DIREITO À SAÚDE E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Simone Santos da Silva Lima[1]

[1] e-mail autor para correspondência: simonelima@santos.sp.gov.br

Resumo: O artigo aborda o direito à saúde no Brasil, destacando sua evolução histórica e sua inclusão na Constituição de 1988 como um direito social fundamental. Ele analisa a transformação das políticas de saúde, desde a assistência filantrópica até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. O texto também destaca a importância da Reforma Sanitária, das conferências nacionais e das ações específicas, como o cuidado com a saúde auditiva e os direitos das pessoas com deficiência, incluindo o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Por fim, reforça a necessidade de fortalecer a participação social e o controle popular para garantir avanços na promoção do direito à saúde e na inclusão social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Direitos sociais. Inclusão social

RIGHT TO HEALTH AND THE CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH HEARING IMPAIRMENT

:

Abstract: This article addresses the right to health in Brazil, highlighting its historical evolution and its inclusion in the 1988 Constitution as a fundamental social right. It analyzes the transformation of health policies, from philanthropic assistance to the creation of the Unified Health System (SUS), based on the principles of universality, equity, comprehensiveness, decentralization and social participation. The text also highlights the importance of the Health Reform, national conferences and specific actions, such as care for hearing health and the rights of people with disabilities, including the recognition of Brazilian Sign Language (LIBRAS). Finally, it reinforces the need to strengthen social participation and popular control to ensure progress in promoting the right to health and social inclusion.

Keywords: Unified Health System (SUS). Social rights. Social inclusion

[1] Mestre em Direito da Saúde: Práticas Individuais e Coletivas na Universidade Santa Cecília, Unisanta (2022). Especialista em Saúde do Trabalhador Ecologia Humana pela Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz (2014), Possui Graduação em Serviço Social pela Faculdade União das Américas (2008). Atualmente é Assistente Social na Prefeitura Municipal de Santos.

INTRODUÇÃO

Falar em direito à saúde nos remete a dialogar sobre a concepção contemporânea de direitos humanos, a qual veio a ser introduzida pela Declaração Universal de 1948 e reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993. Esta concepção é fruto do movimento de internacionalização dos direitos humanos, que constitui um movimento extremamente recente na história, surgindo a partir do pós-guerra, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o nazismo.

A Declaração Universal de 1948 vem inovar a gramática dos direitos humanos, ao introduzir a chamada concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. Ao sustentar a universalidade dos direitos humanos, a Declaração de 1948 clama pela extensão universal destes direitos, sob o fundamento de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade. (PIOVESAN, 2005).

Elencados no art. 6º da Constituição Federal de 1988 estão os direitos sociais, dentre eles a saúde. A essencialidade dos direitos sociais e o direito à saúde, especificamente, estão diretamente ligados aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana.

O direito à saúde pode ser considerado que "De todos os direitos fundamentais, a saúde é provavelmente o mais crucial, pois condiciona, em larga medida, a capacidade de usufruir de outros direitos e de realizar o pleno potencial de desenvolvimento humano" (ROCHON, 2010).

Cabe ressaltar que a concepção de direito à saúde, defendida nesse estudo, se associa ao direito à vida, à dignidade da pessoa humana e à garantia de igualdade entre as pessoas de forma equânime.

Assim, a relevância do tema em questão fica evidente à medida que pretende, enfatizar como o direito à saúde vêm sendo historicamente consolidado e implementado e vem afirmando-se como um elemento constitutivo dos direitos humanos.

O presente artigo apresenta o debate contemporâneo acerca do direito à saúde no Brasil, com ênfase nas políticas públicas de assistência à saúde, nas proposições legislativas e institucionais em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nas diretrizes da política de saúde auditiva. Além disso, aborda-se a importância da Língua Brasileira de Sinais (Libras), o marco legal da pessoa com deficiência, os mecanismos de inclusão dessa população no mercado de trabalho, o direito à acessibilidade e o direito à educação como garantias

fundamentais para a promoção da cidadania e da equidade social.

Finalmente, elaborou-se as considerações finais com a ressalva de que o mesmo não se esgota nesse estudo.

