

Surdez e acessibilidade no cuidado em saúde: o papel das conferências nacionais de saúde

Deafness and accessibility in health care: the role of national health conferences

Beatriz Lopes Porto Verzolla

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, SP, Brasil

bia.verzolla@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2173-6001>

André Mota

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, SP, Brasil

a.mota@fm.usp.br

<http://orcid.org/0000-0002-5697-8628>

Recebido em: 5 de setembro de 2023

Aceito em: 5 de outubro de 2023

Resumo

Este artigo analisa a construção histórica das políticas públicas na área de surdez e acessibilidade em saúde, considerando as dificuldades de acesso ao cuidado em saúde por pessoas surdas usuárias de línguas de sinais. A metodologia utilizada está embasada na História do Tempo Presente, tendo como fontes documentais os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde de 1992 a 2019. As análises das Conferências, somadas ao resgate das políticas públicas relacionadas à surdez, evidenciaram destaque para ações relacionadas à reabilitação auditiva, mediada pelo uso de tecnologias auditivas, em detrimento de políticas linguísticas que considerem a língua de sinais como língua natural e recurso de acessibilidade para pessoas surdas participarem plenamente de seu cuidado em saúde. As Conferências Nacionais de Saúde mostraram-se espaços potentes para o exercício da participação social e da conquista de direitos em saúde, mas a recorrência de pautas relacionadas à necessidade de acessibilidade comunicacional evidencia a urgência de se efetivarem as propostas e deliberações ocorridas nessas instâncias.

Palavras-chave: Surdez. História das políticas públicas de saúde. Acessibilidade. Língua de sinais.

Abstract

This article analyzes the historical construction of public policies in the area of deafness and health accessibility, considering the difficulties of access to health care by deaf people who use sign language. The methodology is based on the History of the Present, having as documentary sources the reports of the National Health Conferences from 1992 to 2019. The analyzes of the Conferences, added to the resume of public policies related to deafness, highlighted actions related to auditory rehabilitation, mediated using hearing technologies, despite of needing language policies that consider sign language as a natural language and an accessibility resource for deaf people to fully participate in their health care. The National Health Conferences proved to be powerful spaces for the exercise of social participation and the conquest of health rights, but the recurrence of subjects related to the need for communication accessibility highlights the urgency of putting into effect the proposals and deliberations that took place in these instances.

Keywords: Deafness. History of public health policies. Accessibility. Sign language.

Construções conceituais no campo da surdez

De acordo com o decreto federal nº 5.626/2005, é considerada pessoa surda aquela que compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais e manifesta sua cultura principalmente por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras), em decorrência de uma perda auditiva – assim considerada, para fins legais, como uma perda bilateral, parcial ou total, de 41dB ou mais, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz¹ (Brasil, 2005). O reconhecimento da Libras como língua e como meio legal de comunicação e expressão no Brasil foi instituído pela Lei 10.436/2002 (Brasil, 2002a), e foi resultado do ativismo da comunidade surda durante décadas, que se tornou mais institucionalizado a partir da década de 1980, momento em que o movimento social das pessoas com deficiência ganhou força e conquistou protagonismo nas discussões a respeito de suas necessidades e direitos.

As línguas de sinais consistem em línguas visuais-espaciais que apresentam todas as propriedades específicas das línguas humanas, sendo consideradas línguas naturais, sistemas linguísticos legítimos, utilizadas por pessoas surdas ao redor do mundo como primeira língua (Brito, 1995; Wilcox e Wilcox, 2009). A Língua Brasileira de Sinais (Libras), assim como as demais línguas de sinais, permite o acesso à organização do pensamento e da linguagem a partir de uma base visual, sob uma lógica de organização diferente daquela realizada por pessoas ouvintes, que é dada por meio da audição. A partir dessa concepção, a formação de comunidades surdas e o desenvolvimento de culturas surdas tornam-se conceitos fundamentais para a compreensão da influência dos aspectos culturais e sociais na construção das definições sobre a surdez.

As mudanças históricas em torno dos conceitos de deficiência impactaram diretamente no movimento das pessoas com deficiência e na construção de identidades próprias para cada grupo, inclusive no Brasil, reconhecendo o corpo com deficiência em suas diferentes interações, para além da lesão (Hunt, 1966; Shakespeare, 1994). A aproximação dos saberes do campo das ciências sociais e humanas dos estudos sobre deficiência, considerando as narrativas sobre as desigualdades que se expressam no corpo, a partir de confluências com os estudos culturais e com o feminismo, ampliou o

¹ Forma de aferição da audição por meio de exames objetivos ou subjetivos, que permitem a mensuração do tipo e grau da perda auditiva.

entendimento baseado na histórica opressão pelo corpo, como é o caso do racismo e do sexismo. A compreensão da deficiência em termos políticos, e não apenas como conceito médico baseado em diagnósticos, foi um dos primeiros e mais importantes temas de debate do novo movimento que se iniciava (Diniz, 2007; Diniz, Barbosa e Santos, 2009), tendo os debates no campo da antropologia contribuído para uma perspectiva crítica e ampliada sobre as dimensões da deficiência, para além de estereótipos e binômios excludentes (Mello, Aydos e Schuch, 2022).

No caso da surdez, a influência das línguas de sinais e o impacto da cultura construída em torno de sua utilização foi – e continua sendo – responsável por marcadas diferenças na concepção e na utilização dos termos “deficiência auditiva” e “surdez”, o que, consequentemente, gera repercussões nas propostas e na concretização de políticas públicas voltadas a essa população. Em relação à surdez, podem-se destacar duas concepções principais: a clínico-terapêutica, baseada no modelo biomédico da deficiência, e a socioantropológica, com influências do modelo social.

Na concepção clínico-terapêutica, a surdez é compreendida a partir do prejuízo na audição, em que é atribuída aos sujeitos surdos uma condição de desvantagem, em comparação à maioria da população. Tal concepção – centrada no modelo biomédico – é pautada em procedimentos de recuperação da audição, com uso de tecnologias e de reabilitação contínua, tais como aparelhos de amplificação sonora individual, implante coclear² e reabilitação fonoaudiológica, especialmente baseada nos métodos auditivo-verbais, a fim de desenvolver habilidades auditivas, leitura orofacial e linguagem oral. Sob a perspectiva médica, surdez e deficiência auditiva são considerados sinônimos, não havendo distinções conceituais na utilização de um ou de outro termo (Lane, 1984; Skliar, 1998).

Em contraposição à abordagem clínico-terapêutica, a concepção socioantropológica da surdez considera o indivíduo surdo como um sujeito que apresenta um déficit de audição que o impede de adquirir, naturalmente, a língua auditiva-oral majoritária utilizada pela população, fazendo parte de uma comunidade

² Os Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) são dispositivos utilizados na orelha externa, que têm a função de amplificar os sons do ambiente e podem ser utilizados por pessoas com diferentes tipos e graus de perda auditiva. Os implantes cocleares (IC) são dispositivos eletrônicos inseridos cirurgicamente em uma parte da orelha interna conhecida como cóclea, levando estímulos elétricos diretamente para o nervo auditivo, sendo indicado para perdas auditivas de grau severo a profundo.

linguística minoritária. Sendo assim, a partir de tais pressupostos, o sujeito surdo constrói sua identidade pautado nessa diferença, utilizando recursos cognitivos, comportamentais e culturais de ordem visual, próprios da comunidade surda. Sob essa perspectiva, o termo surdez é utilizado – em detrimento do termo deficiência auditiva – para marcar os aspectos linguísticos e culturais de uma comunidade que constrói sua identidade baseada na aquisição da língua de sinais como primeira língua e na possibilidade de comunicação e expressão pela modalidade visual-espacial e não auditiva-oral. A partir da concepção da surdez sob a visão socioantropológica, delineiam-se as noções de identidades, comunidades e culturas surdas, tendo a língua de sinais como característica identitária primordial (Lane, 1984; 1995; Davis, 1995; Capovilla, 2000).

