

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Atenção à saúde do surdo na perspectiva do
profissional de saúde

Eurípedes Gil de França

Dissertação apresentada a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Avaliação de Programas e Serviços de Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Inácia Sátiro
Xavier de França

Campina Grande-PB

2011

Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde

Eurípedes Gil de França

Dissertação apresentada a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Avaliação de Programas e Serviços de Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Inácia Sátiro
Xavier de França

Campina Grande-PB

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

F814 França, Eurípedes Gil de.
Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde [manuscrito] / Eurípedes Gil de França . – 2011.
82 f. : il. color.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França, Departamento de Enfermagem”.

1. Saúde - Surdez . 2. Atenção à Saúde . 3. Profissional da Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 613

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eurípedes Gil de França

Título: Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde

Orientadora: Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França

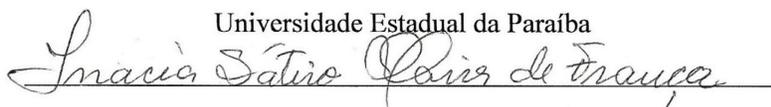
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de Avaliação de Programas e Serviços de Atenção à Saúde.

Aprovada em: 03 de agosto de 2011

BANCA EXAMINADORA

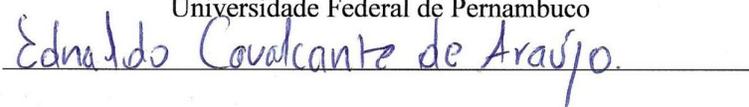
Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França

Universidade Estadual da Paraíba



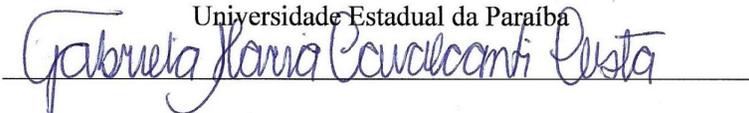
Profe. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Universidade Federal de Pernambuco



Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus avôs Luiz de França e José Aminthas de Farias, que em suas vidas foram exemplos de retidão e hombridade.

AGRADECIMENTOS

Minhas sinceras palavras de gratidão vão para:

Deus, por todas as oportunidades ofertadas. Por me proporcionar coragem para enfrentar os obstáculos da vida. Por me fazer crer num futuro próspero, proporcionar-me alcance à sabedoria e ao conhecimento. Por cuidar de todos que amo.

Meus pais Eduardo e Leônia, por todo incentivo em minha vida acadêmica. Por acreditarem em meu potencial. Por serem meu escudo protetor.

Tios e tias, por me acolherem como um filho. Pelo apoio, carinho, pelo estímulo e pela confiança em meu sucesso.

Minha noiva Layany, pelo amor, respeito e admiração. Por enaltecer minhas virtudes e me ajudar na reparação de meus atos inconsequentes. Simplesmente por me apoiar sempre e me fazer acreditar em minha força.

Irmãos e primos, pelo aprendizado e amadurecimento diário.

Os amigos, pelas amizades verdadeiras. Por abrandarem minhas angústias, pelas conversas distraídas e pelos conselhos cheios de sabedoria.

Profa. Dra. Inácia, pelo exemplo de vida. Pela fé em meu potencial como orientando. Pelas repreensões, sugestões e diálogos que me fizeram ser pessoa e profissional melhores.

Os profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família de Campina Grande-PB que atenciosamente receberam-me e contribuíram com o estudo.

Maiary Andrade, pela disponibilidade para pesquisar e compromisso com as atividades demandadas. Pela gentileza em ofertar seu auxílio.

*“O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará [...] ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte não temeria mal algum, porque Tu estás comigo”
(Salmo 23).*

RESUMO

OBJETIVOS: identificar as dificuldades enfrentadas por profissionais da saúde durante o atendimento ao surdo; evidenciar as estratégias de comunicação mais utilizadas; verificar se há relação entre as dificuldades existentes para a prestação dos cuidados em saúde e a formação na graduação ou capacitação do profissional para comunicação com o surdo. **MÉTODO:** estudo transversal, quanti-qualitativo com profissionais de nível superior atuantes na atenção primária de Campina Grande-PB, desenvolvido entre agosto de 2010 e julho de 2011. Visitou-se 84 unidades de saúde, sendo que a amostra resultante foi de 156 profissionais e cada participante respondeu a um formulário contendo perguntas relacionadas ao tema. A análise quantitativa foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences. Os dados qualitativos foram analisados segundo a Modalidade Temática da Análise de Conteúdo. **RESULTADOS:** As dificuldades no atendimento foram relacionadas à: dificuldades de comunicação, déficit de recursos humanos, infraestrutura inadequada, e imprecisão na consulta. As estratégias de comunicação mais utilizadas foram auxílio de um familiar do surdo, mímica e leitura labial. Verificou-se relação entre dificuldades de comunicação e falta de instrução na graduação ou capacitação para a consulta, pois este déficit de conhecimento resulta em dificuldades no atendimento e comprometem a atenção integral à saúde do surdo. **CONCLUSÕES:** profissionais enfrentam dificuldades no atendimento ao surdo relacionadas à comunicação com o usuário. As estratégias de comunicação auxiliam na consulta, mas não solucionam problemas de interação. A falta de preparo do profissional para atender ao surdo reduz a qualidade da atenção à saúde prestada a este usuário.

Palavras-chave: Surdez; Profissional da Saúde; Enfermagem; Atenção à Saúde; Barreiras de Comunicação; Comunicação não Verbal

ABSTRACT

OBJECTIVES: Identify difficulties faced by Health Professionals while working with the deaf; highlight most used strategies of communications; check out whether there is any relation among existing difficulties on health care and building up on graduation or professional skill in order to communicate with deaf people. **METHODS:** Transversal studies both qualifying and quantitative with scholar professionals acting on primary attention in Campina Grande – PB, developed from August 2020 to July 2011. 84 Health Units have been visited, resultant sample being 156 professionals, and each participant receiving a formulary having questions related to the topic. Quantitative analyses have been made in the program “Statistical Package for the Social Science”. Qualitative data have been checked out according to Theme Modality on Content Analyses. **RESULTS:** Difficulties on assistance have been related to: communication difficulties, low human resources, improper infra-structure, and inaccuracy of consult. The most used communication strategies were help of a deaf relative, mimics and lips reading. Relation among communication difficulties, lack of instruction during graduation or training for assistance have been checked, for this deficit of knowledge leads to difficulties on assistance and decrease integral attention to the deaf health. **CONCLUSIONS:** Professionals face difficulties on deaf assistance related to the communication with patients. Communication strategies help during attending, but don’t solve interaction problems. The lack of professional training to assist the deaf comes to decrease quality of health attention towards these patients.

Keywords: Deafness; Health Personnel; Nursing; Health Care (Public Health); Communication Barriers; Nonverbal Communication

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
3 METODOLOGIA	14
3.1 TIPO E LOCAL DA PESQUISA	14
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	14
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	15
3.4 INSTRUMENTO	16
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	17
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	18
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	19
4 RESULTADOS	20
4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS	20
4.2 RESULTADOS QUALITATIVOS	27
4.2.1 QUESTIONAMENTO 1: “ <i>QUAL(S) DIFICULDADE(S)?</i> ”	27
4.2.2 QUESTIONAMENTO 2: “ <i>O QUE VOCÊ SUGERE PARA MINIMIZAR AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A PESSOA SURDA?</i> ”	31
5 DISCUSSÃO	34
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	63
7 CONCLUSÕES	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	74
ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

No Brasil 24,6 milhões de pessoas apresentam algum tipo de deficiência. 4,165 milhões declaram-se deficientes auditivos, número este que corresponde respectivamente a 17% do total de pessoas com deficiência – PcD e 2,5% da população brasileira; 170 mil brasileiros dizem ser surdos. Esses números representam um quantitativo expressivo que leva a refletir sobre a qualidade da atenção à saúde prestada as PcD, visto que as mesmas, historicamente, sofrem com a exclusão e enfrentam dificuldades sociais, além de, no geral, viverem em condições de pobreza, desigualdade e acesso precário aos serviços de saúde, repercutindo na qualidade de vida¹⁻³.

Os números anteriormente citados não retratam a realidade. Segundo informações disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo 2000 houve pessoas que declararam mais que um tipo de deficiência. Portanto, o número de 24,6 milhões representa o total de pessoas, mas não o total de deficiência. Em relação à atenção à saúde, nos formulários pertinentes ao cadastro dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS consta um item que questiona se o usuário apresenta deficiência, mas não há indagação acerca do tipo de deficiência dessa pessoa. Dessa forma, não há registro real do número de PcD que demandam cuidados de saúde¹⁻⁴, nem estimativas a respeito do crescimento da deficiência no Brasil.

O Ministério da Saúde – MS, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, regulamenta que, para qualquer tipo de deficiência, as equipes de saúde devem estar preparadas para receber o usuário e lhe garantir atenção integral, assim como regem os princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, a proposta isolada de assistência para reabilitação da PcD nos serviços especializados perdeu o enfoque majoritário visto que a responsabilidade fundamental é a de prevenir condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e agravos – ainda que 70% das ocorrências sejam evitáveis ou atenuáveis com medidas apropriadas – e que a assistência seja realizada na Estratégia de Saúde da Família – ESF por meio da Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF, onde deverão estar os registros de saúde da comunidade^{4,5}.

Dentre as deficiências tem-se a auditiva. Esta é aferida por exame de audiograma em diferentes frequências. Este exame tem o propósito de diagnosticar a perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, o que caracteriza a limitação auditiva. A deficiência

auditiva acomete o usuário em três níveis: surdez leve, surdez moderada e surdez severa ou profunda. Os completamente surdos – incluídos no terceiro nível – apresentam capacidade de escutar que varia desde a diminuição severa à perda total da audição e se destacam dentre as demais PcD, em especial no concernente à dificuldade de interação social que se reflete no dia-a-dia, resultante da impossibilidade de estabelecer a comunicação interpessoal^{4,6-8}.

A limitação auditiva difere dos outros tipos de deficiência, pois interfere na comunicação. Estudos demonstram que a comunicação é instrumento básico e necessário para a realização de consulta eficaz, que contemple as necessidades de saúde do usuário, identificando desde problemas relacionados à queixa principal a outros não evidenciados, diagnosticados por meio do histórico de saúde completo e exame físico^{7,10-1,16}.

Neste contexto, verifica-se que os surdos possuem necessidades de saúde que vão além da deficiência, mas não são diagnosticadas devido à falta de preparo do profissional da saúde em estabelecer um elo de entendimento usuário-profissional⁹⁻¹¹.