1. DIREITO À SAÚDE

Considerando que tanto o direito quanto a política de saúde auditiva são os eixos da temática, torna-se necessário apresentar a discussão: Direito à Saúde no Brasil: conquista social e uma garantia fundamental; a Política de Saúde Auditiva; o contexto da integração/comunicação dos surdos e o marco legal da Política de Inclusão do Deficiente.

A conquista do direito à saúde no Brasil é marcada por lutas coletivas, tendo como elemento constitutivo os direitos humanos. Constata-se que o movimento pela reforma sanitária e as lutas sociais foram imprescindíveis para criar constitucionalmente o Sistema Único de Saúde - SUS em 1988.

Nesse contexto, o Estado passou a adotar o entendimento de "saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OMS, 1946).

Para fins de esclarecimento, a concepção de direito à saúde, defendida nesse estudo, associa o termo ao direito à vida e garantia de igualdade entre as pessoas de forma equânime.

Cabe salientar que, a partir da análise dialética, o direito à saúde não pode ser apreendido e analisado fora das condições históricas que o determinam, sem reconhecer as contradições e as lutas de classes, concebidas no interior do Estado e do modo de produção capitalista, que influenciaram para sua consolidação.

O debate do direito à saúde, no campo da produção e conhecimento, remete-se a diferentes defesas e correntes teóricas, por se tratar de uma busca diretamente relacionada ao direito à vida e concomitantemente à consolidação da democracia. A partir da expressa classificação teórico-didática, apontada por Bobbio (1992), o direito à saúde consolida-se como um direito de segunda geração, tendo em vista que vislumbra um direito social prestacional, uma vez que necessitam de uma atuação positiva por parte do ente estatal.

Na conjuntura histórica dos direitos humanos, a concepção de Bobbio se firmava nas seguintes gerações:

> (...) 1ª Geração: Direitos Individuais – pressupõem a igualdade formal perante a lei e consideram o sujeito abstratamente; 2ª Geração: Direitos Coletivos – os direitos sociais, nos quais o sujeito de direito é visto no contexto social, ou seja, analisado em uma

> situação concreta; 3ª Geração: Direitos dos Povos ou os Direitos de Solidariedade: os direitos transindividuais, também chamados direitos coletivos e difusos, e que basicamente compreendem os direitos do consumidor e os relacionados à questão ecológica; 4ª Geração: Direitos de Manipulação Genética – relacionados à biotecnologia e bioengenharia, tratam de questões sobre a vida e a morte e requerem uma discussão ética prévia (BOBBIO, 1992, p.6).

Nesta ótica, os direitos de segunda geração estão expressos a partir do Art. 6º da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, indicando que a saúde é reconhecida como um direito social.

> São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Artigo 6º da Constituição Federal de 1988).

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde reconhece o homem como ser integral, ou seja, em sua totalidade. Portanto, a saúde está vinculada à qualidade de vida, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Destarte, o direito à saúde está vinculado aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, à educação, à alimentação e ao lazer.

O Art. 196º (Constituição Federal de 05 de outubro de 1988) assegura que a saúde é um direito de todos, além de ser um dever do Estado, "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A partir do exposto, o Estado deve assegurar o direito à saúde, seja de forma individual ou coletiva, expressando um dos elementos do direito fundamental, sendo estes, a um só tempo, direito objetivo e subjetivo. "São direitos objetivos porque integram o ordenamento jurídico objetivo da coletividade" (HESSE, 1998, p. 228).

Neste sentido, a proteção ao direito fundamental à saúde impõe com a promulgação da atual Constituição Federal, democratizando a política de saúde.

Falar em política de Saúde remete a dialogar sobre o conceito de Política pública. Estas são realizadas através de um conjunto de normas e procedimentos que, segundo Lopes (2008), objetiva orientar a política estatal e regular as atividades governamentais em prol da sociedade.

Considerando o posicionamento de alguns estudiosos da área, bem como a temática deste trabalho, tentar-se-á chegar a uma visão de política pública. Não a um conceito, pois este tende a empobrecer o estudo, mas a uma ideia.