Os contextos históricos revelam diferentes concepções sobre a surdez e, consequentemente, diferentes formas de direcionar suas necessidades de educação, saúde, exercício de direitos e participação social. É importante destacar que a construção do objeto desta pesquisa compreende e reconhece a heterogeneidade relacionada ao campo da surdez, que envolve diferentes apreensões de conceitos e práticas, gerando tensões entre grupos nos campos médico, educacional e filosófico, ao longo da história. Entre as próprias pessoas surdas, há as que nasceram surdas, se identificam com a comunidade surda e têm a língua de sinais como primeira língua e o português, na modalidade oral e/ou escrita, como segunda língua; as que perderam a audição ao longo da vida e utilizam tecnologias auditivas (como aparelhos de amplificação sonora individual ou implantes cocleares), atingindo diferentes níveis de audição; as que se comunicam por meio da fala e não são usuárias de Libras; as que realizam leitura orofacial para a compreensão da fala, além de diversas outras possibilidades de combinação entre os exemplos mencionados.

Ao longo da história, os tensionamentos em torno das concepções sobre a surdez estiveram presentes também entre diferentes grupos de pessoas surdas, estando envolvidas questões relacionadas à compreensão de sua condição, às experiências pessoais, mas, sobretudo, à identificação com uma comunidade e cultura próprias, o que é uma particularidade do grupo de surdos que utilizam e defendem a língua de sinais como primeira língua. As diferentes compreensões sobre a deficiência e a surdez influenciaram – e seguem influenciando – as propostas de ação e a construção de políticas públicas voltadas a essa população, a depender da forma como se entendem as necessidades, os direitos e a inserção da pessoa surda na sociedade, incluindo seu direito à acessibilidade e ao acesso ao cuidado em saúde.

Historicamente, as crenças disseminadas nos estudos sobre linguística e educação de surdos afirmavam que a linguagem oral seria a única forma de linguagem e que o surdo não seria educável e nem responsável por seus atos, teoria que buscava suporte até mesmo em textos clássicos. Da condição de abandono ao reconhecimento da possibilidade de que os surdos participassem do processo educacional, passaram-se séculos de marginalização e luta por visibilidade, protagonismo e garantia de direitos. As reivindicações de comunidades surdas ao redor do mundo sempre estiveram

concentradas, especialmente, nos processos educacionais e nas metodologias de ensino, tema que tem sido exaustivamente investigado por pesquisadores surdos e ouvintes (Silva, 1986; Strobel, 2009; Capovilla, 2000).

Apesar das conquistas alcançadas quanto ao reconhecimento das línguas de sinais e de modelos de educação bilíngue, que consideram as peculiaridades do processo de aprendizagem dos surdos sinalizantes, os avanços não são percebidos de forma proporcional na área da saúde, onde é possível encontrar permanências históricas que afetam cotidianamente o cuidado em saúde desse grupo populacional. A realidade brasileira demonstra que as maiores dificuldades apontadas pelos surdos na utilização dos serviços de saúde estão relacionadas à comunicação e ao conhecimento de Libras pelos profissionais de saúde, assim como a falta de intérpretes nos atendimentos e a dificuldade de compreensão dos surdos como sujeitos multiculturais, por parte dos profissionais de saúde. A ausência de informações acessíveis aos surdos afeta diretamente a compreensão sobre suas necessidades de saúde, autocuidado, corresponsabilização pelo cuidado em saúde, protagonismo em suas escolhas relacionadas à saúde, além da dependência de familiares e amigos na mediação da comunicação com os profissionais de saúde, conforme apontam diferentes estudos (Chaveiro e Barbosa, 2005; Pereira, 2008; Ianni e Pereira, 2009; Neves, Felipe e Nunes, 2016; Pires e Almeida, 2016; Lopes, Vianna e Silva, 2017; Rocha et al., 2017; Santos e Portes, 2019).

A pandemia de Covid-19, que chegou ao Brasil nos primeiros meses de 2020, apresentou particularidades na forma como afetou as pessoas com deficiência, por ser um grupo historicamente invisibilizado, pelas lacunas no registro e na integração dos sistemas de informação em saúde. Em relação aos surdos, a situação de pandemia deixa ainda mais evidentes as dificuldades que encontram no acesso a informações na área da saúde. Além das barreiras rotineiras encontradas nos serviços de saúde, a precariedade de informações acessíveis em Libras na mídia e a proliferação de notícias falsas acentuaram as dificuldades de acesso da população surda aos cuidados em saúde, relacionados ao contágio, transmissão, prevenção e tratamento da doença.

Na ausência de serviços de saúde adaptados às necessidades comunicativas dos surdos sinalizantes, muitos dependem diretamente de um acompanhante às consultas –

geralmente parentes, vizinhos ou amigos – mesmo depois de adultos, o que perpetua a sensação de dependência e desconforto. A presença do profissional intérprete de Libras coloca-se como fundamental pelos surdos para estabelecer comunicação de qualidade com os profissionais de saúde, porém não exclui a possibilidade de falhas comunicativas e dilemas éticos, especialmente relacionados à exposição de temas sensíveis. Ainda que a comunicação se estabeleça mais facilmente com a presença de intérpretes, o cuidado em saúde pressupõe que a relação entre paciente e profissional de saúde efetive o encontro terapêutico no diálogo entre as dimensões técnicas e não-técnicas, garantindo a humanização do cuidado (Ayres, 2004).

Diante da importância de ampliar-se a compreensão sobre as necessidades de pessoas surdas usuárias de língua de sinais na área da saúde e da promoção de condições de acessibilidade comunicacional para garantir o acesso ao cuidado em saúde, este artigo tem como objetivo analisar a construção histórica das políticas públicas na área de surdez e acessibilidade em saúde no Brasil, tendo as Conferências Nacionais de Saúde como objeto particular de análise, por caracterizarem-se como dispositivos de participação social e acompanharem o planejamento e a implementação de políticas públicas relacionadas à saúde.

Caminhos metodológicos entre a saúde e a história

No campo das políticas públicas relacionadas à surdez, a perspectiva histórica fornece elementos importantes para a compreensão da construção e das transformações em torno do conceito de surdez e suas particularidades linguísticas e culturais ao longo do tempo, auxiliando na composição de um cenário mais abrangente sobre as influências da medicina nessas construções e nos impactos sociais e políticos nas áreas da educação e também da saúde, interesse particular deste artigo. A apreensão da atuação do poder médico sobre o sujeito surdo demonstra, com o respaldo da história, sua aplicação na elaboração e implementação das políticas públicas de saúde e as tensões geradas entre a soberania do saber médico e as lutas por valorização cultural, construção de identidade e participação social das comunidades surdas.

A história das práticas médicas e de saúde busca pistas e vestígios deixados no tempo e no espaço, a partir do material produzido e de capital intelectual e simbólico, redefinindo teorias, ações profissionais e intervenções práticas. Dessa forma, uma importante contribuição histórica no campo médico consiste em agregar a compreensão contextual e sociológica das políticas e práticas de saúde (Mota e Schraiber, 2014), nesta pesquisa representada pelos variados discursos sobre a surdez e propostas apresentadas por meio das Conferências de Saúde, que, implícitos nos registros textuais, delimitam fronteiras na construção de políticas públicas que possam contemplar e garantir as diferentes necessidades de comunicação e de saúde de pessoas surdas usuárias de língua de sinais.