Segundo a Lei nº 8.080, o acesso à saúde é promovido segundo as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Federal e obedecendo a determinados princípios. Destacam-se os princípios da universalidade e da integralidade. A universalidade, como direito inerente a todo cidadão, garante o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. A integralidade é compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos¹².

A integralidade não é vista como uma forma de atendimento contínuo e em tempo integral que tem como objetivo disponibilizar recursos para o tratamento da doença e a cura nos diferentes níveis de atenção à saúde. Noutro sentido, admite-se a integralidade como um referencial que

“busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras”¹³: 2.

Entende-se que as ações em saúde, obedecendo aos princípios da universalidade e integralidade, contribuem para consulta diferenciada que considera o cidadão como ser único e com necessidades individuais, enxergando-o numa abordagem holística. Além das questões de infraestrutura importantes para o acolhimento do usuário, a formação e capacitação do profissional são essenciais para o reconhecimento das necessidades de saúde, principalmente

em situações em que não há interação na comunicação, por exemplo, como ocorre entre o profissional de saúde e o surdo^{10,11}.

Estudos evidenciam que o profissional não possui capacitação adequada para comunicar-se com o surdo o que influencia na qualidade da consulta prestada e no grau de satisfação do usuário em relação às informações recebidas. Algumas estratégias para comunicação são utilizadas almejando estabelecer um vínculo de entendimento entre profissional e surdo por meio de métodos não verbais como a escrita, gestos e mímicas. No entanto, estas medidas requerem atributos especiais como dedicação, paciência, criatividade e boa vontade^{7,10-1,14}.

Tais medidas necessitam de compromisso profissional e respeito ao usuário. O empenho destinado para a atenção integral à saúde do surdo requer gasto de energia física e mental tanto no âmbito individual quanto coletivo – de equipe multiprofissional. Entretanto, a realidade da assistência de saúde brasileira é de desrespeito ao surdo, resultando em desumanização, porquanto a baixa visibilidade das consequências dos defeitos auditivos o tem levado a ser considerado, frequentemente, como desmotivado, desatento ou mesmo portador de retardamento mental¹⁵.

Devido à dificuldade de comunicação, os surdos estão em maior risco para baixa satisfação e aderência aos cuidados de promoção de saúde. Estratégias como escrita e leitura labial não são eficazes devido à forma diferente de interpretação que o surdo possui. Mesmo para as pessoas que se comunicam por meio de Língua de Sinais – LS, o entendimento da escrita é diferente em relação às pessoas ouvintes¹⁸. Apesar de no Brasil ser regulamentada a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, que é a forma de comunicação oficial do surdo e segunda língua do Brasil – é sabido que profissionais da saúde desconhecem esta forma de comunicação^{8,11,17-20}.

Para os surdos, os médicos e enfermeiros não estão preparados para suprir suas necessidades de comunicação⁷. Segundo Barnett¹⁰, basicamente as dificuldades ocorrem em detrimento da forma como o profissional age com o surdo. Para o autor, é necessário que estudantes de medicina sejam ensinados a como reconhecer as preferências de comunicação das pessoas com perdas auditivas, além de apreciar suas experiências psicossociais, resultando numa melhor prestação de cuidados em saúde, além de reduzir o desconforto que o médico sente ao consultar estes usuários.

No cenário nacional de políticas públicas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece diretrizes fundamentais para a implementação das ações de atenção a saúde dos surdos. Adiante, com o objetivo de reduzir os problemas de acesso que as PcD

possuem, a portaria 325/2008 estabeleceu novas metas para Pacto pela Vida, sendo uma delas o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, em especial os serviços para atendimento da pessoa com deficiência auditiva. A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde em seu tópico nove determina atenção especial para saúde das PcD²¹⁻².

Nos bancos de dados nacionais são escassos os estudos sobre as questões relativas à surdez e o processo de interação entre profissionais da saúde e cultura surda. Em relação a esta, os surdos possuem características próprias e normas regulamentadoras que reconhecem suas particularidades. São reconhecidos como cultura e possuem legislação que garantem seus direitos^{4-6,19,20,25}. Desta forma, os surdos não tem que se adequar à sociedade, mas a sociedade deve preparar-se para receber – acolher – estas pessoas³⁸.

É necessário não apenas investigar a opinião de usuários com relação aos serviços de saúde fornecidos, mas a percepção dos profissionais da saúde, que recebem sobre si toda injúria e descontentamento pela não realização da consulta da forma como almeja o usuário. Estudar a percepção dos cuidadores é também indispensável para elaboração de manuais e políticas que orientam as formas de atendimento¹⁷.

Percebe-se, portanto, a existência de dificuldades na atenção integral à saúde do surdo resultante da comunicação prejudicada entre profissional e usuário, tendo como consequência prejuízo para a promoção de saúde e a limitação do exercício dos direitos do surdo quanto à assistência em serviços de saúde. O presente estudo almeja possibilitar mais oferta de argumentações científicas que, uma vez utilizados por gestores, pesquisadores e docentes da área da saúde, contribuirão para melhorar o processo de formação de recursos humanos para a saúde e a capacitação em intervenções com respaldo nas políticas públicas para os surdos.

Diante do exposto, foram elaborados os seguintes questionamentos: Em Campina Grande, quais as dificuldades enfrentadas por profissionais da saúde durante o atendimento ao surdo? E quais as estratégias mais utilizadas pelos profissionais na atenção primária para estabelecer uma conversação durante o atendimento a este usuário?

2 OBJETIVOS

- Identificar as dificuldades enfrentadas por profissionais da saúde de nível superior atuantes na atenção primária durante o atendimento ao surdo.
- Evidenciar as estratégias de comunicação mais utilizadas.
- Verificar se há relação entre as dificuldades existentes para a prestação dos cuidados em saúde e a formação na graduação ou capacitação do profissional para comunicação com o surdo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E LOCAL DA PESQUISA

Estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa. O método quanti-qualitativo, ou método misto, foi desenvolvido no final da década de 1960 para estudar a validade das características psicológicas. Trata-se de uma técnica que envolve coleta de dados simultânea ou sequencial – obtenção de informações numéricas e de texto, com elaboração de banco de dados quantitativo e qualitativo – para melhor entender os problemas de pesquisa⁴².

Utilizou-se a estratégia de triangulação concomitante que consiste no uso de métodos quantitativos e qualitativos separadamente para compensar os pontos fracos inerentes a um método com os pontos fortes de outro método. Esta estratégia favorece a convergência dos resultados de forma a fortalecer as alegações produzidas, além de tentar confirmar, fazer validação cruzada ou corroborar resultados dentro de um único estudo. As limitações desta estratégia estão na dificuldade de comparar os resultados de dois métodos e a possibilidade de surgir discrepâncias que dificultem a interpretação do pesquisador⁴².

Realizou-se coleta de dados primários nas 60 UBSFs urbanas e três USBFs mistas da zona urbana de Campina Grande (84 equipes de saúde). A pesquisa teve início no mês de agosto de 2010 com a revisão de literatura em que se buscaram trabalhos que abordassem temas relacionados à surdez e questões relacionadas à interação surdo-profissional da saúde. O estudo prolongou-se até julho de 2011 com a redação da dissertação e artigo científico.

Em Campina Grande a atenção básica dispõe de 91 equipes (82 urbanas, sete rurais e duas mistas). Foi desconsiderado desta somatória e da pesquisa o quadro de equipes da Unidade Mista do Distrito de Galante-PB por se tratar de uma unidade hospitalar.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pelos profissionais da saúde de nível superior atuantes na ESF e nos Núcleos de apoio à Saúde da Família – NASFs. A Política Nacional de Atenção

Básica determina que, necessariamente, em cada UBSF deve haver pelo menos um médico, um enfermeiro e um cirurgião dentista²³.

As equipes do NASFs são compostas por profissionais de áreas diversas daquelas frequentemente atuantes nas UBSFs. Dentre os profissionais existentes, há fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, educador físico e algumas especialidades médicas como cardiologia e pediatria. Cada Distrito Sanitário possui uma ou mais equipes dos NASFs que desempenham ações de promoção de saúde junto às equipes das UBSFs. Os profissionais dos NASFs, que se encontravam nas unidades, foram convidados a participar da pesquisa.

Os profissionais de nível superior foram escolhidos como objeto da pesquisa devido às suas atribuições: por serem capazes de realizar uma consulta à saúde do usuário, realizar (anamnese, histórico, diagnósticos clínicos e prescrição) segundo suas atribuições, orientar e avaliar os usuários. Logo, estes profissionais podem relatar melhor as condições intervenientes durante a prestação de cuidados aos surdos.

Num cálculo estimativo, segundo o diário de campo elaborado e atualizado constantemente pelo pesquisador, 29 profissionais deixaram de participar da pesquisa por motivos relacionados à recusa, ao não comparecimento do profissional à unidade de atuação em várias visitas do pesquisador e outros relacionados a férias e licenças.

A amostra resultante no estudo foi de 156 participantes.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para sua inclusão no estudo, cada participante respeitou aos seguintes critérios: ser profissional com formação de nível superior que atua nas UBSFs ou no NASF, que aceitassem participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, e estivessem no local de trabalho durante a coleta de dados.

3.4 INSTRUMENTO

A coleta de dados foi realizada durante visitas as UBSFs, utilizando-se de um formulário individual e autoaplicado idealizado pelo pesquisador (APÊNDICE 1). O formulário é composto por quatro categorias de perguntas. Estas categorias foram estabelecidas após agrupamento das perguntas por tema. Na categoria *Identificação* os profissionais responderam a perguntas relacionadas à identificação de sua profissão, ano de formação, instituição de formação, idade, sexo e tempo de experiência profissional.

Nas duas categorias seguintes, *Conhecimento sobre LIBRAS* e *Capacitação em Comunicação com o Surdo*, as variáveis abordavam temas sobre conhecimento e capacitação dos participantes para estratégias de consulta ao surdo. Na primeira destas, foi investigado se os profissionais de saúde conheciam ou já ouviram falar a respeito da LIBRAS. Na segunda o pesquisador investigou se o participante – na graduação ou em cursos de aperfeiçoamento – foi ensinado a realizar a consulta integral à saúde do surdo.

A última categoria, *Atenção à saúde do Surdo*, apenas foi preenchida por aqueles profissionais que em sua carreira profissional atenderam, em forma de consulta, algum usuário surdo. Foi solicitado que recordassem sua última consulta a um surdo, estabelecendo, assim, um parâmetro para responder às questões desta categoria. Este procedimento foi adotado porque houve profissionais que alegaram ter atendido mais de um surdo ou consultaram o mesmo usuário mais de uma vez em diferentes situações. Todos os participantes responderam as três primeiras categorias.

