das ações de saúde auditiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs a organização de uma rede hierarquizada, regionalizada e integrada entre a atenção básica, a média e a de alta Complexidade, buscando, desta maneira, garantir não só o diagnóstico e reabilitação auditiva, mas a promoção e a proteção, bem como a terapia fonoaudiológica de adultos e crianças. (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014, p. 242).

Hoje podemos encontrar fragmentos da política no capítulo V que trata dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, no capítulo III que classifica os Centros de Reabilitação (CER), entre outros componentes da nova Portaria de Consolidação nº 3 que consolida demais portarias. A referida Portaria nº 3 cita o que é relevante para o presente trabalho:

Art. 16. A implantação dos pontos de atenção que compõem o componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS, observadas as seguintes diretrizes: I - proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências;) II - garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes; III - promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde. (BRASIL, 2012c, p. 3).

Após leitura da nova atual Portaria Ministerial, não foi identificado nenhum tipo de consideração sobre outros aspectos relacionados à cultura surda, sua língua e demais aspectos necessários para o estabelecimento e elaboração de leis que vão alcançar justamente este público, o que aponta a desvalorização desses aspectos na construção de normas de grande peso, não só para as entidades públicas, mas como para a sociedade.



Apesar de a PNASA ter apresentado papel inovador sendo promotora não somente de recuperação da saúde auditiva, mas também de sua promoção, acabou por ser revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, como já citado anteriormente no trabalho, e segundo estudo realizado, ainda sofria com a falta de monitoramento que permitiria acompanhar a implementação da política nos serviços, monitoramento agora pautado na Seção II da Portaria nº3, como competência das esferas estaduais e federal.

Com esse intuito, o acesso ao cuidado auditivo foi utilizado como parâmetro na abordagem da universalidade. A integralidade foi enfocada como superação da fragmentação do cuidado individual e articulação das ações e serviços necessários nos diferentes níveis de complexidade do sistema. E a equidade foi examinada na perspectiva da igualdade em saúde, compreendida como a noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLY, 2014, p. 2180).

Em um estudo realizado no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Média Complexidade localizado em um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de agosto a outubro de 2009, as autoras constataram dificuldade de se cumprir o princípio da universalidade no fato de que profissionais de saúde do serviço de atenção à saúde auditiva não estavam capacitados para atender usuários surdos, que já adeptos de língua de sinais e identidade própria tinham dificuldade em acessar esse tipo de serviço que prioritariamente é direcionado a eles (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLY, 2014).

Durante a pesquisa apenas um profissional sabia fazer uso da língua de sinais. Motivo atribuído à barreira de acesso dos surdos ao serviço de atenção primária. A assistente social do serviço relatou não atender surdos desacompanhados de familiares ou fonoaudiólogos capacitados em LIBRAS, por não saber se comunicar e não entender esses usuários. Foi apontada a barreira comunicacional existente pela ausência de intérpretes, sendo que mesmo presentes não significava um atendimento de qualidade, como relatado na seguinte fala: “É comum, nos casos em que a comunicação é mediada pelo intérprete, que o surdo apresente a sensação de constrangimento e desconfiança na presença do mesmo”. Quanto à atenção integral à saúde auditiva, onde se entende por integralidade o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Lei 8080/90), esse princípio também sofre devido à falta e/ou dificuldade de comunicação existente no atendimento ao usuário surdo (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLY, 2014).

Apesar da reformulação política do SUS, onde se buscou a universalidade e equidade sob supervisão e organização do Estado, ainda não é considerado o modelo economicista presente quando se trata da discussão oferta/demanda, que desvaloriza aspectos subjetivos e objetivos, individuais e coletivos que deveriam ser considerados para a garantia da integralidade da atenção à saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Na perspectiva de uma integralidade ampliada (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLY, 2014), onde a rede de serviços e a relação profissional com o usuário são valorizadas, verificou-se que a dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários em função do desconhecimento da Libras, além de dificultar o acesso destes prejudica a relação profissional-paciente.

Nessas circunstâncias, a interação entre ambos tende a não favorecer a identificação, por parte do profissional, das demandas de ações e serviços de saúde adequadas para cada sujeito.”...“Outra questão relevante que fere o princípio da integralidade se refere a um cuidado fragmentado e reducionista, pois o foco das ações recai sobre a ênfase no oferecimento de aparelhos auditivos em detrimento das sessões de terapia fonoaudiológica e dos atendimentos psicológicos e do serviço social. (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLY, 2014, p. 2184).

A integralidade se faz presente desde a relação entre profissional usuário a elaboração de políticas públicas, Vianna *et al.*, (2014) criticam a falta de intersetorialidade tanto na elaboração de políticas de saúde quanto nas ações provenientes delas.

No tópico de Saúde Auditiva e Equidade, o trabalho trata deste aspecto no sentido da igualdade de direitos na prevenção de doenças e promoção da saúde. No seguinte relato, fica claro que para as famílias que se encontram em estado de vulnerabilidade social, a DA torna-se uma dificuldade ainda maior para ser enfrentada no dia a dia.

Você tem famílias que precisam de tantas outras coisas, que fazer escutar ou não, é um mero detalhe. Famílias muito carentes em muitas coisas. [...] a gente até arriscou dizer que mesmo se aquela criança fosse ouvinte, nem assim ela falaria. Porque não tem estímulo pra isso. [...] Muito grande são as dificuldades sociais dessas famílias, que muitas vezes moram em lugares violentos. Se você pergunta se ele escuta, a família responde: — Ah, ele ouve sim! — Ouve? Ele ouve o quê? — Ah! Ele vive ouvindo barulho de tiro. Nossa! Isso dói ouvir. Mas é a realidade. O único som que ele escuta é o barulho de tiro e é o único som que a gente reza pra que os nossos filhos não escutem. (Fonoaudióloga 2) (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLY, 2014, p. 2185).

Neste sentido o olhar e o cuidado integrais são aspectos necessários não somente ao fonoaudiólogo ou ao psicólogo, mas a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo

do cuidado. Ainda assim, a autonomia de cada profissional em seus saberes e práticas, também faz parte de um atendimento mais equitativo, integral e universal.

Se tratando ainda da acessibilidade e responsabilidade social, principalmente dos profissionais de saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que foi instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002: “Compreende a promoção da qualidade de vida como responsabilidade social compartilhada e a melhoria dos mecanismos de informação como estímulo às pesquisas em saúde e deficiência, qualificação dos registros e coletas de dados e a viabilização de produção e distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis em Braille e Libras” (CHAVEIRO *et al.*, 2013). Atualmente, esta política está regulamentada na Portaria de Consolidação nº 2, que trata no capítulo VI da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Sendo assim, a capacitação e formação adequada dos profissionais de saúde em Libras que são imprescindíveis para um atendimento de qualidade e garantia de seus direitos, já não podem ser encontradas na respectiva política em sua nova forma.