O termo *público* refere-se à *coisa pública*, ao que é de todos no sentido de totalidade e universalidade. Portanto, associado ao termo *política,* trata-se de uma política de ação no atendimento das necessidades de todos. Isso pode ser notado em várias esferas, tais como educação, assistência social, habitação, lazer, transporte, segurança, meio ambiente e, no caso deste estudo, saúde.

É muito comum que esse tipo de ação seja associado à autoria do Estado, mas nada impede que essa ação seja promovida fora do âmbito do Estado. Nesse sentido, para Potyara Pereira (2011, p. 174), "política pública expressa, assim, a conversão de demandas e decisões privadas e estatais em decisões e ações públicas que afetam e comprometem a todos". Para Lima (2012, p. 51), "uma política recebe o adjetivo de 'pública' se o problema que tenta enfrentar é público."

Entender que a autoria de uma política pública não é uma prerrogativa do Estado, mas também da sociedade, traz mudanças importantes. Fora do âmbito do Estado, o enfoque deixa de ser o autor e passa ser a capacidade dessa ação em gerar mudanças, o público abarcado, as necessidades, as decisões a serem tomadas e os resultados que precisam ser alcançados. Independente do líder do processo, o Estado permanece como assegurador de direitos e a sociedade como fiscalizadora dos elementos que favorecem ou não a eficácia das inúmeras políticas públicas em vigor no país.

1.1 Política de Assistência à Saúde no Brasil: aspectos históricos

Para compreender a política de saúde na contemporaneidade, é necessário fazer alguns resgates, trazendo para o debate alguns aspectos históricos.

Entre as três áreas contempladas pela seguridade social, especificaremos com maior tenacidade à Saúde a qual, segundo a Constituição, é regida pelo princípio da universalidade, ou seja, direito de todos.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço.

Nesta ótica, a Constituição Federal de 1988 é um marco importante para o setor saúde, porque o definiu: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação" (CF de 1988, artigo 196).

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, para compreender as propostas do SUS é necessário compreender seus princípios organizativos e doutrinários. Os princípios doutrinários referem-se à Universalização, que garante o acesso universal do cidadão ao SUS; Equidade, que aborda o tratamento dos usuários com ética e qualidade[2]; e a Integralidade, que dá toda assistência necessária em todos os tipos de serviços.

Quanto aos princípios organizativos, temos a Regionalização, que é a descentralização[3]; a Hierarquização, que compete à transferência de competência do nível central para o regional, ou seja, ordenação de serviços de acordo com o grau de complexidade; Resolutibilidade, que é capacitar a unidade de saúde para atender de acordo com seu perfil com atendimento direcionado; Descentralização, que delega competências para outra escala hierárquica do sistema único de saúde; Participação do cidadão[4], que garante o acesso do cidadão no sistema de saúde através dos conselhos gestores.

Conforme os princípios mencionados, Leite (2006) pontua que a Universalidade garante que todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.

O princípio da equidade aponta que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população.

Já a Integralidade aborda que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para as suas doenças.

[2]Ou seja, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam.

[3]Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população.

[4]O controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142.

Em referência a Promoção, são ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos. Estas ações estão relacionadas a fatores biológicos, psicológicos (estado emocional) e sociais.

O princípio da Proteção é definido como ações específicas, para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde. Como por exemplo: as ações de tratamento da água para evitar a cólera e outras doenças.

No que tange ao princípio da recuperação, são as ações que evitam as mortes das pessoas doentes; e as sequelas, são as ações que já atuam sobre os danos. Como, por exemplo, o atendimento médico ambulatorial básico e especializado.

Em referência ao princípio da regionalização e hierarquização, aponta que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (LEITE, 2006).

Já o princípio da Resolutividade aponta que é a exigência de que um indivíduo busque o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, é ideal que o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade.

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A Lei 8.080 e as NOBs (Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde) que se seguiram, definem precisamente, o que é obrigação de cada esfera de governo.

Em referência ao último princípio, Participação dos Cidadãos, o qual é regulamentado pela lei 81.42, é uma garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo, conforme aponta Leite (2006).

1.3 Proposições para a Defesa do SUS

O Sistema Único de Saúde, o SUS, há mais de 30 anos, tem uma trajetória coletiva de lutas e desafios enfrentados, diariamente, para proporcionar e garantir o direito universal à saúde como dever do Estado.