No caso do farmacêutico, foi sugerido pelos pesquisadores que substituísse a palavra *consulta* por *dispensação de medicamentos*.

O formulário é composto por questões objetivas em forma de variáveis dicotômicas (predominantemente), uma questão objetiva de múltipla escolha, duas questões objetivas em forma de escala, duas questões abertas para livre exposição e aquelas relacionadas às características dos profissionais, situadas na categoria *Identificação*.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O pesquisador recebeu da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – SMSCG uma listagem intitulada: *Relação dos Endereços e Telefones das Unidades Básicas de Saúde da Família*. Nesta, estavam os endereços e telefones de todas as UBSFs de Campina Grande-PB distribuídas por Distrito Sanitário. A estratégia de ação para coleta iniciou-se com um prévio agendamento (via telefone) com o enfermeiro da unidade para visita. Este contato inicial permitiu ao pesquisador quantificar quanto profissionais poderiam participar da pesquisa e elaborar um cronograma com agendamentos diários para cada visita.

Em se tratando de um formulário desenvolvido pelo pesquisador, foi necessário realizar o teste piloto com vistas a estabelecer outro olhar sobre o delineamento metodológico proposto para o estudo a fim de evitar o risco de erros como ausência ou presença de determinados temas e clareza das questões do formulário. Estimou-se uma amostra de 10% do resultado do produto do total de UBSFs urbanas e mistas disponíveis para pesquisa pelo número de profissionais de nível superior necessários, por lei, para atuarem em unidades de saúde da família. Portanto, 63 unidades multiplicadas por três profissionais resultam em 189 em atuação. Foi desconsiderado, para este cálculo, o número de equipes de saúde porque há UBSFs com mais de uma equipe atuante.

O teste piloto foi realizado nas seis primeiras UBSFs pesquisadas. Nestas foi possível reunir a quantidade necessária (19 participantes) para aplicação do teste. Os dados coletados do teste piloto não foram incluídos na análise deste estudo. Ao fim do teste piloto verificou-se que todos os profissionais haviam compreendido e respondido satisfatoriamente os questionamentos. Não houve dúvidas quanto ao preenchimento do instrumento e as respostas às perguntas apresentaram-se de forma clara e concisa.

Ao chegar à unidade, foram esclarecidos, aos participantes, os objetivos da pesquisa e a necessidade de preencher todas as questões as quais o entrevistado estava apto, mas respeitando seu arbítrio caso optasse por deixar alguma sem resposta. Após estes esclarecimentos, foi solicitada a assinatura do TCLE, assim como determina a Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

O TCLE foi elaborado em duas vias. A primeira ficou em posse do sujeito da pesquisa e outra arquivada e anexada ao formulário, de forma que apenas o pesquisador responsável teve acesso ao documento. Os profissionais que se recusaram a participar tiveram o direito de

autonomia respeitado. O risco de vieses de aferição foi reduzido, pois o pesquisador esteve presente em todas as etapas da coleta.

Durante o preenchimento do formulário foram observadas as reações dos profissionais. Em alguns casos houve conversas informais – além do que está contido nos formulários – a respeito do tema. Algumas reações e conversas foram relatadas no diário de campo e servirão para incrementar os resultados e discussões.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi elaborado transferindo os dados dos formulários para duas planilhas eletrônicas. Após esta transferência, foi realizada uma revisão das planilhas (comparando com as respostas dos formulários) a fim de corrigir erros de digitação. As variáveis submetidas à análise quantitativa, foram digitadas no programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 17.0, licença gratuita para teste. Na planilha, estas variáveis receberam códigos numéricos para facilitar a digitação e visualização dos resultados. Para estes dados foi realizada a análise descritiva.

As variáveis qualitativas, referentes às duas perguntas para livre exposição, foram digitadas no programa Excel versão 2007 (parte do Microsoft Office Enterprise 2007). A numeração da planilha foi utilizada como referência para as numerações dos formulários. Na coluna “A” foram digitadas as identificações profissionais de acordo com a sequência nos formulários. Nas colunas “B” e “C”, foram inseridos os depoimentos do profissional relacionados à primeira e segunda perguntas, respectivamente (p.ex. linha 1: coluna A: cirurgião dentista 1; coluna B: resposta do profissional à pergunta1; coluna C: resposta do profissional à pergunta2). As respostas dos participantes foram digitadas na íntegra. Após digitação, foram realizadas leituras das respostas.

As leituras possibilitaram o entendimento das respostas e resultaram no agrupamento dos depoimentos, com ideias semelhantes, em torno de um tema, cujo objetivo foi sintetizar os relatos dos participantes numa palavra, frase ou resumo. Por meio desta sintetização, foi possível determinar os *núcleos de sentido*, que são definições que caracterizam um conjunto de falas. Após identificação dos núcleos de sentido, foram realizadas suas categorizações possibilitando determinar as categorias temáticas, realizar as descrições, inferências e

interpretações dos resultados, segundo a Análise de Conteúdo, em sua Modalidade Temática²⁴.

Para a primeira pergunta – “*Qual(s) dificuldade(s) [para a realização da consulta]?*” – emergiu duas categorias: *deficiência na formação de recursos humanos e infraestrutura e comprometimento da atenção integral à saúde do surdo*. Para a segunda pergunta – “*O que você sugere para minimizar as dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa surda?*” – foi possível criar três categorias: *Capacitação em comunicação com o surdo, Reformulação curricular e educação continuada e Presença de acompanhantes ou intérpretes para mediar a consulta*.

Para análise qualitativa, as citações foram identificadas de acordo com a profissão do participante (p. ex.: médica¹, médica², enfermeira¹, cirurgiã dentista 1, fisioterapeuta 1, e assim por diante) garantindo a confidencialidade e privacidade da pessoa participante.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. O trabalho foi aprovado em outubro de 2010, sob o parecer nº 0368.0.133.000-10.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

A amostra foi composta de 156 profissionais de saúde que atuavam nas UBSFs de Campina Grande e nos NASFs. O maior percentual observado foi de enfermeiros, $n = 80$ (45,7%), seguido de médicos e cirurgiões dentistas.

Tabela 1. Distribuição da amostra coletada de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde de Campina Grande e dos NASFs atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família urbanas e mistas – Campina Grande, 2010-2011

	n	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
Enfermeiro	71	45,5	45,5
Médico	46	29,5	75,0
Cirurgião dentista	24	15,4	90,4
Fisioterapeuta	2	1,3	91,7
Assistente social	9	5,8	97,4
Psicólogo	2	1,3	98,7
Fonoaudiólogo	1	0,6	99,4
Farmacêutico	1	0,6	100,0
Total	156	100,0	–

Fonte: dados da pesquisa

Para ano de formação, observou-se que mais da metade dos participantes, $n = 92$ (58,9%), concluiu seu bacharelado entre os anos de 1996 e 2010, demonstrando que parte considerável dos profissionais possui formação posterior aos anos de homologação de políticas para integração da pessoa com deficiência, mas desconhecem as diretrizes destas políticas, como será visto nos resultados adiante.

Tabela 2. Ano de formação acadêmica dos profissionais (categorizada em intervalo de cinco anos) – Campina Grande, 2010-2011

	n	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
1968 - 1970	1	0,6	0,6
1971 - 1975	3	1,9	2,6
1976 - 1980	15	9,6	12,2

Continuação da tabela 2

	n	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
1981 - 1985	10	6,4	18,6
1986 - 1990	11	7,1	25,6
1991 - 1995	24	15,4	41,0
1996 - 2000	30	19,2	60,3
2001 - 2005	43	27,6	87,8
2006 - 2010	19	12,2	100,0
Total	156	100,0	–
	n	Média	Desvio padrão
Total	156	1995,54	9,937

Fonte: dados da pesquisa

O tempo de experiência na atuação profissional relatado pelos participantes corrobora a tabela 2. Quando questionado quanto anos (completos) de experiência profissional, foi observado valor mínimo de zero e o valor máximo de 41 anos.

Tabela 3. Tempo de experiência profissional – Campina Grande, 2010-2011

	n	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
0 - 5	28	17,9	17,9
6 - 11	50	32,1	50,0
12 - 17	32	20,5	70,5
18 - 23	16	10,3	80,8
24 - 29	12	7,7	88,5
30 - 35	15	9,6	98,1
36 - 41	3	1,9	100,0
Total	156	100,0	–
	n	Média	Desvio padrão
Total	156	14,13	9,818

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 4 apresenta uma relação entre os profissionais e suas Instituições de Ensino Superior – IES formadoras. Ao todo, os profissionais da amostra são oriundos de dezoito IES diferentes, sendo que a Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e Universidade Federal da Paraíba – UFPB juntas respondem pela formação de 112 profissionais (daqueles que informaram a IES), preenchendo o quadro da ESF de Campina Grande com 74,17% dos bacharéis.

Registrou-se que alguns profissionais referiram ter obtido bacharel na UFPB campus de Campina Grande-PB, que atualmente é Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. A UFCG foi desmembrada da UFPB no ano de 2002 por determinação da lei N°

10.419 de 09 de abril daquele ano²⁵. Os participantes que se formaram até 2002 e referiram na questão “Instituição de Formação: UFCG” foram considerados como bacharéis da UFPB.

Tabela 4. Quantitativo de profissionais de acordo com suas Instituições de Ensino Superior formadoras – Campina Grande, 2010-2011

IES de formação**	Profissão*								Total
	Enf.	Méd.	C.D.	Fisio.	A.S.	Psic.	Fono.	Farm.	
FACENE	2	–	–	–	–	–	–	–	2
FASER	8	–	–	–	–	–	–	–	8
FCM	2	2	–	–	–	–	–	–	4
FCM/UPE	–	2	–	–	–	–	–	–	2
FJN	1	–	–	–	–	–	–	–	1
FOC	–	–	1	–	–	–	–	–	1
UEPB	36	–	15	1	8	2	–	1	63
UFAL	–	1	–	–	–	–	–	–	1
UFB	–	1	–	–	–	–	–	–	1
UFCG	–	7	–	–	–	–	–	–	7
UFPB	14	29	6	–	–	–	–	–	49
UFPE	2	1	2	–	–	–	–	–	5
UFPEL	1	–	–	–	–	–	–	–	1
UFRN	–	1	–	–	–	–	–	–	1
UFSM	–	1	–	–	–	–	–	–	1
UNESC	2	–	–	–	–	–	–	–	2
UNIPE	–	–	–	–	–	–	1	–	1
UPE	1	–	–	–	–	–	–	–	1
Total	69	45	24	1	8	2	1	1	151[#]

Fonte: dados da pesquisa

*Profissões. Da esquerda para a direita: enfermeiro, médico, cirurgião dentista (C.D.), fisioterapeuta, assistente social (A.S.), psicólogo, fonoaudiólogo e farmacêutico.