Se tratando da garantia de direitos, Paim (2009), indica que o acesso universal acontece quando todo brasileiro pode alcançar qualquer ação ou serviço de saúde sem qualquer barreira, seja ela econômica, legal, física ou cultural. Além disso, o acesso igualitário seria aquele promovido sem qualquer preconceito ou discriminação. Sendo possível a atenção integral em saúde somente quando esses aspectos são respeitados e valorizados.

Assis e Jesus (2010), apontam quatro (4) dimensões do acesso: Econômica, técnico-assistencial, política e simbólica.

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde. (JESUS; ASSIS, 2010, p. 2).

Neste trabalho será adotado o conceito acima que ultrapassa aquele entendido como porta de entrada a determinado serviço, mas entendido como elemento *transformador da realidade* além de ser o conceito mais próximo a perspectiva filosófica que fundou o campo da Saúde Coletiva. Jesus e Assis (2010) apontam sua definição como modelo sanitarista-politicista, no qual o acesso expressa:

Direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente, num conceito ampliado, de base marxista, explicitando a construção do sistema e a conformação das práticas de maneira participativa, com cidadania, intervindo na gestão através do controle social. (JESUS; ASSIS, 2010, p. 2).

Neste conceito, existem dimensões específicas que atendem de maneira mais adequada as questões referentes à saúde do surdo, no caso, a aceitabilidade que vai tratar justamente da relação dos trabalhadores de saúde e usuários, suas características e a aceitação na prestação de serviços a esses usuários (JESUS; ASSIS, 2010).

Sancho e Silva (2013), dizem que o acesso por si só como termo, possui inúmeras interpretações e definições que tem sido delineadas no decorrer dos anos, fazendo parte de sua construção, a Intersetorialidade, bandeira levantada pela Saúde Coletiva e preconizada pelo próprio SUS. Essa intersectorialidade depende da interseção de disciplinas e campos de saberes que proporciona a fluidez do funcionamento entre esses elos operativos. Tratando-se da Saúde, especificamente a saúde do surdo, a falta da intersectorialidade nos serviços fica evidente quando não são valorizados aspectos inerentes às condições humanas do surdo, que tem seu acesso reduzido devido às barreiras.

O acesso à satisfação das necessidades de saúde só se dará caso a provisão desses serviços seja decorrente da ação concreta e responsável do Estado, ou seja, caso este providencie condições e recursos necessários para este fim e, ao mesmo tempo, entronize o ideal de que a saúde é direito de todos os indivíduos reconhecidos e legitimados como cidadãos, portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das iniquidades e desigualdades sociais que os diferenciem. (SANCHO; SILVA, 2013, p. 10).

Ainda tratam da questão de igualdade social como uma questão de responsabilidade do Estado. As leis brasileiras nessa matéria tem sido insensíveis às circunstâncias, sendo sensível apenas à distribuição igual de recursos, promulgados em Carta Magna e regulamentado por leis, decretos e políticas, dando a entender ainda que o acesso não se resume a oferta e demanda de serviços de saúde, mas ocorre quando há participação e controle social (SANCHO; SILVA, 2013, p. 11), corroborando com a definição anterior de acesso por Jesus e Assis (2013):

Nesse sentido, o acesso não é interferido pelas dimensões da oferta e demanda, mas sim pela indução à constituição de uma rede de atenção à saúde capaz de responder ao passivo social em saúde. (GIOVANELLA; FLEURY, 1996 apud SANCHO; SILVA, 2013, p. 12).

Ainda assim, apesar dos avanços e movimentos que prezam pela integração e reabilitação da pessoa com deficiência, no Brasil, especificamente na cidade do Rio de Janeiro, o modelo de assistência à saúde vigente ainda trata basicamente da deficiência do indivíduo.

O acesso na perspectiva do Direito, especialmente, dos direitos das pessoas com deficiências e do direito à saúde não deve ser visto como meio de dominação do Estado sobre a sociedade, ele deve ser construído como meio de transformar paradigmas impostos pelo modelo social hegemônico vigente, e consolidar uma atenção à saúde onde a participação social tenha ação efetiva sobre as ações do Estado, sendo neste momento a integralidade o eixo condutor das ações e planejamento de serviços em saúde. Mas isso só ocorre na forma que Giovanella e Fleury inspirados em Berlinguer apontam como *consciência sanitária*, que definem como a tomada a consciência de que a saúde é um direito da pessoa e interesse da comunidade, sendo necessária ação individual e coletiva para alcançá-la (JESUS; ASSIS, 2010).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos que trazem as dimensões subjetivas e sociais do usuário surdo no acesso ao sistema de saúde ressaltam as dificuldades enfrentadas, entre elas, a impaciência dos profissionais de saúde no atendimento e/ou o despreparo ou pouco interesse em desenvolver algum tipo de comunicação e vínculo. Na literatura encontrada, são poucos os estudos que realizaram entrevistas com as pessoas surdas. A maioria das pesquisas não buscam investigar o ponto de vista da pessoa surda, mas sim aspectos clínicos sobre a surdez, como sintetizado no quadro abaixo.

**Quadro 3 - Caracterização dos estudos segundo o objetivo e método**

Autor, título, ano	Objetivo e Método do estudo
<p><i>Freire et. al</i> Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. (2009)</p>	<p>Objetivo: Comparar o acesso a serviços de saúde de pessoas deficientes auditivas com ouvintes.</p> <p>Método: Quantitativo (Quanti), base populacional; Questionário fechado com intérprete de LIBRAS, N= 1.842; Idade &gt; =15 anos (52% mulheres). Aplicação de questionário fechado</p>
<p><i>Levino et. Al</i> Libras na graduação médica: o despertar para uma nova língua (2012)</p>	<p>Objetivo: Relatar a experiência vivenciada no minicurso e divulgar os resultados colhidos da oficina.</p> <p>Método: Qualitativo (Quali); Oferta de minicurso sobre o tema durante semana acadêmica de Medicina, com objetivo de ampliar o conhecimento da Libras na graduação médica.</p>
<p><i>Nóbrega et. al</i> Identidade Surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais (2012)</p>	<p>Objetivo: Compreender as representações sobre surdez entre surdos, com o propósito de refletir sobre políticas públicas e elas destinadas no contexto da dimensão da ética do cuidado.</p> <p>Método: Quali; Grupo Focal: a partir de discussões em três encontros com professores surdos, as políticas públicas, expectativas familiares e normas técnicas foram criticadas.</p>