Torna-se imprescindível uma nova cultura de Defesa da Seguridade Social como política de proteção social, possibilitando a construção de políticas públicas que assegurem o direito à Saúde.

> Nesse contexto, a luta pela conquista social do direito à saúde precisa se dar em um duplo movimento. De um lado, é necessário resgatar a luta pelas políticas públicas que, para além do setor saúde, se voltem para a melhoria das condições de vida da população. De outro, é fundamental aprofundar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, pautado pela perspectiva da participação popular e da integralidade das ações (MATTOS, 2005 p. 35).

Portanto, é um caminho árduo e necessário o fortalecimento da Participação Social e do Controle Social na saúde, articulado com os movimentos sociais. A defesa da saúde tem que ser uma luta organizada e unificada, para que se possa avançar no modelo de atenção centrado no cidadão de direitos.

Além disso, é necessária adoção de debate sobre as condições de vida e de trabalho, considerando-se os fatores socioeconômicos como fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde, "portanto, resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o transporte, o lazer, etc." (BRASIL, Ministério da Saúde, 1998, p.13).

Neste sentido,

> Saúde é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2019, p.5)

Observa-se a necessária articulação entre os gestores e os serviços de base e controle social na formulação de políticas e de projetos de educação permanente em saúde, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, embasados nas normas vigentes e na garantia de direitos.

2. POLÍTICA DE SAÚDE AUDITIVA

A saúde auditiva integra o grupo de responsabilidades do SUS, com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de pensar estratégias de inclusão social, autonomia e comunicação.

Partindo desta premissa, em 2004 institui-se a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - PNASA, de 28 de setembro de 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 2.073, pautada

de acordo com os princípios do SUS, onde se preconiza que todos têm direito à atenção nos atendimentos, de forma integral, desde o diagnóstico da perda até a reabilitação fonoaudiológica.

Como diretrizes, têm-se a previsão do atendimento integral, incluindo diagnóstico, tratamento, adaptação, seleção e o recebimento do Aparelho Auditivo, acompanhamento e fonoterapia.

O Artigo 3º da PNASA considera a abrangência aos três níveis de atenção: básica, média e a alta complexidade. Compete à baixa complexidade, ações permanentes de vigilância em saúde e manter uma prática de promoção e prevenção à saúde da população.

> [...] compreendem ações de promoção à saúde auditiva, de prevenção e identificação precoce de problemas auditivos junto à comunidade, assim como ações informativas e educativas, orientação familiar e encaminhamentos, quando necessário, para o serviço de atenção à saúde auditiva da média complexidade. (SILVA *et al.,* 2014, p.7)

A Portaria nº 587, de outubro de 2004, garante a organização e a implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva e a Portaria nº 589, de 8 de outubro de 2004 determina o atendimento integral à pessoa com deficiência auditiva no que se refere ao diagnóstico, tratamento, seleção, adaptação, concessão do aparelho e prestar todo acompanhamento e fonoterapia. (BRASIL, 2004a, 2004b). Em seu 2º parágrafo descreve a média complexidade como:

> [...] atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional e que ofereça triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de três anos de idade, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos; (BRASIL, 2004a)

Dessa forma, na média complexidade são atendidas as pessoas com mais de três anos, bem como diagnósticos de perdas auditivas em ambos os ouvidos ou usuários com dificuldades de responder as avaliações. Em algumas situações, pela gravidade observada, tem-se o encaminhamento para a alta complexidade.

No atendimento da alta complexidade são feitas as avaliações para o diagnóstico diferencial da deficiência auditiva e os atendimentos específicos, como por exemplo, o implante coclear. Maiores custos e a tecnologia fazem parte da alta complexidade. Em relação à alta complexidade, o parágrafo 3º da respectiva Portaria nº 587/2004 destaca a

> [...] atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva de forma articulada e integrada com o sistema local e regional, constituindo-se como referência para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças até três anos de idade e em pacientes com afecções associadas sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais e daqueles que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade. (BRASIL, 2004a)

Portanto, a instituição da Política de Saúde Auditiva, representou um avanço significativo na ampliação dos direitos de cidadania:

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

Os avanços na política de atendimento às pessoas surdas são importantes, pois buscam a integralidade do cuidado e não apenas o diagnóstico e entrega do aparelho auditivo, mas ações contínuas e sistemáticas buscando a reabilitação social.