**IES de formação. De cima para baixo: FACENE (Faculdade de Enfermagem Nova Esperança), FASER (Faculdade Santa Emília de Rodat), FCM (Faculdade de Ciências Médicas), FCM/UPE (Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco), FJN (Faculdade de Juazeiro do Norte), FOC (Faculdade de Odontologia de Caruaru), UEPB (Universidade Estadual da Paraíba), UFAL (Universidade Federal de Alagoas), UFB (Universidade Federal da Bahia), UFCG (Universidade Federal de Campina Grande), UFPB (Universidade Federal da Paraíba), UFPE (Universidade Federal de Pernambuco), UFPEL (Universidade Federal de Pelotas), UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), UFSM (Universidade Federal de Santa Maria – RS), UNESC (União de Ensino Superior de Campina Grande), UNIPE (Centro Universitário de João Pessoa), UPE (Universidade de Pernambuco).

[#]Alguns profissionais não referiram sua instituição de formação.

Para idade dos profissionais, a média foi de 39,17 anos e o desvio-padrão (*dp*) de 10,147. A frequência acumulada mostra que 61,6% da amostra é formada por profissionais de até 40 anos, demonstrado que o perfil de profissionais da ESF é de adultos jovens. Chama atenção a variedade de idades dos participantes visto que foi registrado desde profissionais com 23 anos àqueles de idade mais avançada, com 68 anos.

Tabela 5. Idade dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família e no NASF – Campina Grande, 2010-2011

	n	Frequência válida (%)	Frequência acumulada (%)
23 - 25	3	2,0	2,0
26 - 30	29	19,2	21,2
31 - 35	35	23,2	44,4
36 - 40	26	17,2	61,6
41 - 45	17	11,3	72,8
46 - 50	19	12,6	85,4
51 - 55	8	5,3	90,7
56 - 60	10	6,6	97,4
66 - 68	4	2,6	100,0
Total	151	100,0	–
Dados omissos*	5	–	–
Total	156	100,0	–
	n	Média	Desvio padrão
Total	151	39,17	10,147

Fonte: dados da pesquisa

*Alguns profissionais recusaram-se a informar a idade.

O sexo é a última variável da primeira categoria *Identificação*. A distribuição mostrou que a amostra é composta majoritariamente de profissionais do sexo feminino, com n = 129 (82,7%). Para melhor detalhamento, a tabela 6 faz a descrição dos dados cruzados da variável sexo pela variável profissão.

Tabela 6. Distribuição dos profissionais por sexo e profissão – Campina Grande, 2010-2011

Sexo	Profissão								Total
	Enf.	Méd.	C. D.	Fisio.	A. S.	Psic.	Fono.	Farm.	
Feminino	65	31	20	2	8	2	1	0	129
Masculino	6	15	4	0	1	0	0	1	27
Total	71	46	24	2	9	2	1	1	156

Fonte: dados da pesquisa

Dos resultados referentes à categoria *Conhecimento sobre LIBRAS*, em resposta à pergunta “você conhece/já ouviu falar em LIBRAS?”, 122 (78,2%) profissionais afirmaram SIM. À pergunta “você sabia que a LIBRAS é regulamentada como língua oficial do surdo e segunda língua do Brasil?”, SIM foi a resposta de 83 (53,2%) profissionais. À pergunta “você fala por meio da LIBRAS?”, 153 (98,1%) profissionais responderam NÃO.

Com relação à categoria *Capacitação em Comunicação com o Surdo*, 154 (98,7%) participantes responderam NÃO ao questionamento “Você recebeu instrução na graduação

sobre estratégias para se comunicar com o surdo?”. Houve 151 (96,8%) profissionais que responderam NÃO à pergunta “você já fez algum curso de capacitação que abordasse os aspectos da comunicação com o usuário surdo?”. Com relação à pergunta “o Serviço em que você trabalha oferece/já ofereceu curso de capacitação nesta área?”, NÃO foi a opção de resposta de 155 (99,4%) profissionais.

Tabela 7. Descrição dos resultados para as categorias: *Conhecimento sobre LIBRAS e Capacitação em Comunicação com o Surdo – Campina Grande, 2010-2011*

		n	Frequência (%)
Você conhece/já ouviu falar em LIBRAS?	Não	34	21,8
	Sim	122	78,2
	Total	156	100,0
Você sabia que a LIBRAS é regulamentada como língua oficial do surdo e segunda língua do Brasil?	Não	73	46,8
	Sim	83	53,2
	Total	156	100,0
Você fala por meio da LIBRAS?	Não	153	98,7
	Sim	3	1,3
	Total	156	100,0
Você recebeu instrução na graduação sobre estratégias para se comunicar com o surdo?	Não	154	98,7
	Sim	2	1,3
	Total	156	100,0
Você já fez algum curso de capacitação que abordasse os aspectos da comunicação com o usuário surdo?	Não	151	96,8
	Sim	5	3,2
	Total	156	100,0
O Serviço em que você trabalha oferece/já ofereceu curso de capacitação nesta área?	Não	155	99,4
	Sim	1	0,6
	Total	156	100,0
Você já atendeu/atende algum usuário surdo?	Não	59	37,8
	Sim	97	62,2
	Total	156	100,0

Fonte: dados da pesquisa

A última pergunta da tabela 7, “você já atendeu/atende algum usuário surdo?”, inicia a categoria *Atenção à saúde do surdo*. 97 (62,2%) profissionais revelaram ter, em algum momento de suas carreiras profissionais, realizado uma consulta a uma pessoa surda. Para os resultados a seguir apresentados, os 97 profissionais serão considerados como 100% da amostra, pois nesta categoria as perguntas apenas foram respondidas por aqueles que marcaram a opção SIM a este último questionamento. Os resultados para esta categoria estão evidenciados abaixo na tabela 8.

Tabela 8. Descrição da categoria *Atenção à saúde do surdo* – Campina Grande, 2010-2011

		n	Frequência válida (%)
A consulta foi plenamente (totalmente) realizada?	Não	31	32,3
	Sim	65	67,7
	Dados omissos	1	–
	Total	97	100,0
Você acha que o usuário compreendeu as condutas prescritas (medicação, exame, encaminhamentos, tratamento)?	Não	30	32,3
	Sim	63	67,7
	Dados omissos	4	–
	Total	97	100,0
Você acha que as dúvidas dos usuários foram respondidas?	Não	45	36,8
	Sim	60	63,2
	Dados omissos	2	–
	Total	97	100,0
Houve/há dificuldade(s) para realizar a consulta?	Não	8	8,2
	Sim	89	91,8
	Total	97	100,0
Você já se aborreceu/perdeu a paciência durante o atendimento a um usuário surdo?	Não	91	94,8
	Sim	5	5,2
	Dados omissos	1	–
	Total	97	100,0
Durante a consulta, algum usuário surdo já se aborreceu/perdeu a paciência?	Não	89	92,7
	Sim	7	7,3
	Dados omissos	1	–
	Total	97	100,0
Você se sente preparado para consultar um usuário surdo?	Não	86	89,6
	Sim	10	10,4
	Dados omissos	1	–
	Total	97	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Questionou-se a respeito do nível de satisfação dos profissionais em relação à consulta desenvolvida e o nível de satisfação do surdo, segundo a ótica do profissional de saúde. Os valores evidenciam nível de satisfação profissional de médio a bom considerando que 26 (26,8%) e 41 (42,3%) participantes responderam respectivamente “*nem satisfeito, nem insatisfeito*” e “*satisfeito*”. Nenhum participante citou ter ficado “*insatisfeito*” com a consulta. Na percepção dos profissionais, nenhum surdo ficou insatisfeito com a consulta e a maior parte dos atendidos 49 (50,5%) aparentou satisfação com a atenção à saúde prestada.

Tabela 9. Nível de satisfação do profissional e surdo com relação à consulta, na percepção do profissional da saúde – Campina Grande, 2010-2011

		n	Frequência válida (%)
Nível satisfação do profissional	Muito insatisfeito	–	–
	Insatisfeito	25	25,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	26	26,8
	Satisfeito	41	42,3
	Muito satisfeito	5	5,2
	Total	97	100,0
Nível satisfação do usuário (na percepção do profissional)	Muito insatisfeito	–	–
	Insatisfeito	10	10,3
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	33	34,0
	Satisfeito	49	50,5
	Muito satisfeito	5	5,2
	Total	97	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Os profissionais relataram quais as principais estratégias de comunicação utilizadas para estabelecer uma comunicação com o surdo. Foi realizado um *crosstable* entre as estratégias de comunicação e dificuldades de comunicação objetivando melhor evidenciar os resultados 74 (77,1%) participantes informaram solicitar auxílio de um familiar para mediar ou interpretar a consulta. Seguidos deste valor, houve 57 (59,4%) e 53 (55,2%) que afirmaram utilizar, respectivamente, mímicas e fala pausada (leitura labial). Aqueles 25 (26,0%) que disseram ter utilizado intérpretes, também informaram dificuldades para consulta. Apenas um participante afirmou ter utilizado LIBRAS.

Tabela 10. Principais estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica na consulta ao surdo – Campina Grande 2010-2011

Estratégias de comunicação	Dificuldades para realizar a consulta		Total	Frequência (%)
	Sim	Não		
Desenho	19	1	20	20,8
Escrita	24	2	26	27,1
Fala pausada (leitura labial)	48	5	53	55,2
Mímica	53	4	57	59,4
Auxílio de um intérprete	25	–	25	26,0
Auxílio de algum familiar do surdo	68	6	74	77,1
Imagens/figuras	11	1	12	12,5
LIBRAS	1	–	1	1,0

Fonte: dados da pesquisa

4.2 RESULTADOS QUALITATIVOS

Os resultados qualitativos do estudo correspondem às análises das respostas dos participantes aos dois questionamentos do formulário para livre exposição dos profissionais. Os resultados são apresentados por meio da descrição das ideias centrais contidas nos depoimentos, exposição dos núcleos de sentido e das categorias temáticas geradas.

Em decorrência da maioria (82,7%) dos participantes serem mulheres, convencionou-se que em todos os depoimentos os profissionais foram identificados como pessoas do sexo feminino.

4.2.1 QUESTIONAMENTO 1: “QUAL(S) DIFICULDADE(S)?”

O primeiro resultado refere-se às respostas obtidas no questionamento “*Qual(s) dificuldade(s) [para a realização da consulta]?*”. Os profissionais relataram dificuldades encontradas por eles durante a consulta ao surdo descrevendo os principais empecilhos que resultam no comprometimento da atenção integral.