<p><i>Chaveiro et. al</i> Relação do Paciente Surdo com o Médico (2009)</p>	<p>Objetivo: Analisar os aspectos legais e socioculturais da relação entre paciente surdo e médico.</p> <p>Método: Quali; Revisão Sistemática, Análise bibliográfica. Revisão em base de dados do período de 1996-2006 utilizando os termos "paciente", "surdo", "saúde" e "comunicação".</p> <p>Objetivo: Apresentar as peculiaridades do acesso à saúde da população surda aos serviços de Atenção Básica e a percepção dos gerentes de unidades de saúde a esse respeito.</p>
<p><i>Ianni, A. e Pereira, P.</i> Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde (2009)</p>	<p>Método: Quanti Quali; Pesquisa exploratória e Aplicação de questionário, 2 ETAPAS. N=4 informantes chaves (2, sendo um líder da comunidade surda e outro pai de um usuário surdo e 2 representantes do órgão público). Entrevistas com quatro informantes chaves e questionário fechado para 21 gerentes de UBS/SP.</p>
<p><i>Aragão et. al</i> Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde (2014)</p>	<p>Objetivo: Investigar o acesso e comunicação de adultos surdos nos serviços de saúde.</p> <p>Método: Quanti; Estudo Descritivo 2011-2012. Questionário fechado com intérprete de LIBRAS, N= 36, idade &gt;=18 anos. Questionário aplicado aos 36 participantes surdos, divididos em dois grupos focais de forma aleatória (sorteio), análise estatística descritiva no SPSS.</p>
<p><i>Chaveiro, N. e Barbosa, M.</i> Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social (2005)</p>	<p>Objetivo: Discutir a assistência a saúde do surdo como fator de inclusão social.</p> <p>Método: Quali; Estudo descritivo – analítico; análise de conteúdo. Entrevistas traduzidas por intérpretes de LIBRAS. N= 20 alunos surdos &gt;=18 anos; Estudo realizado em Goiás Entrevistas que abordavam aspectos de: "vínculo estabelecido com profissionais; as dificuldades de comunicação; fatos positivos e negativos relativos à assistência à saúde; a presença do intérprete de LIBRAS no atendimento, explicitando suas dúvidas e percepções".</p>
<p><i>Oliveira et. Al</i> Comunicação como ferramenta essencial para a assistência à saúde dos surdos (2014)</p>	<p>Objetivo: Revelar como o surdo compreende a comunicação com os profissionais de saúde e compreender o significado da presença de um acompanhante oralizado como interlocutor, durante atendimento na rede pública de serviços de saúde.</p> <p>Método: Quali; Entrevistas realizadas pela pesquisadora fluente em LIBRAS, N= 11 surdos fluentes em LIBRAS ativos na Fundação Centro de Atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência (FUNAD), Estudo realizado</p>

	na Paraíba. Dados submetidos à análise de conteúdo temática
<p><i>Magrini et. al</i> Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? (2014)</p>	<p>Objetivo: Investigar a comunicação dos funcionários com o paciente surdo, em uma unidade de saúde, e consequente cumprimento do decreto Nº 5626.</p> <p>Método: Quanti e Quali; Estudo transversal, Questionário aplicado, N= 40 funcionários Unidade de Saúde do SUS. Estudo realizado em Belém – PA. Análise quantitativa e qualitativa do discurso dos funcionários, sob a ótica da Análise de Conteúdo Categorical Temática</p>
<p><i>Fernandes et. al</i> Conhecimento de alunos deficientes auditivos e de seus educadores relacionado às doenças sexualmente transmissíveis (2009)</p>	<p>Objetivo: Identificar o conhecimento de ambos os grupos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST).</p> <p>Método: Quanti e Quali; Estudo exploratório, N= 23 profissionais, N= 20 alunos de idade &gt; =15 anos (agosto a dezembro de 2004). Análise de conteúdo dos dados; Critérios de inclusão (alunos): ser aluno surdo devidamente matriculado nas instituições e aceitar participar da coleta de dados.</p>
<p><i>Schiling et. Al</i> Classificação socioeconômica e qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva (2016)</p>	<p>Objetivo: Investigar a relação da classificação socioeconômica e a percepção da qualidade de vida de pessoas que possuem um familiar com deficiência auditiva.</p> <p>Método: Quanti; Estudo descritivo, N= 20 - 22 a 70 anos. Pesquisa Critério de Classificação Econômica Brasil e o questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF Familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva, inseridos no Sistema Único de Saúde</p>
<p><i>Tedesco, M. e Junges, J.</i> Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária (2013)</p>	<p>Objetivo: Apontar os desafios que os profissionais da saúde comunitária do GHC vivenciam no atendimento a usuários surdos.</p> <p>Método: Quali; Estudo exploratório-descritivo. Entrevistas: N=14. Análise temática categórica</p>
<p><i>Chaveiro et. al</i> Revisão de Literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde (2008)</p>	<p>Objetivo: Analisar e identificar a comunicação entre o paciente surdo e o profissional da saúde, bem como investigar a assistência oferecida.</p> <p>Método: Revisão sistemática, Coleta em bases de dados: N= 70 artigos, Após exclusão n=51 artigos. Pesquisa documental sobre o assunto</p>



<p><i>Machado et. al</i> Procura pelo curso de língua de sinais brasileira: estudo descritivo exploratório (2012)</p>	<p>Objetivo: Discutir as razões que levam cidadãos comuns e profissionais de diversas áreas a procurar o Curso da Língua de Sinais Brasileira.</p> <p>Método: Quali; Estudo exploratório-descritivo: N= 30 alunos do curso de Libras em Contexto; Análise de discurso de Orlandi. Estudo realizado de março a maio de 2010</p>
<p><i>Machado et. Al</i> Língua de Sinais: Como a equipe de enfermagem interage para cuidar de clientes surdos? (2013)</p>	<p>Objetivo: Identificar como profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário interagem para cuidar de seus clientes surdos.</p> <p>Método: Quali-quantitativo; Aplicado questionário com perguntas abertas e fechadas: N= 37 membros de equipe de enfermagem do Hospital Gafree e Guinle - UNIRIO Estudo realizado em 2012</p>
<p><i>Chaveiro et. Al</i> Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda (2013)</p>	<p>Objetivo: Construir a versão em Libras dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-DIS para avaliar a qualidade de vida da população surda brasileira.</p> <p>Método: Utilizada metodologia proposta pela OMS (WHOQOL-BREF e WHOQOL-DIS) para a construção dos instrumentos adequados à população surda brasileira, constituída de 13 etapas.</p>

Fonte: Elaboração própria.

A partir desta caracterização do material bibliográfico identificou-se dois grandes eixos temáticos para a discussão.

O primeiro eixo – Barreiras de Acesso – descreve as fragilidades do acesso à saúde do surdo, e busca responder duas perguntas: quais os problemas que os autores encontram, as soluções e encaminhamentos sugeridos os acreditam serem as melhores propostas.

O segundo eixo, busca apontar aspectos dos direitos das pessoas surdas e como a não efetivação desses direitos pode afetar o acesso desses sujeitos no cotidiano do serviço de atenção e cuidado à saúde.