Este artigo, que se originou como parte de uma tese de doutorado, analisa os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, no período de 1992 a 2019, tendo como ponto de partida a implementação do SUS pela Constituição Federal de 1988 e sua consolidação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990. Compuseram o corpus documental os relatórios de oito Conferências, que foram analisadas de acordo com as particularidades dos contextos histórico, social e político no qual foram construídas, colocando em evidência, também, as concepções sobre surdez e sobre o lugar do surdo como sujeito social e, particularmente, como representante de seu próprio cuidado em saúde.

O referencial metodológico utilizado para as análises foi pautado na *História do Tempo Presente*, que trata dos dilemas historiográficos sobre os acontecimentos, lugares e objetos que causam sofrimento à humanidade e da busca de sua supressão. O enfrentamento de temas atuais do campo a partir do arcabouço metodológico da história do tempo presente permite escutar a voz dos sujeitos modernos como memória, como rastros de sua historicidade para e no presente, expressas em formas e dinâmicas sociais. Uma das principais diferenças dessa abordagem é a proximidade do pesquisador em relação aos acontecimentos, pois podem ser contemporâneos aos seus objetos de estudo (Hochman, 2007; Hartog, 2014; Mota e Marques, 2018).

O histórico de opressão do uso das línguas de sinais vivenciado pelos surdos ao longo de décadas e a preponderância do modelo biomédico sobre a compreensão da surdez refletiu-se na conformação de políticas educacionais e de saúde que ignoraram

reiteradamente os processos de apropriação do sujeito surdo sobre aspectos linguísticos, culturais e identitários, na direção de um padrão normalizante, em detrimento da compreensão da surdez como parte da diversidade humana. Os avanços conquistados em termos de elaboração de políticas públicas, garantia de acessibilidade e conquista de direitos de participação social dos surdos podem ser contextualizados em sua luta contra os padrões estabelecidos no passado, mas que deixaram marcas profundas no presente.

Conferências Nacionais de Saúde e políticas públicas de saúde auditiva

As Conferências de Saúde constituem-se em uma das instâncias colegiadas responsáveis por avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes, contando com a representação dos diferentes segmentos sociais (Brasil, 1990). De forma geral, as Conferências de Saúde estão constituídas como espaços políticos amplos para o debate de pautas relevantes à sociedade brasileira, contando com a manifestação da população e onde são delimitadas as prioridades para a ação estatal, por meio de um processo de participação e troca de experiências que se pretende amplamente democrático, contribuindo para o estabelecimento das diretrizes da política de saúde. As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas no Brasil no primeiro governo de Getúlio Vargas, a partir de 1937 – paralelamente às Conferências Nacionais de Educação – tendo como objetivo servir como mecanismo do governo federal para o conhecimento e a articulação de ações desenvolvidas pelos estados na área da saúde (CONASS, 2009).

As Conferências de Saúde não são instâncias de democracia direta, mas se constituem em esferas de participação que envolvem um mecanismo de participação tanto das entidades que representam os indivíduos, quanto dos indivíduos que representam as entidades na Conferência, o que pode, muitas vezes, gerar impasses nas discussões e problematizações levantadas nesses espaços (Escorel e Moreira, 2009). Todavia, ao longo do desenvolvimento do SUS, as Conferências de Saúde passaram a representar, formalmente, a garantia de uma socialização do debate político, além de ampliar os espaços de participação para segmentos sociais historicamente excluídos do

debate sobre as decisões políticas e governamentais – trabalhadores rurais, indígenas, movimentos de mulheres, de negros e de pessoas com deficiência (Kruger, 2007).

As políticas públicas de atenção à saúde das pessoas com deficiência são resultado de um histórico de lutas para a conquista de direitos de cidadania e participação das pessoas com deficiência no Brasil, que se originaram com os movimentos sociais, com ganhos significativos após a promulgação da Constituição cidadã de 1988. Apesar de a Constituição Federal garantir direitos às pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas, a construção de legislações que orientassem a organização das propostas de atenção à saúde das pessoas com deficiência passou por diferentes etapas ao longo dos anos, iniciando-se com a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 1989; 1999) e sendo mais direcionada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2002b; 2010). Porém, os avanços mais significativos na garantia de direitos e na organização de ações relacionadas às pessoas com deficiência, inclusive na área da saúde, passaram a acontecer a partir da criação do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limite (Brasil, 2011) e das diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2012b; 2020).

A primeira legislação federal a abordar especificamente ações destinadas às pessoas surdas/com deficiência auditiva foi a Portaria nº 116, de 09 de setembro de 1993, contemplando a concessão de órteses, próteses e bolsas de colostomia no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), que deveria ser realizada por unidades públicas de saúde e, excepcionalmente, por rede complementar, preferencialmente composta por universidades e entidades filantrópicas, incluindo a concessão de próteses auditivas com amplificadores de bolso e amplificadores retroauriculares (Brasil, 1993a). Ainda no mesmo ano, a Portaria nº 126, de 17 de setembro de 1993, acrescenta novos procedimentos ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), dentre eles o implante coclear (Brasil, 1993b). Ambas as portarias incluem os novos procedimentos, mas não garantem a integralidade do cuidado às pessoas que poderiam se beneficiar de tais tecnologias, nem propõem diretrizes para a organização dos serviços, a exemplo de novas portarias publicadas

posteriormente, em 1996 e 1999, e que foram revogadas após a promulgação de diretrizes específicas para a saúde auditiva após os anos 2000.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1992, aponta que deveriam ser garantidos os serviços especializados para pessoas com deficiência, incluindo destinação de recursos orçamentários para a aquisição de órteses, próteses, cadeiras de rodas e aparelhos auxiliares (Brasil, 1992). Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996 e com relatório publicado em 1998, há considerações a respeito da concessão de órteses e próteses, que deveria ser assumida como responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais. Apesar de não especificar procedimentos em relação aos equipamentos ligados à saúde auditiva, o relatório da conferência estimula os municípios a ampliarem seus programas nessa área, descentralizando para os municípios a distribuição de órteses e próteses, por meio de uma rede regionalizada de serviços especializados, prevendo também a qualificação e ampliação da distribuição dos dispositivos, com fiscalização e acompanhamento dos processos pelos Conselhos de Saúde e pelos próprios usuários (Brasil, 1998):

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir, nas unidades, serviços e centros especializados do SUS, a atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiências mentais, físicas, auditivas e visuais, facilitando aos mesmos o acesso a informações qualificadas que levem em conta suas especificidades, prestadas por equipes multidisciplinares nas unidades e serviços de saúde [...] A política de atendimento integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência pressupõe a articulação com as demais políticas públicas, para a defesa de sua cidadania e a ampliação de sua qualidade de vida. [...] O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais devem assumir a responsabilidade pelos serviços de órteses e próteses, estimulando os municípios a ampliarem o programa, com qualidade, de forma a tornar esses produtos acessíveis a todos aqueles que necessitem (Brasil, 1998: 82-86).

A ampliação da concessão de próteses auditivas pelo SUS ao longo da década de 1990, permitiu que um maior número de pessoas tivesse acesso às tecnologias auditivas, o que anteriormente era realizado por um número restrito de instituições filantrópicas, universidades e serviços privados. Contudo, além de não oferecerem suporte para reabilitação auditiva e para a organização de ações integrais, os programas e procedimentos legalmente implementados geravam dúvidas por parte das pessoas surdas, que nem sempre encontravam informações necessárias à compreensão do funcionamento de tais tecnologias, especialmente em relação ao implante coclear, ainda muito recente no Brasil e circundado de grande expectativa pela comunidade médica,

mas pouco alinhado às expectativas das pessoas surdas e de suas famílias, como pode ser percebido na reportagem publicada no Jornal da Feneis, em 1996:

O implante coclear tem se tornado tema bastante polêmico dentro da comunidade surda. Muitos surdos se preocupam com os casos de cirurgias cada vez mais frequentes e que são divulgados pela Grande Imprensa como garantia de restauração total da audição. Essas informações contradizem depoimentos de deficientes que se submeteram ao implante e não obtiveram respostas imediatas para as suas necessidades e expectativas (Jornal da Feneis, 1996: 7).