2.1 Critérios e procedimentos para a indicação do aparelho auditivo



Figura 1: Modelos de aparelhos auditivos. Fonte: Audilog, 2022

O critério do SUS para a indicação do aparelho auditivo considera a idade do indivíduo, a etiologia, tipo, grau, duração e simetria da perda auditiva bem como a restrição de participação (incapacidade). Os pacientes que apresentam dificuldades de comunicação

por causa da perda auditiva são potenciais candidatos ao uso de AASI, e conforme literatura médica e fonoaudiológica são categorizados em 3 classes:

Classe 1: Existe consenso na indicação para uso de AASI:

Adultos com perda auditiva bilateral (nos dois lados) permanente que apresentem, no melhor ouvido, média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 40 dB.

Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 30 dB.

Classe 2: Há controvérsias quanto à indicação do uso de AASI: o paciente é encaminhado para o uso das próteses se houver parecer favorável da equipe do Serviço de Saúde Auditiva.

- Crianças com perdas auditivas entre 20 dBNA e 30 dBNA (perdas auditivas leves).
- Pessoas com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional), ou perda auditiva flutuante bilateral, ou perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não oralizadas (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação).
- Pessoas adultas com perda auditiva e distúrbios neuropsicomotores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral, ou com alterações neurais ou retrococleares (após teste) ou com perda auditiva limitada a freqüências acima de 3000 Hz.

Classe 3: Não há indicação, ou há contraindicação do uso de AASI: pessoas com intolerância a todo tipo de amplificação/controle de ganho devido a um recrutamento intenso, ou anacusia unilateral com audição normal no outro ouvido.

3. Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS no Brasil

Além da possibilidade do uso do aparelho auditivo, as pessoas com deficiência auditiva podem utilizar a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, como uma forma de integração e comunicação em sua vida cotidiana. Esse recurso, é bastante utilizado quando o aparelho auditivo não apresenta uma opção: seja por desejo do paciente, ou por não ser uma indicação da equipe multidisciplinar.

Sabemos que a LIBRAS foi oficializada pela lei 10.436/02 e regulamentada pelo decreto

5.626/05 e é a língua natural das Comunidades Surdas no Brasil. É uma língua cuja modalidade é visual–espacial e difere da Língua Portuguesa que, por sua vez, é uma modalidade de comunicação oral-auditiva. Brito (1997) afirma que as línguas de sinais são naturais porque como as línguas orais, surgiram espontaneamente da interação entre pessoas e porque, devido à sua estrutura, permitem a expressão de qualquer conceito – descritivo, emotivo, racional, literal, metafórico, concreto, abstrato – enfim, permitem a expressão de qualquer significado da necessidade comunicativa e expressiva do ser humano.

A língua de sinais não é universal, tem a americana, a francesa, a britânica, a chinesa, dentre outras. Tem como característica sua regionalidade, sendo que alguns sinais mudam de acordo com cada região do Brasil. E como qualquer outra língua, tem gramática própria, assim como a língua oral. Linguisticamente, "pode-se afirmar que a língua de sinais é língua porque apresenta características presentes em outras línguas naturais e, essencialmente, por ser humana". (GESSER, 2005, p. 27)

A luta para a utilização da LIBRAS ocorreu de forma lenta e, somente no ano de 2002, passou a ser reconhecida e considerada a segunda língua oficial do Brasil, por meio da Lei nº 10.436/02.

> Entende-se como Língua Brasileira de Sinais - Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil. (BRASIL, 2002)

Em novembro de 2019, o governo publicou uma cartilha com os direitos da pessoa surda no Brasil. Além do direito de utilizar LIBRAS como primeira língua, os surdos têm direito ao acesso à educação, com a contratação de intérprete de LIBRAS para o acompanhamento nas aulas tanto no ensino básico quanto no superior; recursos de tecnologia assistida e adaptação e produção do material didático de forma acessível.