A maior parte das respostas referiu “*dificuldades de comunicação*” como sendo o principal obstáculo à realização da consulta. Os profissionais alegaram que o não entendimento do que o surdo quer dizer impossibilita o conhecimento da real necessidade do usuário e, por consequência, compromete a prescrição e as orientações sobre cuidados de saúde. Em muitos casos, os profissionais solicitam a presença de um familiar ou pessoa do convívio diário do usuário que pudesse intermediar a comunicação.

Foi citada também a dificuldade de transmitir a informação de forma que o surdo pudesse compreender a intervenção profissional. Alguns profissionais alegaram ter o mínimo de conhecimento em linguagem não verbal necessária para compreender as necessidades de saúde do usuário. Entretanto, a maior dificuldade era a transmissão da informação do profissional para o usuário; fazer o surdo compreender as condutas terapêuticas.

A anamnese foi citada como a fase mais importante e mais difícil de ser realizada: *Iniciando pela anamnese tão importante para o médico, deixa-nos angustiados por nem sempre entender as mímicas do paciente “Médica 22”*. Os profissionais alegaram que

difícilmente é realizado um histórico de saúde satisfatório e que as questões essenciais para a elaboração do diagnóstico frequentemente não são respondidas.

A falta de capacitação profissional foi citada como motivo de maior dificuldade para realização da consulta. Os profissionais alegaram não ter o mínimo de preparo técnico necessário para atender a um surdo: *Não tenho habilidade em falar com o surdo, nem fui capacitado para tal (Médica 24)*. Apesar das limitações comunicativas dos surdos, os profissionais reconheceram que a formação acadêmica é deficiente e que o serviço de saúde é displicente quanto ao incentivo e promoção de cursos de aperfeiçoamento ou capacitação. Foi informado pelos profissionais que a demanda de atendimento ao surdo é baixa e, por isso, nunca houve preocupação com a avaliação da qualidade do serviço fornecido a estes usuários.

Os núcleos de sentido da análise deste primeiro questionamento foram agrupados de acordo com seus respectivos depoimentos (quadro 1).

Quadro 1. Núcleos de sentido gerados a partir dos depoimentos dos profissionais em relação às dificuldades para realização de uma consulta integral ao surdo – Campina Grande, 2010-2011

Núcleos de sentido	Depoimento
Dificuldades na comunicação entre profissional e surdo	<i>Quando o processo de fala e escuta não “ocorre”, não há como haver uma boa comunicação “Enfermeira 11”</i> <i>Não houve comunicação médico/paciente nem vice-versa deixando este vínculo não estabelecido “Médica 27”</i>
Necessidade de acompanhante	<i>Explicar os procedimentos a serem realizados no paciente, as condutas prescritas, etc., havendo a necessidade de um acompanhante para que a consulta fosse realizada de maneira satisfatória “Cirurgiã dentista 4”</i>
Prejuízo à autonomia do usuário	<i>As queixas passam pela percepção de algum familiar “Médica 13”</i> <i>Entender através de gestos, embora a comunicação tenha se dado mais com a mãe que a acompanhava “Enfermeira 8”</i> <i>[há dificuldades] Quando o paciente não vem acompanhado de um familiar ou amigo que facilite a comunicação “Médica 21”</i>
Infraestrutura inadequada	<i>Falta de material (brinquedos,...) “Fonoaudióloga 1”</i> <i>Falta de algo visual que colaborasse na comunicação com o usuário; também se houvesse um tempo maior para o atendimento destinado a esse usuário, visto que, como nossa demanda é grande, as orientações a este devem ocorrer com um uso maior de nossa atenção, sendo assim o dimensionamento do tempo deve ser diferenciado “Enfermeira 18”</i>

Continuação do quadro 1

Núcleos de sentido	Depoimento
Pouco uso da linguagem corporal	<i>A necessidade de linguagem corporal para ser entendida não é uma constante, então quando temos que utilizá-la, a princípio surgem algumas dificuldades no fazer entender pelo paciente “Cirurgiã dentista 2”</i>
Preparo profissional inadequado	<i>Não tenho habilidade em falar com o surdo, nem fui capacitado para tal “Médica 24”</i> <i>Falta de habilidade na comunicação, tendo em vista a não capacitação para lidar com o surdo “Enfermeira 29”</i> <i>Limite no processo da comunicação, restringindo a contextualização da consulta de uma forma holística “Enfermeira 37”</i>
Sentimentos de perturbação do profissional por não haver certeza da compreensão da mensagem	<i>Iniciando pela anamnese tão importante para o médico, deixa-nos angustiados por nem sempre entender as mímicas do paciente “Médica 22”</i> <i>O fator comunicação foi totalmente comprometido já que não soube me comunicar ou repassar a informação clínica para o paciente, apenas para o seu acompanhante, algo frustrante, pois não sei como a informação chegou à mesma “Enfermeira 26”</i>
Imprecisão na consulta	<i>O usuário atendido estava acompanhado, portanto é difícil dizer se os relatos do acompanhante corresponderam aquilo que o paciente realmente sente ou quer dizer “Médica 26”</i> <i>Compreender satisfatoriamente a queixa do usuário e saber se o que foi orientado foi absorvido pelo mesmo “Assistente social 6”</i>

Fonte: dados da pesquisa

Posicionando o núcleo de sentido *dificuldades na comunicação entre profissional e surdo* ao centro da abordagem que responde ao questionamento “Qual(s) dificuldade(s)”, observa-se uma relação de causa e consequência entre os núcleos identificados (figura 1).

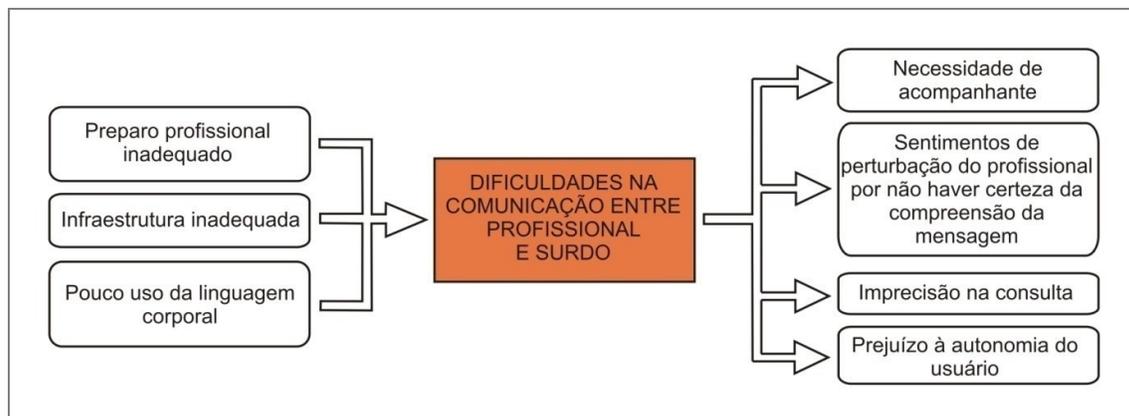


Figura 1. Relação entre os núcleos de sentido identificados nos depoimentos dos profissionais com relação às dificuldades para realização da consulta ao surdo – Campina Grande, 2010-2011. Fonte: Dados da pesquisa

A figura mostra que existem condições que contribuem para a comunicação deficiente entre profissional e surdo e outras que resultam da falha de relação entre profissional e o usuário. Portanto, os núcleos de sentido situados à esquerda do eixo central são causas ou fatores predisponentes e os situados à direita são as consequências ou fatores resultantes. Por meio da análise da figura foi possível definir duas categorias temáticas: *deficiência na formação de recursos humanos e infraestrutura* e *comprometimento da atenção integral à saúde do surdo* (figura 2).



Figura 2. Categorias temáticas para dificuldades na consulta ao surdo – Campina Grande, 2010-2011. Fonte: Dados da pesquisa

4.2.2 QUESTIONAMENTO 2: “O QUE VOCÊ SUGERE PARA MINIMIZAR AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A PESSOA SURDA?”

O segundo questionamento refere-se às sugestões do profissional para a melhoria da comunicação com o surdo. Os participantes relataram quais pontos são fundamentais para incrementar a qualidade da atenção fornecida ao usuário.

A pergunta direciona as sugestões do profissional para o processo de comunicação e não para as dificuldades – por eles – relatadas (anteriormente), restringindo a opinião dos participantes para outros temas. A pergunta foi assim elaborada com respaldo em estudos que evidenciaram ser a dificuldade de comunicação o principal empecilho para realização de uma consulta integral^{7,10,17,18,26,27}.

A capacitação é uma necessidade óbvia: *Capacitação na área “Cirurgiã dentista 3”;* *Capacitação dos profissionais e um intercâmbio com as instituições para sensibilizar os serviços quanto à demanda. Respeito à diversidade e prioridade no atendimento e acessibilidade “Assistente social 4”.*

A presença de acompanhante ou intérprete foi recomendada pelos profissionais: *Sempre a presença de um intérprete “Médica 7”;* *Que o paciente venha consultar-se sempre acompanhado por um familiar o acompanhante “Cirurgiã dentista 5”.* Os profissionais revelaram ter havido menos problemas em consultas nas quais o surdo trouxe um acompanhante para mediar a conversação. Noutros casos, em que isto não foi possível, o profissional teve de solicitar auxílio de algum membro da equipe da saúde para que o ajudasse na interação. Poucos foram os participantes que alegaram ter realizado assistência integral quando não houve auxílio de terceiros.

Houve profissionais que defenderam a necessidade de intérpretes preparados à disposição do serviço, dispensando a presença de um familiar. Foi informado que existem surdos que não comparecem à unidade por não haver – para aquele momento – alguém que os auxiliasse na interação com a equipe da saúde.

O último conjunto de sugestões dos profissionais direcionou as reclamações para as academias e gestão do serviço de saúde: *Realmente seria muito importante a capacitação de profissionais de saúde para permitir uma comunicação adequada entre os mesmos e a pessoa surda. E a inclusão de um curso de LIBRAS no currículo escolar desses profissionais*

“Cirurgiã dentista 4”; Melhor preparação da academia, ensino médio, meios de comunicação *“Enfermeira 32”;* Que a secretaria forneça capacitação aos profissionais. Que as universidades já coloquem na sua grade curricular a comunicação com os surdos *“Enfermeira 39”;*

Foi sugerida a inclusão de disciplinas obrigatórias na grade curricular dos cursos (bacharéis em saúde) que abordassem os aspectos da comunicação com o surdo. Quanto à gestão, os profissionais sugeriram disponibilidade de cursos preparatórios para este tipo de consulta e maior incentivo à participação nestes. Sabendo da deficiência das IES, os profissionais cobram dos gestores este suprimento de conhecimento e o estímulo à participação em programas de educação continuada.