Ainda que algumas iniciativas relacionadas à saúde auditiva tenham sido implementadas por meio de portarias, leis e decretos em nível federal, a sistematização das ações nessa área aconteceu apenas no ano de 2004, por meio da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), apresentada pela Portaria nº 2.073/2004, que traz como diretrizes o planejamento de ações de promoção e prevenção da deficiência auditiva em todos os níveis de atenção, ações especializadas de reabilitação auditiva e organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, visando à redução de danos ocasionados pela deficiência auditiva (Brasil, 2004b). No ano anterior, as discussões da 12ª Conferência Nacional de Saúde já incluíam propostas de garantia de ações em saúde auditiva, principalmente para crianças, com incorporação de equipe multiprofissional e obrigatoriedade da triagem auditiva na rede pública e conveniada, para apoio ao diagnóstico, concessão de próteses auditivas e reabilitação, quando necessário (Brasil, 2004a):

Garantir a atenção à saúde visual e auditiva, nos três níveis de atenção, principalmente para crianças (do nascimento à idade escolar), considerando-se que esses dois sentidos são essenciais para o desenvolvimento humano, com incorporação de equipe multiprofissional (terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e médicos) e determinando a obrigatoriedade da triagem auditiva e visual neonatal na rede pública e conveniada, com garantia de apoio diagnóstico, fornecimento de próteses auditivas e óculos, quando necessário (Brasil, 2004a: 94).

A PNASa previa ações articuladas para a proposição de uma linha de cuidados voltada para atenção integral em todos os níveis de atenção, a identificação de determinantes e condicionantes das situações de risco para deficiência auditiva, garantindo universalidade de acesso, equidade, integralidade e controle social da saúde auditiva, definição de critérios para o funcionamento de serviços de saúde auditiva, educação continuada dos profissionais e coordenação de estudos de custo-efetividade, eficácia, qualidade e incorporação tecnológica relacionada à reabilitação auditiva no Brasil. Para a organização da rede de atenção, a política determinava a elaboração de

um Plano de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva, que deveria integrar os Planos Municipais de Saúde e os Planos Diretores de Regionalização dos Estados e do Distrito Federal (Brasil, 2004b).

Apesar de trazer avanços significativos em relação às ações de diagnóstico e reabilitação e à articulação dos serviços em rede, a PNASA apresenta em seus objetivos “reduzir danos ocasionados pela deficiência auditiva”, visão que se concentra nos possíveis prejuízos individuais relacionados ao déficit auditivo, não considerando que a condição de deficiência abrange aspectos ambientais, sociais, contextuais e subjetivos, que interferem na experiência da pessoa com sua condição corporal. Ademais, o olhar integral sobre o indivíduo pressupõe uma ressignificação das propostas de reabilitação, que se baseie na compreensão do cuidado em saúde como algo resultante do modo de vida de cada pessoa, circunscrita em determinado contexto (Rocha, 2006), em consonância com a noção de corpo social.

Em confluência com a discussão sobre processos de normalização e a abordagem da PNASA, ainda que a política seja considerada um avanço na atenção à saúde auditiva, Vianna (2018) e Soleman e Bousquat (2021) destacam que o modelo de atenção à saúde proposto enfatiza ações de caráter clínico-terapêutico, desconsiderando a subjetividade do sujeito surdo, inclusive sobre sua própria surdez, sendo sua construção o resultado de práticas de saber e poder pautadas no modelo médico hegemônico que defendia o acesso às tecnologias reparadoras da audição e do desenvolvimento da oralidade, paralelamente à disseminação da ideia de que a língua de sinais seria prejudicial ao desenvolvimento da oralidade. Soleman e Bousquat (2021) reiteram que, dentre as políticas de saúde voltadas às pessoas com deficiência auditiva/surdez no SUS, apresentadas entre 1990 e 2019, nada consta em relação à concepção socioantropológica da surdez, refletindo-se no que as autoras apresentam como um monólogo nas concepções sobre a surdez nas políticas de saúde.

Nas discussões da 13ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008) foram apresentadas orientações para que o Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, implementassem ações de saúde auditiva, incluindo triagem e acompanhamento auditivo neonatal, com atenção para a detecção precoce da surdez e garantia de ampliação e credenciamento dos serviços de atenção à

saúde auditiva na média e alta complexidades, com repasse de verbas federais para a saúde auditiva, garantindo fornecimento e manutenção de aparelhos auditivos e implantes cocleares, conforme previsto na PNASa. Durante a plenária, é apresentada uma moção de repúdio pela demora na entrega de órteses, próteses e cadeiras de rodas pelas Secretarias de Estado da Saúde: “Repudiamos a demora excessiva entre a solicitação e a efetiva entrega de órteses, próteses e cadeiras de rodas às pessoas com deficiência pelas Secretarias de Saúde Estaduais” (Brasil, 2008, p. 222). Ainda a respeito dessa temática, na 14ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2012a), em uma de suas moções, destinada ao Ministério da Saúde, Conass e Conasems, também aborda a situação da saúde auditiva no país, reconhecendo os avanços alcançados até o momento, mas evidenciando o não cumprimento de todas as condições previstas pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva:

A cobertura ampliada no atendimento aos pacientes com deficiência auditiva no Brasil vem garantindo a universalidade do acesso, equidade, integralidade e o controle social sobre as políticas de saúde auditiva. Porém, apesar dos avanços, a implementação ainda está aquém do preconizado pela Portaria MS/GM nº 2.073, de outubro de 2004, e das necessidades da população, além de garantir os insumos para equipamentos de saúde auditiva (Brasil, 2012a: 119).

Com a implementação do Plano Viver sem Limite³, em 2011, que está alinhado à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a perspectiva de compreensão das deficiências de acordo com o modelo social é a diretriz presumida para orientar a construção das ações e serviços relacionados à política, contemplando, na área da saúde, atendimento integral e ações articuladas para favorecer a inclusão, participação e protagonismo das pessoas com deficiência em seu cuidado em saúde. Após a promulgação do Plano, as ações de saúde auditiva anteriormente contempladas pela PNASa foram absorvidas e complementadas no eixo “Atenção à Saúde” do Viver sem Limite, sendo estabelecidas metas para identificação e intervenção precoce das deficiências, publicação de diretrizes terapêuticas, implementação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e incentivos para a implementação de ações específicas.

³ Uma proposta para o “Plano Viver sem Limite 2” encontra-se em processo de formulação, após período de consulta pública, tendo como objetivo reafirmar as ações do plano inicial e propor novas ações, orientadas para a gestão participativa, enfrentamento da violência e do capacitismo, acessibilidade e tecnologia assistiva e acesso a direitos.

Em relação à saúde auditiva, o Plano contempla ações de aprimoramento dos procedimentos de triagem auditiva nas maternidades, com o objetivo de ampliar a identificação precoce da deficiência auditiva, incluindo incentivo financeiro a 175 maternidades de alto risco. Ainda nesse eixo, a proposta de criação e ampliação dos CER tem como objetivo promover a autonomia e independência das pessoas com deficiência, por meio de ações de habilitação e reabilitação (Brasil, 2014), articuladas com os diferentes pontos de atenção que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (Brasil, 2012b; 2017). Apesar de prever ampliação da oferta de serviços e recursos relacionados à deficiência auditiva/surdez ao longo dos anos 2000, a legislação relativa às pessoas surdas/com deficiência auditiva contempla apenas procedimentos diagnósticos e de reabilitação da função auditiva, com ênfase para a ampliação do acesso a tecnologias auditivas, sem fazer referência às particularidades linguísticas e culturais dos surdos.