Em síntese, os problemas enfatizados e que tiveram maior prevalência no 1º eixo temático foram: 15 artigos a apontam a Comunicação de forma mais genérica; a Comunicação Interpessoal é tratada em dois (2) trabalhos e como Comunicação Não Verbal em outro (1). A falta de capacitação dos profissionais de saúde surgiu como maior problema de acesso em seis (6) diferentes trabalhos. Além dessas dificuldades foram observadas nos estudos a baixa

captação na atenção básica das pessoas surdas, que acabam tendo como referência o serviço de saúde na atenção terciária e/ou secundária.

As soluções propostas mais recorrentes recomendam a capacitação dos profissionais de saúde em Libras, e a maior valorização da habilitação e formação desses profissionais não só na língua de sinais, mas também na comunicação não verbal. Corroborando com o resultado desse estudo, Aragão *et al.*, (2011), Alves *et al.*, (2009), Chaveiro *et al.*, (2005) ressaltam em seu trabalho que a comunicação tem se mostrado como uma das principais barreiras para um atendimento integral e pode promover o estabelecimento de vínculos entre o profissional e o usuário.

No segundo eixo temático – direitos das pessoas surdas – evidenciou-se durante a leitura que as questões relacionadas como barreiras à efetivação dos direitos dos surdos, foram: preconceito durante o atendimento com o profissional de saúde (2); Autonomia (2) e Privacidade (2), violadas durante o atendimento onde há a presença de terceiros; questões mais amplas de cidadania da pessoa surda (3); as implicações negativas na qualidade de vida (2) deste grupo devido ao déficit da garantia de direito ao acesso à serviços básicos de saúde. Além desses termos que se repetiram por mais de uma vez, cabe ressaltar aspectos relevantes como Surdos confundidos com deficientes mentais, que surgiram durante a leitura como fatores importantes a serem observados relacionados ao estigma.

Após a leitura dos trabalhos achados, a fim de uma análise de maior rigor e de maior facilidade, foram analisados os artigos de acordo com os referenciais conceituais e jurídicos contextualizados no capítulo anterior, e identificadas as seguintes categorias temáticas prevalentes: Acesso aos serviços, Língua de Sinais, Relação profissional-usuário e Inclusão na Saúde.

## 5.1 ACESSO AOS SERVIÇOS

Um estudo realizado na cidade de Canoas que aborda a prevenção, comparou o acesso dos portadores de deficiência auditiva incapacitante e ouvintes a serviços assistenciais e de prevenção, e revelou que 77,7% das pessoas com DA relataram não fazer uso de preservativo na última relação sexual e 44% das mulheres relataram não ter o hábito de realizar auto-exame

de mama, e quanto à percepção de se contrair a AIDS 60,6% dos entrevistados com DA responderam ser impossível pegar AIDS<sup>7</sup> (FREIRE *et al.*, 2009).

Neste mesmo estudo, a amostra de pessoas com DA teve maior prevalência no atendimento de nível terciário (RP=1,5;IC=1,1-2,1), o que se justifica por ser o local onde realizam tratamentos especializados para sua própria deficiência, onde esse público pode contar com pessoal capacitado e maior vínculo no cuidado. Dados reforçam que surdos procuram atenção à sua saúde em serviços de nível secundário e terciário para solucionar agravos que poderiam ser resolvidos na atenção básica, o que indica o despreparo/barreira desse último em promover ações de saúde acessíveis a essa população (FREIRE *et al.*, 2009; ARAGÃO *et al.*, 2012).

A comunicação também é apontada como principal obstáculo para o estabelecimento de uma relação de vínculo integral durante o processo de cuidado do usuário surdo no serviço de saúde (FREIRE *et al.*, 2009; PEREIRA; IANNI, 2009; ARAGÃO *et al.*, 2012;).

A ausência do uso de comunicação não verbal com esta população se mostrou como um aspecto de grande entrave para a construção de vínculo e atendimento adequado ao usuário do serviço de saúde, sendo grande responsabilidade do profissional de saúde desenvolver essa habilidade, pois, é um instrumento a ser utilizado com todos os pacientes, a fim de se dar significado a expressões não-verbais possibilitando maior interação (ARAGÃO *et al.*, 2012; ALVES *et al.*, 2012; CHAVEIRO *et al.*, 2008).

Pereira e Ianni (2009) constata principais aspectos relacionados às barreiras comunicacionais apontadas em seu trabalho, que seriam:

Dificuldades na marcação de consulta por telefone, ausência de intérprete, surdo confundido com deficiente mental, falta de língua em comum, falta de paciência”; insumos tecnológicos - falta de aparelhos auditivos, telefones especiais para surdos, meios comunicativos visuais, adaptações em iluminação, celulares e emails; políticas públicas- escassez de profissionais de reabilitação, usuários não referenciados pelo setor da Educação já que estão excluídos da escola, políticas ouvintizadoras, ausência de legendas em campanhas, falta de serviços assistenciais; queixas inespecíficas- má vontade do profissional no atendimento, resultando uma assistência de baixa qualidade, dificuldades socioeconômicas. Foram apontadas hipóteses para o surgimento dos problemas anteriores: falta de capacitação dos profissionais e ausência de intérpretes nos serviços, políticas compensatórias/assistencialistas e a referência e contra-referência do setor Saúde e Educação feita de forma incorreta. (PEREIRA; IANNI, 2009, p. 91).

---

<sup>7</sup> Quando os dados foram estratificados por faixa etária, a situação se modifica, revelando diferença significativa na faixa etária de 20 a 39 anos.

## 5.2 COMUNICAÇÃO (LÍNGUA DE SINAIS)

Nesta categoria, a comunicação foi apontada como um problema de origem social e cultural, pois a sociedade ouvinte não está preparada para recebê-los de forma adequada, revelando questões mais profundas do problema de comunicação, o preconceito (LEVINO *et al.*, 2013). Neste mesmo estudo, foi dito que se torna cada vez mais necessária uma capacitação que aborde não somente os aspectos linguísticos, mas também sociais e culturais que podem interferir no cuidado desse usuário (LEVINO *et al.*, 2013).

Destaca-se também um estudo que após aplicar um minicurso entre graduandos de Medicina, obteve resultado positivo em ampliar o conhecimento da Libras na graduação médica, através da inserção de conteúdo que tratava não somente da língua de sinais, mas também de aspectos individuais sobre o Surdo, sua cultura etc (LEVINO *et al.*, 2013).

Dos meios de comunicação utilizados para o atendimento de pacientes surdos, a “escrita” (17,5%) e “fala+gestos+escrita” (17,5%) tiveram predomínio, enquanto gestos+Libras apareceu somente em 2,5%. Outro estudo (TEDESCO; JUNGES, 2013), também chega a esses dados, onde as formas de comunicação predominantes foram a comunicação escrita, a presença de um acompanhante ou familiar e o uso de gestos.