Dentre outros direitos, orientações aos familiares no que se refere as implicações da surdez e a importância do aprendizado em LIBRAS e português para a criança; apoio à capacitação e formação dos profissionais que faz atendimento às pessoas surdas; acesso ao esporte, lazer e cultura promovendo os lugares culturais com formato acessível; programas de televisão, cinema, teatro, dentre outros com acesso facilitado; e janela com intérprete de LIBRAS, incluindo anúncios publicitários, no cinema, em congressos, seminários e demais eventos.

No mês de setembro comemora-se o "setembro azul", mês marcado pelas discussões

sobre a acessibilidade das pessoas surdas no Brasil. A cor azul representa marcos da Segunda Guerra Mundial (1940-1945) quando os nazistas queriam se livrar de raças “inferiores” e as pessoas com deficiências - incluindo os surdos, eram identificadas com uma fita azul no braço. Neste período, estima-se a morte de 20.000 pessoas com deficiências. Com o passar dos anos, a cor azul passou a simbolizar o orgulho e a identidade surda. Setembro foi o mês escolhido em função de três datas comemorativas: 23/09: Dia Internacional da Língua de Sinais; 26/09: Dia Nacional do Surdo e 30/09: Dia Internacional do Tradutor/Intérprete de LIBRAS.

4. Marco legal da pessoa com deficiência

A legislação Brasileira para a pessoa com deficiência é uma das mais avançadas do mundo. Dentre elas, cabe destaque:

> Lei nº 3.879, de 25 de junho de 2002, que obriga os bares, restaurantes, lanchonetes, hotéis e motéis a colocarem à disposição dos fregueses deficientes visuais cardápios em braille;
>
> Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
>
> 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;
>
> Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que determina a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência;
>
> Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e garante direitos específicos ao acesso à educação às pessoas portadoras de deficiência;
>
> Lei nº 8.899 de 29 de junho de 1994 (Regulamentada pelo Decreto 3.691, de 19 de dezembro de 2000); que concede passe livre às pessoas

portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual;

Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991 (Regulamentada pelo Decreto 2.173, de 5 de março de 1997), que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e especificamente a assistência aos portadores de deficiência;

Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991 (Regulamentada pelo Decreto 2.172, de 5 de março de 1997 de 1991), que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e especificamente a assistência aos portadores de deficiência;

Lei nº 7.853 de 24 de novembro de 1989 (Regulamentada pelo Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999), que 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.

5. Integração do deficiente no mercado de trabalho

A garantia de acesso ao trabalho para as pessoas com deficiência é prevista na legislação brasileira, através do Decreto nº 3.298/997. A legislação determina que as empresas com mais de cem empregados contratem pessoas com deficiência, segundo as seguintes cotas: de 100 a 200 empregados, 2% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos; de 201 a 500 empregados, 3% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos; de 501 a 1.000, 4% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos; e acima de 1.000 funcionários, 5% das vagas devem ser destinadas a deficientes físicos.

Através da Lei nº 112/11/1990, é assegurado o direto de participação em concursos públicos, garantida a reserva de 20% das vagas oferecidas.

6. Direito à acessibilidade

A partir de 2004, com o Decreto nº 5.296/2004 fica regulamentada a acessibilidade

das pessoas deficientes. Para os fins de acessibilidade, considera “condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida”. E, no que diz respeito às barreiras, considera “qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento a circulação com segurança e a possibilidade das pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação” (BRASIL. Decreto, 5.296/ 2004).

No referido decreto, legitima os Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e as organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência para acompanhar e sugerir medidas para o cumprimento dos requisitos estabelecidos no decreto.

7. Direito à Educação de pessoas com deficiência

Conforme o Conselho Nacional de Educação (2009), considera-se público-alvo do atendimento educacional especializado:

> I - Alunos com deficiência: aqueles que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.
>
> II - Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotipias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.
>
> III - Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade.

A Constituição Federal de 1988, garante o direito à educação para pessoas com deficiência, determina que a educação será efetivada mediante a garantia de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de

ensino; determina a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para crianças e adolescentes portadores de deficiência física, sensorial ou mental.