Para orientar as ações relacionadas à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, foram apresentados documentos instrutivos de reabilitação, para direcionar a organização dos serviços e ações no âmbito do SUS. Em relação à implementação da Libras nos atendimentos oferecidos às pessoas surdas, na versão de 2013 do instrutivo de reabilitação não há nenhuma menção à língua de sinais (Brasil, 2013), que passa a ser mencionada apenas na revisão das diretrizes, publicada em 2020, que reconhece a Libras como forma de comunicação e expressão dos surdos – utilizando, inclusive, o termo “surdo”, e não “deficiente auditivo” (Brasil, 2020).

Na versão de 2020, a reabilitação auditiva é apresentada como um processo terapêutico que privilegia o uso da audição residual, para recuperar ou maximizar a capacidade auditiva, sendo indicada a utilização de recursos tecnológicos para aumentar a independência e a inclusão (aqui contemplados o AASI, o IC e o Sistema de Frequência Modulada), mas amplia a orientação para a necessidade de uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar, em conjunto com a família, propondo a inserção da criança surda em ambiente que promova a estimulação auditiva, associada à língua de sinais, visando ao adequado desenvolvimento de linguagem. Destaca, também, que os usuários de Libras tenham essa forma de comunicação respeitada nos serviços de saúde (Brasil, 2020). Essa é a primeira vez que um documento diretamente relacionado à área da saúde inclui em suas diretrizes a Libras como parte dos processos de cuidado em

saúde da pessoa surda, ampliando as ações de reabilitação para além da reabilitação auditiva, e tendo como foco o desenvolvimento de linguagem e o respeito às escolhas comunicativas:

A Libras é uma língua visuo-gestual composta de movimentos e formatos específicos de mãos, braços, olhos, face, cabeça e postura corporal. Deve ser avaliada, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em conjunto com a família, a possibilidade de inserção da criança em um ambiente em que a interação se faça por meio dos estímulos sonoros associados à língua de sinais com o objetivo, sobretudo, de propiciar o adequado desenvolvimento da linguagem. Os usuários cuja primeira língua seja a Libras, ao ingressarem nos Serviços de Reabilitação, devem ter essa forma de comunicação respeitada (Brasil, 2020: 35).

Língua Brasileira de Sinais e acessibilidade para ampliação do cuidado em saúde

Em relação à temática da acessibilidade, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, ainda que não utilize explicitamente esse termo e não especifique as ações relacionadas, expressa a necessidade de se assegurar o acesso à informação para pessoas com deficiência auditiva e visual. A 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1996, sugere que o Conselho Nacional de Saúde, em parceria com as entidades de pessoas com deficiência e com o Conselho Nacional de Assistência Social, deveria elaborar uma proposta básica de projeto de lei para dispor sobre a obrigatoriedade da construção e adaptação dos edifícios de uso público e de veículos de transporte, além de orientar que o Ministério da Saúde estabelecesse normas de construção e adaptação das unidades e serviços de saúde para facilitar o acesso às pessoas com deficiência, com remoção de barreiras físicas, segundo as normas ABNT (Brasil, 1998). A 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano 2000, também indica a necessidade de capacitação profissional e desenvolvimento de tecnologias para garantia de condições de acessibilidade nos serviços de saúde, em parceria com os Conselhos de Saúde (Brasil, 2001).

Contando com a participação de pessoas com deficiência nas plenárias das Conferências Nacionais de Saúde, o tema da acessibilidade deveria entrar em pauta não apenas para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde e garantia de seus direitos, mas também configurar-se como prática na ocasião dos eventos, garantindo condições adequadas para a plena participação de seus membros. Contudo, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2012a), foi apresentada uma moção de repúdio, destinada à comissão organizadora do evento, denunciando as condições inadequadas

dos espaços destinados à hospedagem de membros das delegações de pessoas com deficiência⁴:

As delegações das pessoas com deficiência e os delegados(as) solidários(as) a essas pessoas vêm manifestar seu repúdio aos organizadores da 14ª Conferência Nacional de Saúde pela falta de acessibilidade nos hotéis e a insuficiência de transporte acessível. Os hotéis se dizem acessíveis e, no entanto, os banheiros não estão de acordo com as Normas brasileiras de Acessibilidade (NBA 9050) ficando impossível o uso de seus equipamentos. A Comissão Organizadora do evento deveria, com antecedência, acompanhada de pessoas com deficiência, verificar “in loco” as instalações dos hotéis (Brasil, 2012a: 139).

Apesar de a temática da acessibilidade já ter sido apresentada de forma genérica e pontual em outras Conferências Nacionais (Brasil, 1992; 1998; 2001), na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2004a), a proposição de garantia de acessibilidade universal para pessoas com deficiência nos serviços de saúde inclui a reestruturação de mobiliário e estrutura física de acordo com as normas da ABNT e assessoria de equipe multiprofissional capacitada, contando com terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e arquiteto. A proposta de garantia de atenção integral à saúde também prevê a capacitação em Língua Brasileira de Sinais (Libras) – primeira vez em que é apresentada essa nomenclatura em uma Conferência Nacional – para os profissionais da área de atendimento ao público. Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, de 2007, também há propostas para busca de articulações intersetoriais para garantia de acessibilidade nas três esferas de governo, por meio da criação de projetos para eliminação de barreiras arquitetônicas e de comunicação, da criação de fórum de discussão permanente direcionado à acessibilidade das pessoas com deficiência no SUS, pelo Conselho Nacional de Saúde, além cumprimento da exigência de qualificação profissional em Libras e disponibilização dos materiais de trabalho das Conferências Nacionais para intérpretes de Libras (Brasil, 2008):

As ações a serem implementadas devem incluir a garantia de acessibilidade das pessoas com deficiência e idosos a todos os serviços de saúde, eliminando-se as barreiras arquitetônicas e viabilizando adaptações e adequações de acordo com o que determinam as normas da ABNT [...] com prestação de atenção por equipe multiprofissional especializada no atendimento de pessoas com deficiência [...] capacitando em Língua Brasileira de Sinais (Libras) os profissionais da área de atendimento ao público, para a comunicação com pessoas com deficiência auditiva (Brasil, 2004a: 95).

⁴ Diante das condições denunciadas pela moção de repúdio, o relatório apresenta, ao final, considerações para a realização da 15ª CNS, que incluem a necessidade de local com infraestrutura que garanta a acessibilidade às pessoas com deficiência em relação ao acolhimento, transporte e hospedagem, assegurando a presença de acompanhante, assim como disponibilização de material em braile (Brasil, 2012a).

O Decreto nº 5.626/2005, que regulamenta a lei de reconhecimento da Libras, propõe garantia de atenção integral nos diferentes níveis de complexidade e especialidades médicas do SUS. A previsão legal é de que o SUS deveria garantir ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva, diagnóstico precoce e encaminhamento para serviços de educação e integração de ações com as equipes escolares, seleção, adaptação e concessão de próteses auditivas, acompanhamento médico, terapia fonoaudiológica, atendimento em reabilitação por equipe multiprofissional, mas também orientações à família sobre a surdez e sobre a importância do acesso à Libras e à Língua Portuguesa desde seu nascimento, apoio à capacitação e formação profissional e garantia de atendimento por profissionais capacitados para o uso da Libras ou para sua tradução/interpretação. Em relação ao apoio ao uso e difusão da Libras no serviço público, o decreto prevê que todas as instituições públicas devam dispor de, no mínimo, 5% de servidores, funcionários ou empregados com capacitação básica em Libras, podendo ser utilizados também intérpretes contratados especificamente para essa função ou uma central de intermediação da comunicação, com oferta de atendimento presencial ou remoto (recursos de videoconferência *on-line* e *webchat*) (Brasil, 2005).