Observou-se ainda a existência de paradigmas arcaicos a respeito da imagem da pessoa surda em alguns depoimentos. Estes paradigmas referiram-se à ideia biomédica de deficiência como condição patológica, na qual é imprescindível desenvolver tratamentos para a cura: *Curso de capacitação p/ atendimento do usuário c/ tal patologia “Médica 1”;* 1. *Agilizar a prótese auditiva pelo SUS (é muito demorada a entrega e os pacientes precisam ir para João Pessoa - Hospital Elson Ramalho);* 2. *capacitar os profissionais;* 3. *Descentralizar os serviços que oferta a prótese auditiva;* 4. *Ofertar mais exames – audiometria “Médica 24”.*

Outro pensamento arcaico foi a concepção de que o surdo também é mudo: *Ser treinada para utilizar com segurança a linguagem dos surdos/mudos “Enfermeira 27”.*

Os núcleos de sentido da análise dos comentários para a segunda variável qualitativa estão expressos no quadro 2.

Quadro 2. Núcleos de sentido gerados a partir dos depoimentos dos profissionais de saúde em relação às sugestões para melhoria da comunicação entre profissional e surdo – Campina Grande, 2010-2011

Núcleos de sentido	Depoimento
Necessidade de capacitação ou treinamento	<i>Sugiro uma capacitação “Enfermeira 5”</i> <i>Um curso de capacitação que aborde o assunto “Enfermeira 7”</i>
Inserção na academia de cursos de formação e preparo do profissional para o atendimento ao surdo	<i>A implantação de curso de comunicação entre profissional e paciente surdo na grade curricular da faculdade e em cursos de especialização e/ou iniciação científica “Médica 21”</i> <i>Qualificação permanente para atender pessoas surdas; aspectos introdutórios durante o curso de formação acadêmica direcionados à comunicação de surdo “Assistente social 5”</i> <i>A faculdade deveria fornecer cursos sobre linguagem na sua grade curricular ou como pós-graduação “Cirurgiã dentista 8”</i>
Incentivo dos gestores em saúde a participação em programas de treinamento	<i>Que a instituição (prefeitura) possibilite treinamento para os profissionais a fim de facilitar a comunicação, consulta e abordagem com os usuários, os portadores de necessidades especiais “Enfermeira 23”</i> <i>Que a gestão faça um treinamento prévio, para que possamos realizar o atendimento da melhor forma possível “Enfermeira 37”</i>
Presença de um acompanhante ou intérprete	<i>Presença de intérprete em todos os serviços de saúde “Médica 4”</i> <i>Que o paciente venha consultar-se sempre acompanhado por um familiar ou acompanhante “Cirurgiã dentista 5”</i>
Ensino da linguagem não verbal	<i>Curso de capacitação para comunicação audiovisual “Médica 5”</i> <i>Demonstrar uma melhor forma de comunicação com o usuário através de imagem. Maior compreensão de como se comunicar com o usuário, sendo através do uso de estratégias de apoio (imagens, linguagem de sinais, se for o caso) “Enfermeira 18”</i>
Incentivo ao aprendizado de LIBRAS	<i>Capacitação no idioma LIBRAS e/ou outros métodos utilizados para promover a comunicação “Cirurgiã dentista 1”</i> <i>Capacitação na linguagem dos surdos “Cirurgiã dentista 2”</i> <i>Seria necessário que nós profissionais conhecêssemos suficientemente a linguagem deles “Médica 15”</i>
Desenvolvimento das aptidões humanas	<i>Treinamento profissional, paciência e AMOR “Médica 2”.</i> <i>Capacitação, sensibilidade e paciência “Cirurgiã dentista 6”</i>

5 DISCUSSÃO

Enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas são profissionais de atuação necessária em UBSFs. O número de profissionais (para cada profissão) deve equivaler-se ao total de equipes²³, entretanto o resultado verificado nesta pesquisa mostrou outra situação. O quantitativo de cirurgiões dentista e médicos não equivaleu ao de enfermeiros. Mais preocupante é a situação dos cirurgiões dentistas. Estes preencheram em apenas 15,4% o quantitativo profissional desta amostra.

Os dados contrastam com os resultados da avaliação dos serviços do Programa Saúde da Família – PSF em nível nacional, em que foi constatado que enfermeiros estiveram presentes em 95,3% das UBS e em 94,1% havia ao menos um médico²⁸. Estudo²⁹ investigou profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde – UBS nas regiões Sul e Nordeste. Um total de 240 UBS foram pesquisadas, sendo 120 no Nordeste – com participação de três cidades paraibanas. Observou-se, nas UBS nordestinas, a maior prevalência de profissionais enfermeiros, de médicos e de demais profissionais de nível superior.

Algumas justificativas da literatura para a distribuição fragmentada e escassez de profissionais estiveram relacionadas à precarização dos serviços da atenção primária, com baixas remunerações, ambientes físicos inadequados e inseguranças trabalhistas. Apenas 31% da amostra informou ser a ESF o primeiro emprego²⁹.

Observou-se média de 1995,54 para o ano de formação ($dp = 9,937$) e de 14,13 anos ($dp = 9,818$) para o tempo de experiência na profissão. As médias sugerem que o tempo de experiência está relacionado ao início da atividade profissional após a conclusão do bacharelado. O maior registro com relação ao tempo de experiência esteve nos profissionais com 6 a 11 anos de experiência, $n = 50$ (32,1%), e a maioria, $n = 110$ (70,5%), possuía até dezessete anos de experiência. Apenas três participantes relataram ter entre 36-41 anos de atividade profissional.

Discrimina-se a possibilidade de alguns destes profissionais já possuírem experiência na atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde frente a outros que, porventura, em toda carreira profissional atuaram apenas na atenção primária. Esta possibilidade aumenta as chances do profissional ter tido contato com diferentes estratégias de atendimento baseadas nas políticas públicas para integração do surdo.

Entretanto, a falta de conhecimento dos profissionais a respeito das questões relativas ao atendimento ao surdo (como será visto adiante) denuncia a imobilidade dos vários setores da gestão em saúde para este tipo de atendimento prioritário. Há de se considerar que as estratégias para o atendimento as PcD já vem sendo discutidas há tempo notável^{4,30-1}.

Admite-se que é tempo mais que suficiente (políticas para as pessoas com deficiência começaram a ser discutidas há mais de vinte dois anos) para que fosse garantido a estes novos profissionais (com formação recente), por parte da gestão e academias, técnicas específicas para este tipo de atendimento, como orienta as normas de consulta prioritária e adequada³⁰ garantindo, assim, uma consulta integral.

Tendo em vista que 74,17% dos bacharéis da ESF de Campina Grande-PB são provenientes da UEPB juntamente com a UFPB, e considerando o déficit de conhecimento dos profissionais com relação às estratégias de comunicação com o surdo associando-o à formação recente (vista anteriormente), evidencia-se que as universidades paraibanas, pelo menos de alguns anos para cá, ainda não se preocupam com o debate sobre a formação dos bacharéis em saúde para o atendimento integral a este usuário.

Na variável idade foi observado valor mínimo de 23 anos e máximo de 68 anos (\bar{x} = 39,17 e dp = 10,147 anos). A frequência acumulada mostrou que a maioria da amostra (61,6%) é formada por profissionais com até 40 anos de idade. Em seguida, observou-se resultado significativo para a variável sexo, pois o sexo feminino foi predominante. A amostra foi composta por 82,7% de profissionais mulheres. Destacaram-se as profissões de enfermeiro, assistente social e cirurgião dentista com porcentagens de mulheres atuantes de 91,54%, 88,88% e 83,33%, respectivamente.

A presença majoritária de jovens e do sexo feminino nos serviços de atenção primária já é conhecida na literatura. Em estudo realizado foi observada maior proporção de profissionais com idades entre 31-45 anos. 81% da amostra foi composta de profissionais mulheres. Por fim, o estudo confirma que no PSF a proporção de profissionais jovens e mulheres é maior²⁹.

Considerando, portanto, que há predomínio das mulheres nos serviços da atenção primária, alertam-se as jovens formandas com relação ao atendimento à saúde do usuário em nível primário de atenção, em especial para a atenção integral à saúde do surdo, respeitando suas limitações e contemplando suas necessidades, atentando para qualidade dos serviços prestados.

Ao questionar os profissionais se conheciam ou já ouvira falar em LIBRAS, 122 (78,2%) afirmaram que SIM. A lei nº 10.436 diz, em seu artigo 3º, que instituições públicas e

concessionárias de serviços públicos devem garantir tratamento adequado aos deficientes auditivos, segundo as normas em vigor¹⁹. O Decreto nº 5.626, no capítulo VII, regulamenta a perspectiva de inclusão plena dos surdos nos serviços de saúde por meio da garantia da atenção integral à sua saúde por profissionais capacitados para uso de LIBRAS ou para sua tradução ou interpretação para alunos surdos ou aqueles não usuários de LIBRAS²⁰. Fundamentado nisto, os pesquisadores acharam conveniente questionar os profissionais de saúde acerca do conhecimento sobre LIBRAS e sua regulamentação.

Propositamente, o formulário não descreveu a sigla LIBRAS como Língua Brasileira de Sinais. Caso respondesse a alternativa SIM, significaria que o participante deveria ter real conhecimento da LIBRAS como a língua de sinais ou ter ouvido falar algo a respeito. A maioria, 78,2%, demonstrou ter algum conhecimento da sigla. Em conversa informal com os pesquisadores durante o preenchimento do formulário os participantes descreveram a LIBRAS como a comunicação do surdo, ou informaram ter noção daquilo que representava.

Quando questionado se o profissional conhecia a LIBRAS como língua oficial do surdo e segunda língua do Brasil, o percentual de respostas positivas foi reduzido para 53,2%. Este valor indica que estes participantes realmente conhecem a LIBRAS como a língua oficial da comunidade surda¹⁹. Comparando os resultados deste questionamento com o anterior, verifica-se que houve diminuição dos respondentes à alternativa SIM, visto que, em relação ao primeiro questionamento – conhecer ou já ouvira falar – 39 (25,0%) pessoas apenas ouviram falar em LIBRAS. Este valor é resultante da diferença dos 122 participantes que responderam SIM no primeiro questionamento e os 83 que afirmaram a mesma resposta no segundo.