Apenas dois trabalhos explicitaram a necessidade de se fazer campanhas, cartazes e outros instrumentos já utilizados nas unidades de saúde voltados ao público surdo, no caso, na língua de sinais (MAGRINI; SANTOS, 2014), onde foi proposto um manual prático com sinais da língua específicos para o contexto da saúde, o que é coerente, já que hoje o que se ensina são noções extremamente básicas como o alfabeto e saudações, sinais que se perdem na memória com o tempo, o material em forma de manual poderia ser de divulgação extensa e disponível para todas as áreas da saúde (LEVINO *et al.*, 2013).

Destaca-se ainda o estudo (NÓBREGA *et al.*, 2012), que trata das identidades sociais que podem ser encontradas entre os indivíduos surdos, e aponta que historicamente a fala sempre foi privilegiada em detrimento da língua de sinais, sendo a língua oral imposta por mais de uma vez como ideal para a formação do sujeito. Sendo a deficiência auditiva vista apenas pela ótica biomédica as tentativas de oralização através de tecnologias como o implante coclear sempre foram valorizadas. No entanto, a Libras assim como a língua portuguesa é constituída de estrutura linguística e capaz de desenvolver a cognição e demais componentes que advém da linguagem. A partir de discussões em três encontros com professores surdos, as políticas públicas, expectativas familiares e normas técnicas foram criticadas por serem moldadas a partir de premissas “técnico-profissionais hegemônicas” que visam “normatizá-los

e encaixá-los na sociedade ouvinte”, quando na verdade se reconhecem dentro de uma cultura e identidade diferentes da apresentada.

Em estudo realizado na Paraíba (ARAGÃO *et al.*, 2012), de uma amostra de 25% dos participantes, 44,4% relataram não procurar o serviço de saúde por não ter quem os acompanhe. Quanto às formas de expressão utilizadas na relação com o profissional de saúde, de um universo de 36 (100%) adultos surdos, 31 (86,1%) relataram se expressar com a ajuda de um familiar, não sendo o método ideal, ainda preferem quando o profissional é habilitado na comunicação não verbal.

Machado *et al.*, (2012), em seu estudo que busca revelar a procura de profissionais de saúde por cursos de Libras, revela que existe deficiência na formação e capacitação até mesmo no eixo Educação Especial, onde há relato de “receber certificados de pós-graduação em educação especial de surdos sem que os cursos oferecessem noções de Libras”. Apontando para a realidade muito diferente das políticas instituídas. Existe a busca e vontade de se comunicar e aprender formas de fazê-lo na assistência a saúde, no entanto, profissionais encontram entraves justamente pela falta de preparo desde sua formação acadêmica. Diz ainda que, não há como enfermeiros oferecerem um atendimento de qualidade sem conhecer a língua utilizada pelos surdos.

Machado *et al.*, (2013), ao tentar identificar como profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário interagem para cuidar de seus clientes surdos, constatou que entre os 37 participantes, 100% relataram não ter domínio da Língua de Sinais, enquanto que, 43% já tiveram algum contato no cuidado com um paciente surdo. Dessa amostra de 43% (16), as estratégias de comunicação utilizadas foram:

12 (46,15%) referências ao uso da mímica; 4 (15,38%) menções ao uso da leitura labial; 8 (30,77%) referências ao uso da escrita; 1 (3,85%) referência ao uso do desenho; e 1 (3,85%) menção à ajuda do intérprete de Libras para se comunicar com clientes surdos quando lhes prestaram cuidados de enfermagem”. Entre os que relataram nunca ter atendido um cliente surdo (57%), as estratégias de comunicação sugeridas foram “10 (31,25%) sugestões para o uso da mímica; 9 (28,13%) para leitura labial; 5 (15,63%) para uso da escrita; 2 (6,25%) sugestões para uso do desenho; 1 (3,13%) sugestão para se recorrer ao intérprete de Libras; e 5 (15,63%) respostas em branco. (MACHADO *et al.*, 2013, p. 287).

Chaveiro *et al.*, (2013), em seu trabalho indaga a possibilidade de se utilizar o instrumento que afere a qualidade de vida das pessoas na população surda, já que este é traduzido em mais de 20 idiomas porque não traduzido em Libras, a autora questiona: “Por que não considerar esses mesmos critérios em relação à população de surdos? Como fazer

*uma avaliação fidedigna da qualidade de vida de surdos que usam a língua de sinais, com instrumentos em uma língua que eles não dominam? ”. Ressalta que a qualidade de vida de surdos que utilizam a língua de sinais só pode ser efetivamente realizada se utilizados instrumentos adaptados e traduzidos para esta população.*

### 5.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

Magrini e Santos (2014), ao investigar o cumprimento do Decreto Presidencial nº 5626/2005 nas unidades de saúde, aplicaram questionário onde da amostra de 40 profissionais, 80% atendiam a pessoas surdas, 97,5% responderam não estar preparado para o atendimento adequado, 92,5% não sabem se comunicar por Libras, 77,5% já sentiram a necessidade de se comunicar em libras em algum atendimento, 82,5% não sabiam se comunicar com surdos e/ou deficientes auditivos, no entanto, a mesma porcentagem relatou procurar curso em Libras por iniciativa própria, 97,5% gostariam que a unidade oferecesse o curso, mas 90% afirmaram que se o curso existisse o fariam.

A angústia, impotência, ansiedade, despreparo e outros sentimentos semelhantes durante o atendimento de uma pessoa surda foram relatados pelos funcionários, dentre as justificativas para a não realização do curso de Libras, as mais frequentes foram: falta de tempo, falta de informações sobre o curso, problema financeiro e ausência de necessidade (motivada pesa falta de incentivo, curiosidade e vontade) (MAGRINI; SANTOS, 2014).

Tedesco e Junges (2013), apontam que o momento do acolhimento compõe um cenário de conflitos éticos no dia a dia, sendo para o deficiente auditivo de maior dificuldade, pois, “se deparam com o problema da comunicação interpessoal, pois o usuário surdo precisa comunicar sua necessidade e ser orientado quanto à conduta a ser seguida”.

Chaveiro *et al.*, (2008), em sua revisão, constatou que entre os países que publicaram sobre o atendimento do paciente surdo, os responsáveis pela maior quantidade foram EUA, Inglaterra e Alemanha, enquanto o Brasil ficava em um dos últimos lugares. Revela ainda que, surdos relatavam que a presença do intérprete, apesar de facilitador, promove o desconforto na exposição de sua intimidade, gerando constrangimento, desconfiança, sentimento de piedade, além da dependência da presença desses intérpretes. A escrita também não apresenta facilidade, já que funciona como língua estrangeira para esse grupo.