A despeito da previsão legal de capacitação e formação profissional para garantia de atendimento em Libras, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, de 2007, denunciou a fragilidade no cumprimento das exigências mínimas definidas pelos dispositivos legais e apresentou a necessidade de atenção a essa questão em uma de suas pautas, além de propor a qualificação dos agentes comunitários de saúde, por meio de cursos de Libras. A 15ª e a 16ª Conferências Nacionais de Saúde corroboram a permanência das dificuldades em relação à implementação dos recursos de acessibilidade ao longo dos anos, propondo ações destinadas a pessoas com deficiência, com garantia de profissionais capacitados (intérprete de Libras e guia- intérprete) para os diferentes pontos de atenção, bem como a realização de cursos de Libras e guia-interpretação anuais, em âmbito regional, estadual e federal, além de atividades educativas junto às famílias para todas as pessoas com deficiência (Brasil, 2008; 2016; 2019):

Exigir que as instituições públicas de saúde cumpram o estabelecido pelo Decreto nº 5.626/05, o qual estabelece que as empresas concessionárias de serviços públicos de saúde devem dispor de, pelo menos, 5% de trabalhadores capacitados para o uso e a

interpretação da língua brasileira de sinais (libras) para atuar como intérprete nos serviços de saúde (SUS), no atendimento às pessoas com deficiências visuais e auditivas (Brasil, 2008: 85).

Efetivar a implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência [...] com garantia de acessibilidade às unidades de saúde de acordo com a Política de Acessibilidade e da capacitação de profissionais de todos os pontos de atenção para atendimento às necessidades específicas das pessoas com deficiência, incluindo profissionais capacitados em LIBRAS e Guia-interpretação, por meio da implantação de estratégias de educação permanente, bem como, de empoderamento das famílias, usuários e comunidades (Brasil, 2016: 11).

De acordo com Vianna (2018), as primeiras ações e metas apresentadas no planejamento do Plano Viver sem Limite não contemplavam o segmento das pessoas com deficiência auditiva e surdas no eixo acessibilidade, o que a autora atribui à falta de diálogo com o movimento social nas fases iniciais do planejamento. A autora identifica uma tensão de forças para a construção desse diálogo, sendo uma tentativa de aproximação a incorporação da Central de Interpretação de Libras (CIL) no plano, que já estava em andamento. As CIL foram criadas para atender a demanda por acessibilidade nos serviços públicos, especialmente na área da saúde, disponibilizando intérpretes de Libras, mas não foi estabelecida uma articulação com a rede de cuidados, o que dificulta a implementação e o funcionamento desses dispositivos nos serviços de saúde.

As CIL surgiram a partir de iniciativa da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em parceria com estados e municípios, com o objetivo de oferecer atendimento especializado aos surdos, pessoas com deficiência auditiva e surdocegas, visando à ampliação da comunicação entre pessoas surdas e ouvintes e à viabilização do acesso dessa população aos serviços públicos e diferentes tipos de informação. No ano de 2013, foram disponibilizados *kits* para equipar, inicialmente, 37 centrais no país. A proposta apresentada em um guia de 2015 do Governo Federal indica a média de 200 atendimentos por mês para municípios de grande porte, o que exigiria entre cinco e oito intérpretes por unidade, podendo os atendimentos acontecer por meio virtual. Os tipos de atendimento previstos pela CIL incluem a prestação de serviços na unidade onde estão instalados os pontos de atendimento; prestação de serviços via Internet, com transmissão da imagem em tempo real entre intérpretes e usuários; e prestação de serviços em local específico, na área de abrangência da CIL, em horário previamente agendado. Entre os anos 2012 e 2013, o governo federal propôs

uma expansão das CIL, com busca ativa para firmar parcerias com os entes federados, resultando no programa nacional de implementação das CIL a partir de 2012, que passaram a ser estabelecidas por meio de adesão a edital público após os anos iniciais de busca ativa (Brasil, 2015).

O relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 2019, apresenta como uma de suas diretrizes a implementação de serviços que promovam acessibilidade para pessoas com deficiência, agregando as centrais de Libras em regime integral, por meio da utilização de videochamadas, com possibilidade de deslocamento do profissional tradutor/intérprete em casos específicos. Dentre os relatórios das oito Conferências analisadas, esta é a primeira vez que as Centrais de Interpretação de Libras são mencionadas, incluindo proposições para ampliação da formação dos gestores e trabalhadores de saúde em diferentes formas de comunicação para pessoas surdas, com propostas para inserção de profissionais especialistas em Libras e braile nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (Brasil, 2019):

[...] Serviços que promovam a acessibilidade da pessoa com deficiência agregando a central de libras em regime integral, utilizando vídeo chamadas, e em casos mais graves, o deslocamento do profissional tradutor e intérprete de Libras. Garantir a aplicação da Lei 13.146/2015, que dispõe sobre a capacitação dos profissionais da saúde para o atendimento as pessoas com deficiência, respeitando o Decreto Federal nº5.625/2005 (Brasil, 2019: 20).

A construção do cuidado em saúde para pessoas surdas: entre avanços e permanências

A noção de cuidado pressupõe a existência de interrelações e reconstruções constantes dos projetos de vida de cada indivíduo e de suas relações com o mundo, aplicando-se às práticas de saúde como atitudes terapêuticas que busquem, de forma ativa, o próprio sentido existencial de tais práticas (Ayres, 2004), que vão além de procedimentos e técnicas, ao considerarem o contato e a relação como elemento fundamental para a construção conjunta de ações e interações. As relações dos surdos nos espaços sociais, que ainda têm se traduzido em barreiras comunicacionais e atitudinais, expressam discriminação, desigualdade e negação de direitos já legitimados. Quando tais barreiras ocorrem em espaços de saúde, tem-se como consequência a ameaça a um direito fundamental, garantido pela Constituição, comprometendo significativamente a construção do cuidado em saúde. As políticas públicas na área da

saúde devem contemplar a multiplicidade de casos encontrada na categorização de pessoas surdas e com deficiência auditiva, permitindo ampliar a acessibilidade e a equidade.

Em relação à surdez, a perda auditiva pode gerar mais ou menos restrições de participação, na medida em que o indivíduo surdo encontra diferentes níveis de barreiras na comunicação e na informação. Quando um surdo usuário de língua de sinais procura um serviço de saúde e não encontra profissionais de saúde bilíngues ou intérpretes para mediar a comunicação, o acesso à informação e ao cuidado em saúde fica prejudicado. Por outro lado, com a disponibilização de recursos de comunicação e informação acessíveis em língua de sinais, o indivíduo surdo tem condições de exercer sua participação social integralmente, sem que o sentido da audição seja determinante para o exercício de sua cidadania.

Apesar de incluírem aspectos relativos à condição da deficiência, as necessidades de saúde dos sujeitos não se restringem a ela, o que ainda representa um desafio a ser superado pela lógica de organização dos serviços, que associam as demandas e necessidades de saúde de pessoas com deficiência apenas a serviços especializados, como serviços de reabilitação, ignorando outras necessidades que deveriam ser atendidas em serviços que contemplam a população em geral. Além disso, devem ser implementadas estratégias de ação intersetorial, que considerem temas relativos ao direito, ao trabalho, ao lazer, aos transportes, à educação, dentre outros aspectos que influenciam diretamente na composição das necessidades de saúde (Rocha, 2006; Othero e Ayres, 2012).