Diante disto, houve profissionais que informaram verbalmente que conheciam a LIBRAS como língua oficial do surdo, mas a desconheciam como segunda língua do Brasil. Estes, por desconhecerem a LIBRAS como segunda língua brasileira, responderam NÃO ao questionamento. Desta forma, é certo que o número de pessoas que apenas ouviram falar em LIBRAS seja menor que os 25,0% calculados no parágrafo anterior.

Estas limitações da coleta resultaram na elaboração de um novo instrumento (APÊNDICE 2) com as devidas correções. Este novo instrumento, em caso de nova pesquisa, possibilitará redução dos vieses aqui citados, melhor compreensão das perguntas, maior grau de expansibilidade e aplicabilidade visto que é autoinformativo (poderá ser utilizado em forma de questionário) e permitirá atingir maior número de profissionais de saúde nas diversas categorias profissionais.

Finalmente, quando questionados se falavam por meio de LIBRAS, 153 (98,1%) profissionais responderam NÃO. O Decreto nº 5.626 garante a presença nos serviços de saúde de profissionais capacitados para uso de LIBRAS ou para sua tradução ou interpretação. Analisando esta determinação legal, significa que nos serviços deve haver profissionais de saúde que se comuniquem por meio de LIBRAS, ou intérpretes que intermedeiem a comunicação entre usuário e profissional a fim de proporcionar tradução ou interpretação da fala²⁰.

Este percentual – de 98,1% participantes que não falam por meio de LIBRAS – mostra que, até o momento em que se realizou esta pesquisa, não havia na ESF de Campina Grande-PB um número razoável de profissionais habilitados a se comunicar por língua de sinais. Em estudo realizado por outros autores com 100 profissionais da equipe de enfermagem, apenas um dos participantes (2% da amostra) respondeu estar habilitado a se comunicar por LIBRAS³².

Alguns profissionais pensavam que podiam falar por língua de sinais, pois confundiram a LIBRAS com a compreensão e utilização de gestos e mímicas perante o surdo. Este pensamento foi desconstruído pelo pesquisador que explicou aos participantes sobre a comunicação por meio de sinais e suas características. Foi explicado que a utilização de gestos e mímicas é um dos recursos para uso da linguagem não verbal, mas essa prática não possui rigor gramatical a ponto de ser considerada língua de sinais¹⁹.

Quando questionado se o profissional havia recebido algum tipo de instrução na graduação para se comunicar com o surdo, 154 (98,7%) responderam NÃO. Autores sugerem que o ensino de estratégias de comunicação com o surdo e sua família deva estar inclusa no currículo dos graduandos da área de saúde^{10,17,18,33}.

Esta orientação não sensibilizou as instituições formadoras de recursos humanos em saúde, pois os resultados demonstram que até a formação dos profissionais não havia ocorrido a inclusão da LIBRAS na matriz curricular dos cursos superiores da área de saúde. Esse fato é atestado pelos 116 (74,35%) profissionais desta amostra que se formaram (tabela 2) no intervalo 1990-2010, e afirmaram falta de conhecimento sobre as estratégias de prestação de cuidados em saúde aos surdos.

Quando questionado se o profissional já havia participado de algum curso de capacitação sobre comunicação com o surdo, 154 (98,7%) responderam NÃO. Os participantes justificaram a não procura por capacitação alegando carga horária extensiva, excesso de trabalho, múltiplos empregos, demanda baixa de usuários surdos, falta de incentivo dos gestores e desinformação.

Há evidências de que os profissionais não concordam que a responsabilidade na procura por capacitações seja proveniente deles. Segundo estudo realizado num hospital de São Paulo, nenhum dos entrevistados respondeu que a capacitação devia ocorrer por iniciativa própria, por meio de cursos de especialização ou outros. Entretanto concordam com a importância da procura pela educação continuada citando que

“a capacitação dos profissionais da área da saúde para o atendimento de portadores de necessidades especiais é importante para a promoção de uma assistência humanizada e focalizada no contexto de uma sociedade mais inclusiva”³²: 84.

Foi questionado se o serviço – coordenação da ESF – já havia fornecido curso de capacitação nesta área. O número de 155 (99,4%) profissionais respondeu NÃO. O resultado indica que, por parte dos gestores, há despreocupação com a habilitação profissional sobre estratégias para o atendimento à saúde do surdo. Segundo relato dos profissionais, esse desatento com a capacitação justifica-se pela baixa demanda de surdos nas áreas de atuação da UBSF e pelo não comparecimento dos surdos cadastrados à unidade de saúde.

Em contrapartida, esta ausência de surdos pode ser explicada pela existência de barreiras sociais e físicas que os intimidam. A falta de recursos humanos e insumos apropriados para o acolhimento o usuário nas unidades de saúde, associadas às lacunas na comunicação e aos estigmas, geram, nos usuários, medo e sentimento de desconfiança, afastando-os dos serviços de saúde^{34,35}.

Seja a presença ou ausência do surdo nestes serviços, o fato é que o profissional não possui habilidades desenvolvidas para atendê-lo. Sem aprendizado na academia e capacitação, o profissional apenas sustenta-se em suas experiências de vida. Considerando as alegações dos profissionais da saúde para a não procura por capacitações, estas não eximem o compromisso da equipe de cobrar, sugerir e buscar – junto à comunidade – novos métodos para ampliar o leque de recursos para realizar acolhimento digno e, por fim, consulta integral.

Com relação à categoria “Atenção à saúde do surdo”, foi investigado quantos profissionais já haviam tido a oportunidade de consultar um surdo: 97 (62,2%) afirmaram atender ou já ter atendido algum surdo. Serão considerados, para a discussão desta categoria, os 97 profissionais como 100% da amostra, pois apenas responderam às perguntas seguintes aqueles que marcaram SIM como resposta ao questionamento “*Você já atendeu/atende algum usuário surdo?*”.

À pergunta “*A consulta foi plenamente (totalmente) realizada?*”, 65 (67,7%) responderam SIM. Neste questionamento foi investigado se as fases da consulta – desde a

anamnese (ou histórico) à prescrição medicamentosa ou à avaliação da saúde – haviam sido realizadas. A maioria relatou que, apesar de ter havido alguma dificuldade para realizar a consulta, pode completar as etapas, desde a investigação e diagnóstico até a prescrição do tratamento para as necessidades de saúde identificadas.

Para fornecer atendimento integral ao surdo e que contemple todas as fases da consulta, importa que residentes e estudantes de saúde sejam ensinados a reconhecer os diferentes tipos de comunicação associados à perda auditiva, e estimar as experiências psicossociais das pessoas que são surdas ou deficientes auditivos. Isto auxiliará os pacientes no relato de suas histórias clínicas, que por sua vez aumentará a qualidade nos cuidados de sua saúde¹⁰. Desta forma, aos profissionais da saúde é conferida a responsabilidade no compromisso de fornecer uma assistência humanizada.

Surpreende que a maioria dos participantes tenha conseguido completar as fases da consulta enquanto os resultados evidenciam a não capacitação profissional para o atendimento ao surdo. Esta contradição mostra que se houver maior tempo no preparo acadêmico ou capacitação do profissional, ocorrerá aumento na qualidade da coleta das informações do usuário e análise destas durante a consulta, promovendo melhorias para o diagnóstico das necessidades de saúde do surdo e o cuidado holístico.

Quando perguntado “*Você acha que o usuário compreendeu as condutas prescritas (medicação, exame, encaminhamentos, tratamento)?*”, 63 (67,7%) responderam SIM. Não significa, necessariamente, que o cumprimento de todas as etapas da consulta resulte em qualidade desta, na percepção do surdo. Para este usuário, a qualidade da consulta está na relação compreender e ser compreendido.

A capacidade do profissional de responder às dúvidas do usuário reduz as incertezas destes a respeito das questões em saúde. Porém, em estudo realizado, identificou-se carência nos conhecimentos mais elementares no contexto da atenção primária, principalmente daqueles relacionados às doenças sexualmente transmissíveis – DSTs/AIDS. A dificuldade de se fazer entender quando se almeja informar determinado assunto ao surdo é o principal empecilho para profissionais e familiares do usuário. Consequentemente, muitos assuntos de interesse do surdo não são debatidos, resultando numa maior exposição a gravidezes não planejadas e DSTs/AIDS⁹.

Os surdos relatam que não são devidamente informados sobre a sua doença, tratamento ou prognóstico²⁷. Neste contexto, compreende-se que as demais atividades de atenção à saúde ao surdo em nível primário – como profilaxias – estejam comprometidas. A compreensão mútua das prescrições garantirá tratamento eficiente para o usuário e certeza

para o profissional de que as consultas prescritas estarão sendo cumpridas, sempre almejando os cuidados de saúde adequados.

Houve 60 (63,2%) profissionais que responderam SIM à pergunta “*Você acha que as dúvidas dos usuários foram respondidas?*”. Nesta pergunta objetivou-se investigar se as angústias, ansios, preocupações e informações adicionais sobre os cuidados de saúde que surgem no paciente diante de um estado de doença – ou simplesmente por estar, o usuário, na oportunidade, perante um profissional de saúde – haviam sido esclarecidos.

Segundo os profissionais há maior dificuldade para responder às dúvidas do usuário que realizar a prescrição ou transcrição. A escrita do tipo de medicação, horário de administração, posologia e outros, são compreendidos. Quando a prescrição não é farmacológica (principalmente nos casos da enfermagem e fisioterapia, por exemplo) há maiores dificuldades para fazer o surdo entender o procedimento e responder aos seus questionamentos. Nesta situação, não se estabelece um elo de entendimento entre surdo e profissional, comprometendo os cuidados em saúde.

O planejamento de assistência integral apenas é efetivado quando as informações são adequadamente transmitidas ao usuário, e este, por sua vez, compreende e realiza o plano de cuidados prescrito. Todavia, a qualidade da assistência ao surdo é inferior às das pessoas ouvintes, pois este usuário relata ter uma baixa compreensão das instruções fornecidas pelos seus cuidadores. Considera-se também a dificuldade dos surdos em informar seus sintomas – principais objetos das práticas em saúde^{33,35}.

A discussão com relação à pergunta “*Houve/há dificuldade(s) para realizar a consulta?*” será realizada adiante, na parte qualitativa do trabalho. Os resultados obtidos dos últimos três questionamentos (se a consulta foi plenamente realizada, se o surdo compreendeu as prescrições e se as dúvidas foram respondidas) são necessários para incrementar a discussão sobre satisfação do usuário com relação à atenção à saúde. Este aspecto será visto mais adiante.