## 5.4 INCLUSÃO NA SAÚDE

Em uma pesquisa realizada numa escola especial em Goiânia se revelou que a presença de intérpretes nas unidades de saúde significa a valorização das diversidades, principalmente para os surdos, o estudo revela também que apesar de surdos e ouvintes viverem na mesma sociedade e cultura, a qualidade e igualdade de atendimento na saúde são diferentes, sendo pior para os surdos, 100% dos entrevistados relataram sofrer dificuldades de comunicação no atendimento (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

Segundo Fernandes *et al* (2009) a supervalorização da voz levou aos indivíduos surdos a exclusão de seus valores sociais, culturais e linguísticos. A sexualidade é um assunto não tratado nos lares desses surdos, seja por desconhecimento dos pais sobre o assunto, seja pela dificuldade de comunicação com seus filhos. Dos questionados sobre o conhecimento das DST's, apenas 8 (40%) alunos surdos conheciam, 9 (45%) evidenciaram conhecimento limitado e 3 (15%) indicaram desconhecer completamente a matéria. Das fontes de informação acerca do assunto, os profissionais citaram os livros, logo em seguida a televisão como meio de adquirir informações sobre o assunto, tendo por fim a escola. Já os alunos surdos relataram ser os amigos/vizinhos a principal fonte de informação sobre o assunto (DST), sendo a televisão a quarta colocada do ranking. Ambos, alunos e professores apresentaram dificuldades em detectar e qualificar as DST's apresentadas em certo momento, o que coloca a falta de trabalho educativo em saúde tanto para os alunos quanto para os professores.

A prevalência de atendimento de pacientes surdos em serviços de saúde de nível terciário, por incapacidade dos serviços de atenção básica em atender esse público, fere o princípio da Universalidade do SUS, pautado na Lei 8080/90, que trata do acesso de maneira igual a todos os níveis de serviços de saúde. Quando se trata de educação em saúde, o artigo que compara o acesso aos serviços (FREIRE *et al*, 2009), parece tentar passar a ideia de que as campanhas e medidas preventivas devem ser específicas não somente para o público deficiente auditivo, mas valorizando as diferenças existentes nesta população. Sendo que, apesar de demonstrar preocupação com as questões mais particulares desse universo, o mesmo estudo coloca que a pessoa com DA pode apresentar problemas de linguagem e dificuldades cognitivas, dizendo ainda que indivíduos surdos têm condições de saúde inferiores a dos ouvintes. Esse comportamento encontrado também em outro estudo (FERNANDES *et al*, 2009), culpabiliza o indivíduo que está refém de uma sociedade que desconhece sua cultura e suas individualidades.

Apenas um estudo aborda a necessidade de integralidade na atenção à saúde e esforços intersetoriais entre os setores que recebem usuários surdos, tratando da responsabilidade individual e coletiva desses profissionais em promoverem não só a cidadania do surdo como a sua própria, ora como educador ora como promotor de saúde em seus respectivos ambientes (FERNANDES *et al.*, 2009).

Nascimento *et al.*, (2016), diz que a família é o primeiro núcleo social que o indivíduo está inserido, responsável também pelo desenvolvimento psíquico e linguístico adequado, nela encontrará a definição de qualidade de vida, sendo definida pela OMS como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, padrões e preocupações”. A questão econômica e financeira é grande indicador para a qualidade de vida dessas pessoas com deficiências, pois tornam-se mais deficientes em termos de recursos e alternativas que favoreçam seu desenvolvimento. Diz ainda que, a detecção da perda auditiva na criança pode ser motivo de desordem e conflito no seio familiar, pois promove um choque entre os integrantes, que deveriam estar inseridas em todo o processo de reabilitação. Portanto, conclui que as famílias que tem como integrantes familiares com deficiência auditiva têm sua qualidade de vida afetada maior se comparada a outros tipos de deficiências, pois esta influi na linguagem e fala.

É apontado ainda, que o acolhimento deve ser visto como a porta para “qualificação das relações e processos no SUS”, sendo este momento ideal para a inversão do modelo técnico-assistencial. Sendo necessário o cuidado dialogado, que “só é possível entendendo a conversa como um instrumento do acolhimento e organizando o serviço como uma rede de conversações”, fundamental para o usuário surdo. Propõe então a inserção desse tema na educação permanente desses profissionais, sendo então capacitada a formação para o atendimento e redirecionado os serviços para a escuta qualificada desse público (TEDESCO; JUNGES, 2013).

A dependência de terceiros para o acesso a serviços e informações de saúde prejudica a cidadania da pessoa surda, no entanto, foi apontada como alternativa fundamental para o atendimento ao surdo, devido à falta de capacitação dos profissionais de saúde na língua de sinais. Demonstrando a necessidade de disponibilidade e dedicação durante o atendimento. Apenas um artigo trata da qualidade de vida do cuidador da pessoa com deficiência auditiva, onde “o grupo que dispensava cuidado aos sujeitos com alteração de linguagem e fala apresentou pior qualidade de vida, sendo significativa a diferença nos domínios “físico, psicológico e relações sociais” (NASCIMENTO *et al.*, 2016, p. 663).



A presença de intérpretes ou acompanhantes significa redução da autonomia e privacidade, fundamentais para um tratamento e diagnóstico de qualidade. A efetiva inclusão dos surdos na saúde se dará no momento em que suas necessidades possam ser entendidas independente de estar ou não acompanhado. A preocupação com os direitos dos cidadãos surdos foi levantada como uma preocupação por parte dos profissionais, já que a presença de um intérprete ou acompanhante não garante a inclusão plena desse indivíduo na sociedade, no âmbito da saúde (MACHADO *et al.*, 2012).

Nóbrega *et al.*, (2012), aponta a necessidade de respeito à singularidade do indivíduo surdo, visto que o cuidado à saúde voltado à essa comunidade é focado em tecnologias reparadoras de seu *déficit* quando esses pedem pela valorização de sua língua e de sua cultura. Mais uma vez a inclusão dos atores envolvidos na produção do cuidado se torna assunto principal para a redução das dificuldades encontradas pelo surdo nos serviços de saúde, assim como na sociedade em geral.

A pessoa surda se diferencia de outras deficiências, pois esta vive e convive em meio a uma cultura e normas sociais próprias de sua comunidade, sendo detentora também de uma língua própria, o que não é considerado nos cursos de saúde, ainda nos dias atuais, que enxergam a surdez apenas como aspecto patológico (CHAVEIRO *et al.*, 2008). As políticas vigentes parecem não serem suficientes para orientar e fornecer os caminhos a serem traçados para a melhoria e fornecimento do acesso adequado, necessitando de maior discussão e problematização do assunto.

Também se faz necessária a contextualização econômica, cultural e social dos indivíduos envolvidos nas políticas de saúde, como reforçado por Nascimento *et al.*, (2016), em seu estudo, onde propõe que a política de atenção à saúde auditiva deve maximizar suas intervenções contextualizadas à realidade socioeconômica apresentada pelas famílias, que apresentam baixas condições socioeconômicas e de condições de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito aos estudos sobre a surdez, os estudos de maior peso na literatura são justamente escritos por pessoas surdas (Gladis Perlin, Karin Strobel), demais estudos são conduzidos por pessoas que tiveram algum contato, seja no ambiente de trabalho ou cotidiano pessoal, com algum indivíduo surdo. Isso mostra que a invisibilidade surda só desaparece quando há oportunidade de contato com a realidade deste grupo. A necessidade do contato e também o interesse e a capacidade da academia enxergar as dificuldades são aspectos que exigem maior responsabilidade e comprometimento da produção acadêmica sobre o assunto, que vão além da simples identificação de barreiras de comunicação no âmbito da saúde.