Ainda que tenha havido avanços significativos na conquista de direitos, a implementação dos marcos legais não repercute, de forma automática e imediata, na modificação de paradigmas conceituais e aplicações no cotidiano, evidenciando disputas de saberes e poderes que envolvem aspectos discursivos e práticos. Tais disputas são traduzidas em tensionamentos constantes entre o Poder Público e a sociedade civil, mas também internamente entre as próprias pessoas surdas, que se posicionam em relação a suas demandas de formas diferentes, e por vezes antagônicas, refletindo seu papel como sujeitos sociais dentro de um grupo heterogêneo que tem a surdez como marcador comum, mas que carrega representações simbólicas diversas.

O conceito de deficiência adotado pelo Estado e que perpassa a construção das políticas públicas em saúde, tem impacto nas decisões sobre o público-alvo das ações e serviços, além de gerar repercussões na organização do cuidado integral dos indivíduos a quem as políticas se destinam. Ao desconsiderarem as especificidades de pessoas surdas usuárias de língua de sinais, as políticas públicas focadas apenas na saúde auditiva, por meio da ampliação da oferta de tecnologias, ferem o princípio da universalidade, ao reduzirem a atenção destinada para esse grupo a procedimentos para recuperação da condição orgânica e funcional. Nesse sentido, as questões conceituais que envolvem as definições sobre deficiência, surdez e as abordagens de intervenção e oferta de serviços devem considerar tanto a perspectiva de pessoas surdas como sujeitos de direito, de forma relacionada à concepção biopsicossocial da deficiência, quanto a perspectiva de minorias linguísticas, quando se pautam as desigualdades e as barreiras que se impõem à participação de pessoas surdas, devido à sua forma de comunicação e interação com o mundo.

No caso de pessoas surdas, a ênfase em processos de reabilitação auditiva com predominância de uma compreensão clínico-terapêutica da surdez gera incongruências entre as expectativas de profissionais de saúde e dos usuários dos serviços, conforme apontam as próprias pessoas surdas usuárias de língua de sinais em relação à redução de seu direito de autonomia nas escolhas por caminhos de cuidado em saúde e formas de lidar com a surdez (Vilhalva, 2004; Strobel, 2009; Marques, 2008; Othero e Ayres, 2012), refletindo-se no oferecimento de ações e serviços voltados quase que exclusivamente para a correção ou minimização do déficit auditivo, privilegiando o conhecimento técnico e a compreensão de que esse seria o melhor ou único caminho possível.

As discussões sobre a construção das políticas públicas relacionadas à saúde e acessibilidade para surdos, portanto, devem estar pautadas na coconstrução da autonomia no cuidado em saúde, o que se estabelece por meio do exercício da alteridade, considerando cada grupo social em suas particularidades, bem como as necessidades dos indivíduos que os compõem, de forma integral e equânime, como definem os princípios do SUS. As análises realizadas nesta pesquisa apontam para a predominância de políticas públicas e iniciativas de serviços de saúde orientadas pelo modelo biomédico da deficiência e direcionadas pela concepção clínico-terapêutica da

surdez, tendo a oferta de tecnologias e de reabilitação auditiva como principal elemento. A ampliação do acesso a tecnologias auditivas pode ser considerado um avanço na ampliação de direitos e beneficia parte do grupo de pessoas surdas, mas a compreensão da surdez sob uma perspectiva organicista dificulta o acesso universal da população aos serviços de saúde, na medida em que aumenta as barreiras comunicacionais para surdos sinalizantes, perpetua uma visão normalizadora sobre os indivíduos e restringe as possibilidades de avanço em aspectos sociais e ambientais que se relacionam à limitação da participação das pessoas em seu cuidado em saúde e no exercício de sua cidadania.

Nesse sentido, destaque deve ser dado às relações particulares entre os conceitos de “acesso” e “acessibilidade” no contexto das pessoas com deficiência. O acesso aos serviços de saúde é um dos temas frequentes nos debates sobre os sistemas de saúde, sendo abordado pela perspectiva de medidas políticas, legais e sociais levadas em consideração para a entrada e uso dos serviços de saúde pelos cidadãos. A oferta precária de recursos de acessibilidade às pessoas com deficiência e a todos aqueles que necessitam de algum tipo de acomodação para frequentar os serviços de saúde, afeta diretamente o acesso ao cuidado em saúde, na medida em que a pessoa encontra diferentes barreiras para ingressar, permanecer e compreender a dinâmica do processo de atendimento oferecido a ela e efetivamente participar como corresponsável por sua própria saúde. Dessa forma, considerar a complexidade e a multiplicidade das experiências relacionadas à deficiência, bem como as disputas políticas e as construções sócio-históricas que se estabelecem, são elementos fundamentais para que se alcance a participação e inclusão social para além de ações de acessibilidade setorializadas ou apartadas (Comitê Deficiência e Acessibilidade da Associação Brasileira de Antropologia, 2020), mas que ampliem as possibilidades de interação entre indivíduos e sociedade.

Considerando a questão do acesso como um elemento importante para o alcance da universalidade no SUS, os demais princípios doutrinários – integralidade e equidade – também devem estar na pauta das discussões relacionadas à acessibilidade das pessoas surdas. A ampliação da oferta de serviços deve ser acompanhada da qualificação do acesso, considerando as diferenças entre os indivíduos e suas necessidades, passando pela disponibilidade em transpor barreiras de comunicação e informação de forma

institucionalizada. A garantia legal de intérpretes e de aumento da oferta de profissionais capacitados em Libras nos serviços de saúde nem sempre se reflete em ações concretas no cotidiano dos serviços, prejudicando o acesso pleno da população surda ao cuidado em saúde. A construção de legislações para pessoas com deficiência em geral e para pessoas surdas em particular, e que orientam a definição de direitos, alcançou avanços significativos desde a promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, após os anos 2000. Porém, a existência de dispositivos legais não garante a real implementação das políticas públicas, dos compromissos das instituições e da organização dos serviços, que dependem de uma rede de articulações, orientadas por decisões em diferentes níveis de gestão, que garantam a efetivação dos dispositivos legais.

A análise das Conferências Nacionais de Saúde revela riqueza conceitual, política e organizacional nas proposições contidas nas falas apresentadas nos debates e direcionamentos, que subsidiam as discussões para formulação de propostas e diretrizes para o sistema de saúde, configurando-se como marcos políticos e refletindo as expectativas projetadas pela população sobre a saúde, especialmente em relação às atribuições que são esperadas do Estado. Apesar da relevância dos conteúdos das discussões apresentadas nesses espaços, Ribeiro (2007) e Pais (2018) apontam para uma dificuldade que o campo da saúde enfrenta para transpor as deliberações das conferências para o nível operacional, sendo seu alcance limitado quanto às intervenções nos quadros de saúde, mesmo que algumas das resoluções sejam adotadas como diretrizes para a construção de políticas públicas ou desenvolvimento de estratégias e ações de saúde, assim como foi observado e descrito no presente artigo.

Compreendendo a participação social como elemento fundamental para ampliação do debate democrático, não apenas na área da saúde, mas de forma ampliada para o exercício da cidadania, as Conferências de Saúde figuram como espaços privilegiados de debates, consultas e deliberações, em que a sociedade civil, em conjunto com seus dirigentes, pode interferir em processos decisórios em diferentes níveis de gestão pública. Contudo, apesar dos avanços alcançados na garantia da realização das Conferências como espaços de articulação e participação popular, seus propósitos e desdobramentos não são isentos de conflitos e contradições. A recorrência

de proposições apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde que estão relacionadas às temáticas de acessibilidade, ampliação da oferta de serviços, qualificação profissional e cumprimento dos princípios legais de acesso à saúde reforçam a urgência da valorização de espaços de participação social e da efetivação dos direitos que estão postos legalmente e que são reiteradamente ignorados pelos gestores, como é possível observar pela retomada das mesmas pautas e reivindicações por grupos sociais muitas vezes invisibilizados.