Considerações

Ao longo deste estudo, foi possível evidenciar a importância do direito à saúde como um princípio fundamental garantido pela Constituição Federal, especialmente no que diz respeito às pessoas com deficiência auditiva. A análise da rede de cuidados revela que, apesar dos avanços na legislação e na oferta de serviços especializados, ainda há desafios significativos para assegurar o acesso integral e efetivo a esses direitos.

A deficiência auditiva demanda uma abordagem multidisciplinar, envolvendo desde a prevenção até a reabilitação, incluindo o acesso a aparelhos auditivos, terapias fonoaudiológicas e suporte psicossocial. Contudo, muitas vezes, as políticas públicas ainda não atingem de forma plena todas as camadas da população, evidenciando a necessidade de aprimoramento na estrutura da rede de atenção à pessoa com deficiência auditiva.

Portanto, é imprescindível que haja um compromisso contínuo por parte do Estado e da sociedade para garantir o pleno exercício do direito à saúde dessas pessoas, promovendo inclusão social e qualidade de vida. Investir em ações integradas, capacitação de profissionais e ampliação do acesso aos serviços especializados são passos essenciais para construir uma rede mais eficiente e humanizada.

Que este estudo contribua para sensibilizar os gestores públicos, profissionais da saúde e toda a sociedade acerca da importância de fortalecer os cuidados às pessoas com deficiência auditiva, promovendo uma sociedade mais justa e inclusiva.

REFERÊNCIAS

ABA – Acadêmia Brasileira de Audiologia. **Política de Saúde Auditiva, representou um avanço**. Disponível em: http://www.audiologiabrasil.org.br/noticias.php?idcad . Acesso em: 29 de maio 2021.

Audilog - Aparelhos Auditivos. **Fotos de Aparelhos**. Disponível em: http://audilogaparelhosauditivos.com.br/our-service/linhaaparelhos/ Acesso em: 30 de junho 2022.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Editora Campus. Rio de Janeiro, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO FINAL DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf. Acesso em 12 de jul 2021.

_____.**Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html> Acesso em: 24 fevereiro 2022.

_____.**Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004**. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html> Acesso em: 24 fevereiro 2022.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RELATÓRIO PRELIMINAR DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Ministério da Saúde, 2019. http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf. Acesso em 12 de jul 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal - Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

_____.Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Série **Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos**. 2ed. Brasília: SEESP/MEC, 2006.

_____.Presidência da República. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. **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. Disponível em: Decreto nº 5626 (planalto.gov.br). Acesso em: 22 de maio 2002

BRITO, FERREIRA *et al*. **Língua Brasileira de Sinais**. Secretaria de Educação Especial. Série Atualidades Pedagógicas, n.4 Brasília: SEESP, 1997.

GESSER, Audrei. **LIBRAS? Que língua é essa?: crenças e preconceitos em tono da língua de sinais e da realidade surda**. São Paulo, Parábola Editora, 2009.

LEITE, Juliana Domingues. **Curso de Extensão: atualização na Política de Saúde; Módulo IV Judicialização da Saúde/ Agenda da Saúde.** Foz do Iguaçu. Faculdade União das Américas. 2006.73 slides: color.

LIMA, Waner Gonçalves. **Política pública**: discussão de conceitos. Núcleo de Educação, meio ambiente e desenvolvimento – NEMAD. Edição 5 . Disponível em: http://revista.uft.edu.br/index.php/interface/article/viewFile/370/260. Acesso em: 1 jun. 2021.

MATTOS, Ruben A**. Direito, necessidades de saúde e integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni; ____. (orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, p. 33-46. 2005

Organização Mundial da Saúde-OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>.** Acesso: 06 de julho 2021.

Organização Mundial da Saúde-OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política Social:** temas & questões. 3. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011. p. 173 e 174.

PIOVESAN, FLAVIA. **Ações Afirmativas da Perspectiva dos Direitos Humanos**. Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005. Disponivel em: https://doi.org/10.1590/S0100-15742005000100004. Acesso em: 30 de setembro 2021.

ROCHON, J. Prefácio. In: Saúde e cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas (SP): Saberes, 2010.

SILVA, Luciana et.al. **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**: **um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos.** CoDAS vol.26 no.3, São Paulo, maio/junho 2014. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt_2317-1782-codas-26-03-00241.pdf> Acesso em: 16 dezembro 2020.