Segundo Dallari (2009), a evolução social dos setores, não somente o da saúde exige uma maior participação popular, não somente através da eleição de representantes, mas também na participação decisória de propostas de leis ou mesmo definindo a orientação das políticas de saúde.

Os estudos encontrados apontaram a capacitação e formação dos profissionais de saúde em Libras como a principal e a melhor alternativa para o atendimento qualificado dos usuários surdos nos serviços de saúde. No entanto, alguns apontaram a necessidade dessa capacitação abranger além do conteúdo básico o ensino de aspectos existentes relacionados à cultura, comunidade e identidade surdas.

Junges (2009), reforça que é necessário insistirmos na identificação de determinantes sociais e culturais da saúde e não deixarmos de lado a luta por políticas que incluam de fato transformações econômicas, culturais e sociais que concretizem o direito à saúde, a inclusão sanitária que foi o último objetivo almejado pela democratização da saúde.

As dificuldades impostas pela comunicação (inexistente/difícil) entre o profissional e o usuário interferem no direito fundamental do surdo à saúde. A presença de um intérprete pode ser ou não confortável, visto que interfere no sigilo e intimidade da pessoa atendida (direito fundamental à privacidade), portanto, a reflexão aprofundada acerca da capacitação em Libras faz parte de uma sociedade que busca a inclusão de forma eficiente (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

A constatação da percepção de que a pessoa surda é incapaz de decidir e se responsabilizar por suas escolhas revela o estigma e preconceito social que impede de admitir este indivíduo como sujeito de direitos próprios a serem respeitados.

Reforçando que ser Surdo significa ser detentor de uma Língua diferente da oral o que não significa ser 'inferior', língua capaz de introduzir o indivíduo em uma comunidade, de

uma cultura que compartilha de uma linguagem, política e ideias. Assim como diversas comunidades se caracterizam por suas especificidades e singularidades, a comunidade Surda também possui características próprias que devem ser respeitadas. O reducionismo clínico e biológico da surdez acaba por limitar a formação desse sujeito antes mesmo que tenha a chance de mostrar suas habilidades e aproveitar assim suas oportunidades.

Apenas com a reestruturação da educação sobre a Surdez nos cursos de saúde e da forma como é discutida a surdez em todos os meios de comunicação e aprendizagem, será possível a inserção do Surdo na sociedade de uma forma mais justa.

O que se conclui é que a comunicação não tem sido uma dificuldade vivenciada somente pelo surdo no serviço de saúde, mas que para esse segmento essa dificuldade é ainda maior. Aspectos como paciência, ansiedade, angústia, despreparo, entre outros, citados anteriormente, não deveriam surgir em serviços regulamentados por leis e políticas que buscam o acesso à saúde de forma integral e equânime.

O fato de não poder escutar seus semelhantes, não deveria ser impedimento para uma pessoa cuidar de sua saúde. O surdo enfrenta discriminação antes mesmo de se inserir em determinada cultura, a comunidade surda é a que melhor acolhe e compartilha de seus sentimentos e angústias, e é nela que encontra a porta para o seu desenvolvimento pessoal.

A protetização auricular em crianças diagnosticadas com surdez, a oferta de disciplinas com conteúdo básico em Libras nas universidades, entre outros métodos ditos inclusivos, não foram, não estão sendo e não serão suficientes, caso não sejam atualizados, para incluir a pessoa surda na sociedade.

A saúde como direito fundamental do cidadão brasileiro deve ser garantida mediante à realidade de um país onde até os “ouvintes” tem dificuldades em compreender os mistérios do corpo humano em toda sua magnitude (doenças crônicas, puberdade, transmissão de DST’S). O que se viu nos achados foi a necessidade de valorização de aspectos subjetivos durante o processo de cuidado, levando em conta sempre a autonomia, privacidade e singularidade do indivíduo. Esses três pontos são muito valorizados na saúde coletiva para a construção do processo do cuidado de saúde de seja qual for o indivíduo.

A cidadania não deve ser reduzida por aspecto algum, principalmente por uma deficiência física, como a auditiva, pelo contrário, deveriam tanto aos deficientes auditivos, quanto aos surdos, ser assegurados integralidade do direito à saúde, que implica em serem respeitados em suas individualidades no acesso à saúde.

Qualquer indivíduo, sendo humano, apresentará agravos de saúde em qualquer momento da vida. É necessário o olhar cauteloso para esse grupo que por não conseguir um serviço de

saúde que atenda suas necessidades, pode ter comprometido sua condição de saúde e qualidade de vida, com agravamentos de doenças e até mesmo aumentar sua mortalidade e morbidade.

Portanto, de todos os problemas e dificuldades apresentados, o preconceito, o estigma e a discriminação se apresentaram como raízes das principais barreiras de acesso à saúde e aos direitos identificadas no presente estudo. A redução do estigma e da discriminação depende de cada indivíduo inserido na sociedade e de políticas inclusivas e compensatórias que vão muito além da construção de uma “rampa” para o acesso ou se expressar em Libras, essas ações apesar de necessárias são insuficientes para que o cuidado integral e de qualidade seja acessível a todos os segmentos da população, especialmente, o segmento dos Surdos.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, L. S. **A política nacional de atenção à saúde auditiva: avanços e entraves no município do Rio de Janeiro**. 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. **Pediatrics**, v. 103, n. 2, p. 527-530, 1999. Disponível em: <http://pediatrics.aapublications.org/content/pediatrics/103/2/527.full.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

ANDRADE, C. L. *et al.* Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 1, p. 404-410, 2013.

ARAGÃO, A. K. R. *et al.* Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal do serviço público: um estudo piloto. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 2, p. 159-164, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6028**: informação e documentação: resumos: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA. **Qual é o médico do jovem?** Disponível em: <http://www.abqv.com.br/imprensa/Content.aspx?id=489>. Acesso em: 03 dez. 2014.

ASSOCIAÇÃO DE DEFICIENTES AUDITIVOS, PAIS, AMIGOS E USUÁRIOS DE IMPLANTE COCLEAR. **Deficientes auditivos e gratuidade**: conheça os seus direitos. Disponível em: <http://www.adap.org.br/site/index.php/artigos/80-deficientes-auditivos-e-gratuidade-conheca-os-seus-direitos>. Acesso em: 03 dez. 2014.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Descritores em ciências da saúde**: Decs. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. [(Constituição 1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: artigo 196 Seção II Da Saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 out. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf). Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004. Dispõe sobre a organização e a implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 out. 2004a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587\\_07\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html). Acesso em: 30 jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2004b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073\\_28\\_09\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html). Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm). Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 17 jul. 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência**. Brasília: SDH-PR: SNPD, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: SDH-PR: SNPD, 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoascomdeficiencia.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CARVALHO, H. A. **Sistema de informações para o acompanhamento da implantação do Programa de Atenção ao Deficiente Auditivo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. 2002. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Recomendação n. 14**. 2000. Disponível em: [www.un.org](http://www.un.org). Acesso em: 17 jul. 2018.