Referências bibliográficas

Conferências Nacionais de Saúde

BRASIL. *Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

_____. *Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

_____. *Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. *Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004a.

_____. *Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____. *Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a.

_____. *Relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.

_____. *Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2019.

Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 2004, v. 13, n. 3, p. 16-29.

BRASIL. *Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989*. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério

Público, define crimes e dá outras providências. Brasília, 1989 [citado 18 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990 [citado 18 mai. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

_____. *Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999*. Regulamenta a 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. Brasília, 1999 [citado 17 abr. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm#art60.

_____. *Portaria nº 116, de 09 de setembro de 1993*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993a.

_____. *Portaria nº 126, de 17 de setembro de 1993*. Brasília, Ministério da Saúde, 1993b.

_____. *Lei 10.436, de 24 de abril de 2002*. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Brasília, 2002a [citado 17 abr. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm.

_____. *Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 2002b [citado 09 fev. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html.

_____. *Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004*. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b [citado 18 jul. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html.

_____. *Decreto 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. Brasília, 2005 [citado 17 abr. 2019].

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011*. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, 2011 [citado 18 jul. 2019]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm.

_____. *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. Brasília, Ministério da Saúde, 2012b [citado 15 fev 2023]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

_____. *Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade)*. Brasília, Ministério da Saúde Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2013.

_____. *Portaria nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014*. Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

_____. *Centrais de Interpretação de Libras – CIL: guia de atendimento*. Brasília, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2015.

_____. 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. Brasília, Ministério da Saúde, 2017 [citado 18 nov. 2021]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI.

_____. *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas)*. Brasília, Ministério da Saúde Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, 2020.

BRITO, Lucinda Ferreira. *Por uma gramática de línguas de sinais*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, UFRJ, Departamento de Linguística e Filologia, 1995.

CAPOVILLA, Fernando César. Filosofias educacionais em relação ao surdo: do oralismo à comunicação total ao bilinguismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2000, v. 6, n.1, p. 99-116.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*, 2005, v. 39, v. 4, p. 417-22.

COMITÊ DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. *Contracartilha de acessibilidade: reconfigurando o corpo e a sociedade*. Brasília; São Paulo; Rio de Janeiro, ABA; ANPOCS; UERJ; ANIS; CONATUS; NACI, 2020.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*. Brasília, CONASS, 2009.

DAVIS, Lennard J. *Enforcing normalcy: disability, deafness and the body*. London, Verso, 1995.

DINIZ, Débora. *O que é deficiência*. São Paulo, Editora Brasiliense, 2007.

DINIZ, Débora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 2009, v. 6, n. 11, p. 65-77. ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro, Cebes, 2009, p. 229-47.

HARTOG, François. The Present of Historian. *History of the Present*, 2014, v. 4, n. 2, p. 203-19.

- HOCHMAN, Gilberto. História e políticas. *Rev. bras. Ci. Soc.*, 2007, v. 22, n. 64, p. 153-6.
- HUNT, Paul. *Stigma: The Experience of Disability*. London, Geoffrey Chapman, 1966.
- IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde e sociedade*, 2009, v. 18, n. 2, p. 89-92.
- JORNAL DA FENEIS. Surdos se preocupam com o implante coclear. *Jornal da Feneis*, 1996, ano 3, v. 7, p.6-7.
- KRUGER, Tânia Regina. Conferências Nacionais de Saúde: ganhos democráticos ou reprodução da nossa cultura política? *Serviço Social & Saúde*, 2007, v. 6, n. 6, p. 117-26.
- LANE, Harlan. *When the mind hears*. New York, Random House, 1984.
- LOPES, Raphaela Marques; VIANNA, Núbia Garcia; SILVA, Eliete Maria. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Saúde e Pesquisa*, 2017, v. 10, n. 2, p. 213-21.
- PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. *Percepção de surdos adultos sobre o atendimento em saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo, Universidade de São Paulo, 2008.
- MARQUES, Rodrigo Rosso. *A experiência de ser surdo: uma descrição fenomenológica*. 2008. Tese (Doutorado em Educação). Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.
- MELLO, Anahí Guedes; AYDOS, Valéria; SCHUCH, Patrice. Aleijar as antropologias a partir das mediações da deficiência. *Horizontes antropológicos* [Online], 2022, v. 64.
- MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014, v. 19, n. 4, p. 1085-94.
- MOTA, André; MARQUES, Maria Cristina da Costa. A história do tempo presente, a democracia oligárquica e a crise da saúde no Brasil. In: MOTA, A; MARQUES, M.C.C. (Org.). *História, Saúde Coletiva e Medicina*. São Paulo, Hucitec, 2018, p. 15-47.

NEVES, Dayane Bevilaqua; FELIPE, Ilana Mirian Almeida; NUNES Serlyjane Penha Hermano. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. *Infarma*, 2016, v. 28, n. 3, p. 157-65.

OTHERO, Marilia Bense; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], 2012 [citado 03 set. 2021], n. 16, v. 40, p. 219-234. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000010>.

PAIS, Priscila Vitalino Severo. *Debates políticos e reestruturações: a 7ª Conferência Nacional de Saúde no entardecer da ditadura militar (1980)*. 2018. Dissertação (Mestrado em História), Guarulhos, Universidade Federal de São Paulo, 2018.

PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista de enfermagem contemporânea*, 2016, n. 5, v. 1, p. 68-77.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. *Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). 2007, São Paulo, Universidade de São Paulo, 2007.

ROCHA, Eucenir Fredini. Deficiência e Reabilitação: Questões Históricas e Epistemológicas. In: ROCHA, E.F. (Org.). *Reabilitação de pessoas com deficiência*. São Paulo, Roca, 2006. p. 9-60.

ROCHA, Carla Andrade dos Santos; CARVALHO, Sirley Alves da Silva; ROBERTO, Ana Carolina Ferreira; OLIVEIRA, Erika Maria Parlato; MELO, Isabela Martins; GUERRA, Leonor Bezerra. Formação de profissionais de saúde e acessibilidade ao atendimento em saúde: contribuições do projeto “Comunica”. *Interfaces – Revista de Extensão da UFMG*, 2017, v. 5, n. 1, p. 112-28.

SANTOS, Alane Santana; PORTES, Arlindo José Freire. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2019, v. 27, p. 1-9.

- SHAKESPEARE, Tom. Cultural Representation of Disabled People: dustbins for disavowal? *Disability & Society*, 1994, v. 9, n. 3, p. 283-99.
- SILVA, Otto Marques. *A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje*. São Paulo, CEDAS, 1986.
- SKLIAR, Carlos Bernardo. *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre, Mediação, 1998.
- SOLEMAN, Carla; BOUSQUAT, Aylene. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? *Cad. Saúde Pública*, 2021 [citado 24 nov. 2021], v. 37, n. 8, p. 1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00206620>.
- STROBEL, Karin Lilian. *As imagens do outro sobre a cultura surda*. Florianópolis, Editora da UFSC, 2009.
- VIANNA, Núbia Garcia. Ruídos e silêncios: uma genealogia sobre a surdez na política de saúde brasileira. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2018.
- VILHALVA, Shirley. *O despertar do silêncio*. [Livro virtual]. Editora Arara Azul, 2004 [citado 16 jul. 2020]. Disponível em: <https://editora-arara-azul.com.br/site/ebook/detalhes/10>.
- WILCOX, Sherman, WILCOX, Phyllis Perrin. The analysis of signed languages. In: HEINE, B.; NARROG, H. (Org.). *The Oxford handbook of linguistic analysis*. Oxford: Oxford University Press, 2009, p. 739-60.