COMITÊ BRASILEIRO SOBRE PERDAS AUDITIVAS NA INFÂNCIA (CBPAI). **Recomendação 01/99. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia**, Brasília, DF, 2000.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 578-583, 2008.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 417-422, 2005.

CHAVEIRO, N. *et al.* Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 616-623, jun. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em: 03 dez. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade**. 2015 atual. Disponível em: [http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04\\_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL\\_jun2015.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf). Acesso em: 03 dez. 2014.

COSTA, W. C. L.; SILVEIRA, M. R. A. Desafios da comunicação no ensino de matemática para alunos surdos. **BoEM**, Joinville, v. 2. n. 2, p. 72-87, jan./jul. 2014.

DALLARI, S. G. O conteúdo do direito à saúde: Unidade 2 - módulo 1. In: COSTA, Alexandre Bernardino *et al.* (org.). **Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UNB, 2009. p. 91-101.

- FERNANDES, J. F. P. *et al.* Conhecimento de alunos deficientes auditivos e de seus educadores relacionado às doenças sexualmente transmissíveis. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, jul./set. 2009.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.
- FREIRE, D. B. *et al.* Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 889-897, abr. 2009.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- IANNI, A.; PEREIRA, P. C. A. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 89-92, jun. 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Cartilha IBDD dos direitos da pessoa com deficiência**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: IBDD, 2009. Disponível em: <http://www.ibdd.org.br/arquivos/cartilha-ibdd.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: tabulação avançada, resultados preliminares da amostra. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002tabulacao.shtm>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 285-295, jun. 2009.
- KUNSCH, M. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. São Paulo: Hummus, 2003.
- LENZI, M. Os dados sobre deficiência nos censos demográficos brasileiros. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012. Águas de Lindóia/SP. **Anais [...]**. Águas de Lindóia, SP: ABEP, 2012. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2041>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- LEVINO, D. A. *et al.* Libras na graduação médica: o despertar para uma nova língua. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/18.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.
- MACHADO, W. C. A. *et al.* Procura pelo curso de língua de sinais brasileira: estudo descritivo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-344, ago. 2012.



MACHADO, W. C. A. *et al.* Sign language: how the nursing staff interacts to take care of deaf patients? **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 5, n. 3, p. 283-292, jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2065>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MAGRINI, A. M.; SANTOS, T. M. M.. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? **Distúrbios da Comunicação**, v. 26, n. 3, p. 550-558, set. 2014.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 541-544, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOROSINI, L. Um precursor da Reforma Sanitária. **RADIS**, n. 131, 2013. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/radis/conteudo/carlos-gentile-de-mello>. Acesso em: 22 nov. de 2014.

NASCIMENTO, G. B. *et al.* Classificação socioeconômica e qualidade de vida de familiares de crianças e adolescentes com deficiência auditiva. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 657-666, jun. 2016.

NEVES, M. **A teoria linguística em Aristóteles**. 1981. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/alfa/article/viewFile/3635/3404>. Acesso em: 05 maio 2017.

NOBREGA, J. D. *et al.* Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 671-679, mar. 2012.

OLIVEIRA, A. A. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, Brasília, DF, v. 14, n. 48, p. 92-100, jan./mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto\\_internacional.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf). Acesso em: 03 dez. 2014.

PAIM, J. *et al.* **O que é o SUS?** E-book interativo: 2015. (edição impressa: 2009). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em 17 jul. 2018.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar em AIDS, 2001.

PERLIN, G. **Histórias de vida surda: identidades em questão**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS destaca direito à saúde de pessoas vivendo com HIV no mundo**. Publicado em: 01 jan. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unaid-destaca-direito-a-saude-de-pessoas-vivendo-com-hiv-no-mundo/>. Acesso em: 17 jul. 2018.

RIBEIRO, S. Rio de Janeiro celebra Dia Nacional do Surdo. **EBC**, set. 2014. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/09/rio-de-janeiro-celebra-dia-nacional-do-surdo>. Acesso em: 03 dez. de 2014.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Serviços de reabilitação**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, [2012?]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/reabilitacao>. Acesso em: 03 dez. 2014

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil. **Rede de Atenção à Saúde Auditiva do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil, 2008. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/2745365/>. Acesso em: 03 dez. 2014.

SANCHO, L. G.; SILVA, N. E. K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-391, jun. 2013.

SILVA, L. S.; GONCALVES, C. G. O.; SOARES, V. M. N. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. **CoDAS**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 241-247, jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt\\_2317-1782-codas-26-03-00241.pdf](http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt_2317-1782-codas-26-03-00241.pdf). Acesso em: 18 jul. 2017.

SILVA, O. M. **A epopéia ignorada**: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS, 1987.

TEDESCO, J.; JUNGES, J. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a21.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**: (à luz da Bioética). [S. l.: s. n.], 2000. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em: 24 abr. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Curso de Graduação em Pedagogia –Licenciatura**. Disponível em: [http://www.pead.faced.ufrgs.br/sites/publico/eixo7/libras/unidade1/comunidade\\_culturasurda.htm](http://www.pead.faced.ufrgs.br/sites/publico/eixo7/libras/unidade1/comunidade_culturasurda.htm). Acesso em: 03 dez. 2014.

VENTURA, M.; BASTOS, L. L; SIMAS, L. Texto adaptado para Curso de Extensão Abordagens dos Direitos Humanos na Saúde, a partir da publicação: VENTURA, M. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**, v. 7, n. 7, p. 87-100, 2010.

VIANNA, N. G.; CAVALCANTI, M. L. T.; ACIOLI, M. D. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2179-2188, jul. 2014.

WINSTON, R.; DITTY, K. M. Newborn hearing screening. 2015. In: NATIONAL CENTER FOR HEARING ASSESSMENT AND MANAGEMENT. **A research guide for early hearing detection & intervention**. Chapter 2. Disponível em: [http://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/2015\\_ebook/2-Chapter2NewbornHearing2015.pdf](http://www.infanthearing.org/ehdi-ebook/2015_ebook/2-Chapter2NewbornHearing2015.pdf). Acesso em: 30 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hearing AIDS and services for developing countries. **Revista Panamericana Salud Pública**, n. 10, p. 139-142, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Deafness and hearing loss**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of blindness and deafness**. Disponível em: <http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/>. Acesso em: 30 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Age-related hearing loss: (presbycusis)**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/83/en/>. Acesso em: 30 jan. 2018.