À pergunta “*Você já se aborreceu/perdeu a paciência durante o atendimento a um usuário surdo?*”, 91 (94,8%) profissionais responderam NÃO. Uma consulta em que haja dificuldades para sua realização – neste caso, principalmente dificuldades de comunicação – pode gerar desconforto, insatisfação e complicar a relação profissional-usuário, gerando, por vezes, arquétipos ou pré-conceitos no surdo como a ideia de incapacidade de compreender o que lhe é comunicado^{8,15,36}. Estas ideias inconvenientes impactam no usuário os sentimentos de impotência e desprezo que resultam na perda da confiança na equipe e contribui ainda mais para a continuidade das barreiras sociais no acesso aos serviços de saúde.

Houve risos, por parte dos profissionais, ao ler o questionamento, informando que seria um desrespeito ao surdo se o profissional se comportasse de maneira agressiva ou irritada. Demonstraram – por meio dos seus relatos – terem afeto, estabilidade e esforço para realizar uma consulta satisfatória para ambos e que, principalmente, diante das limitações físicas de um usuário, deve haver maior respeito e comprometimento com a prestação de cuidados.

Em relação à pergunta “*Durante a consulta, algum usuário surdo já se aborreceu/perdeu a paciência?*”, 89 (92,7%) profissionais responderam NÃO. É possível que este resultado seja reflexo do esforço dos profissionais para realizar condutas propedêuticas satisfatórias para ambos, como relatado anteriormente. Noutro sentido, considera-se que o baixo índice de eventos de aborrecimentos de usuários esteja relacionado à tímida demanda de surdos em ambulatórios e o sentimento de impotência destes em lugares públicos, decorrentes dos estigmas e preconceitos gerados.

Autores falam sobre a existência de sentimentos de receio dos surdos em consultórios de saúde e a antipatia de determinados profissionais que se sentem incomodados com a consulta a pessoas com deficiência auditiva grave³⁵. Esta evidência, entretanto, não foi observada neste estudo.

Quando perguntado “*Você se sente preparado para consultar um usuário surdo?*”, 86 (89,6%) profissionais responderam NÃO. Este valor é a resultante da despreocupação de academias e gestões com relação à capacitação de graduandos e profissionais, um paradoxo considerando que suas formações (teoricamente) atendem a requisitos generalistas.

Os que responderam SIM informaram ter algum conhecimento da comunicação não verbal ou disponibilizam de materiais ilustrativos que lhes fornecem segurança para o desempenho satisfatório. Na opinião dos surdos participantes de um estudo, médicos e enfermeiros estão despreparados para acomodá-los segundo suas necessidades. Existe uma dificuldade de interação⁷.

Neste estudo, na perspectiva do prestador de cuidados, no que tange à satisfação com a consulta, observaram-se níveis entre regular e bom tanto para profissionais de saúde quanto para surdos. Quando perguntado qual a satisfação do profissional com a consulta realizada, 26 (26,8%) e 41 (42,3%) responderam respectivamente nem satisfeito, nem insatisfeito e satisfeito. A frequência acumulada mostrou que a maioria, 67 (69,07%), considerou que a consulta foi regular ou boa.

Quando perguntado sobre a satisfação do surdo, 33 (34,0%) e 49 (50,5%) responderam nem satisfeito, nem insatisfeito e satisfeito respectivamente. A frequência acumulada mostra

que 82 (84,53%) profissionais afirmaram que a satisfação do surdo esteve de regular a boa com a consulta realizada.

Percebe-se que nenhum participante marcou a opção insatisfeito para qualquer um dos dois questionamentos. A dedicação profissional expressada nos valores positivos da categoria “Atenção à saúde do surdo” pode ter sido o motivo do bom nível de satisfação tanto de profissionais quanto surdos. Quando há esforço do profissional, há aumento da satisfação do surdo¹⁸. Noutra abordagem, pode significar que o sentimento de impotência do surdo perante os estigmas gerados pela sociedade resulte em atitudes singelas – de comportamento modesto, submisso – que conduzam o profissional a pensar que o usuário esteja satisfeito com as condutas clínicas realizadas.

Em pesquisa sobre satisfação com os cuidados de saúde, a autora escreve que os surdos que não interagem bem com seus cuidadores estão em risco de ter baixa aderência e satisfação para os tratamentos em saúde. Comparando a assistência prestada a dois grupos de mulheres – ouvintes e surdas – verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre estes quanto à satisfação com os cuidados prestados, apesar de que as mulheres surdas evidenciaram menor satisfação que as ouvintes¹⁸. Noutro estudo, os autores informam que

“as informações recebidas pelos pacientes colaboram na relação médico-paciente, diminuem a sensação de isolamento e aumentam a satisfação e a participação no tratamento”¹¹: 148.

Outra hipótese para a baixa satisfação dos surdos é a de que pessoas com maiores necessidades de frequentar serviços médicos possuem maior interação com o sistema de saúde e, portanto, possuem mais oportunidades de ficarem insatisfeitas³⁷.

A falta de preparo para lidar com as adversidades psicossomáticas (neste caso, as deficiências) resulta em baixa qualidade dos cuidados prestados^{11,18}. É possível afirmar que as satisfações de profissionais e surdos com a assistência de saúde estão relacionadas a vários fatores intervenientes no processo de cuidar holístico, que envolvem desde os medos e receios intrínsecos do surdo ao acolhimento nos serviços, consulta e manutenção da saúde – esta por meio de ações de promoção de saúde.

Quanto às estratégias de comunicação, os dados da tabela 10 relatam que as mais utilizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária de Campina Grande são o auxílio de familiar, mímica e fala pausada.

Auxílio de intérprete e uso de imagens/figuras apareceram menos porque, na opinião dos profissionais, os investimentos na atenção básica não contemplam a disponibilização de

recursos humanos e materiais visuais para uma consulta diferenciada. A alternativa é apelar para a criatividade por meio da capacidade individual de desenho, escrita e mesmo em habilidades improvisadas para comunicação não verbal.

Para esta pesquisa foi diferenciada a ajuda de um familiar da ajuda de um intérprete, ainda que estes possuam o mesmo objetivo final: estabelecer um elo entre profissional e surdo. Foi considerado (e informado ao profissional) que o auxílio de intérprete consistia na ajuda de uma terceira pessoa que não fosse familiar ou fizesse parte do convívio diário do usuário. Os intérpretes mais citados pelos profissionais eram pessoas da equipe de saúde – técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, recepcionista e segurança da UBSF. No formulário do apêndice 2 tal distinção está destacada.

Será dada ênfase a discussão das três estratégias de comunicação mais evidenciadas. Dos 97 profissionais entrevistados, 74 (77,1%) relataram solicitar auxílio de algum familiar do surdo. Os participantes informaram que sem tal ajuda é impossível realizar o atendimento, pois não há como interpretar a mensagem. Da mesma forma, não há como fazer o usuário compreender as informações do profissional. Neste sentido, observa-se dependência do surdo que não consegue por si só comunicar-se com o profissional de saúde.

Dos respondentes, 57 (59,4%) relataram utilizar mímicas para tentar interagir com o surdo. O uso de mímicas é um recurso da linguagem não verbal que busca a comunicação entre pessoas por meio de gesticulações segundo interpretação individual¹⁶. É utilizada nos diversos tipos de consulta devido à praticidade da comunicação e ao conhecimento de vários gestos utilizados no dia-a-dia. No entanto, a mímica não é padronizada nem possui linguagem formal, o que pode dificultar na interpretação de seus sinais.

A terceira estratégia mais utilizada é a fala pausada (leitura labial), informada por 53 (55,2%) dos entrevistados. A fala pausada é um método de comunicação que permite ao receptor compreender a mensagem na íntegra através da leitura dos movimentos labiais do emissor. É mais eficaz que o uso de mímicas, pois a linguagem falada é universal e de compreensão de todos que compartilham de seu idioma.

Em estudo com 100 integrantes da equipe de enfermagem, o uso de mímicas foi informado por 100% da amostra, leitura labial por 94% e auxílio de acompanhante 65%³². Noutro estudo com vinte e um dirigentes de UBSFs em São Paulo verificou-se que as estratégias mais utilizadas eram leitura labial, fala pausada, sinais de mãos, escrita e auxílio de acompanhante³⁴.

A presença de um acompanhante ou familiar do surdo garante ao paciente segurança e mais confiança de que seus sintomas serão bem informados. Entretanto, estes benefícios não

superam as restrições que emergem deste tipo de acompanhamento. Apesar de o familiar representar um auxílio, na maioria das vezes pode tornar-se um problema, pois não permite que o surdo participe como agente ativo do tratamento. Nestas situações, o acompanhante do surdo é quem explica ao profissional os problemas de saúde que aquele apresenta, sendo também a pessoa que recebe as orientações¹⁷.

Considera-se, ainda, que em determinados tipos de consulta o surdo pode não se sentir à vontade para informar determinados detalhes de sua vida íntima, como ocorre em consultas ginecológicas ou em anamneses relacionadas à vida sexual. Nestes casos pode ocorrer desvio da informação – pois o paciente pode não querer revelar sua intimidade ou determinado acontecimento – e, conseqüentemente, prescrição de tratamentos equivocados. Em estudo, foi verificado que a figura acompanhante mais presente é a mãe do surdo¹⁷, fato que colabora para o receio do usuário em conversar sobre sua intimidade.

A questão principal com relação à presença de um familiar está mais relacionada à vergonha do usuário de se expor perante seu ente. Existem, contudo, outros aspectos mais técnicos e gerais que podem comprometer a consulta (descritos adiante). Tais aspectos aplicam-se também em casos em que o acompanhante não seja necessariamente um familiar ou pessoa do convívio diário, mas outro que esteja disponível para intermediar a consulta (intérpretes), como agentes comunitários de saúde, recepcionista da UBSF, intérprete em LIBRAS ou outro com afinidade em linguagem não verbal.

Este tipo de auxílio é bem recebido pelos surdos, principalmente quando o serviço disponibiliza uma pessoa exclusivamente para realizar tal tarefa^{10,17,18}. Surdas que foram acolhidas por intérpretes demonstraram maior satisfação com seus médicos e estavam mais propensas a realizarem exames retais, Papanicolau e mamografias¹⁸. Mesmo assim, tanto o auxílio de intérprete como de um familiar possui ressalvas significantes.

Neste mesmo estudo¹⁸ 95% das mulheres surdas referiram preferir a comunicação direta com seus médicos que via intérprete. Ainda que seja uma pessoa auxiliadora para intermediar a consulta e ajudar tanto a médicos como a surdos, o intérprete é uma terceira pessoa numa relação entre profissional-usuário. Continua a existir o receio do paciente em se expor a outra pessoa que não o profissional de saúde.

Outro problema é que nem todo intérprete – de linguagem não verbal ou de LIBRAS – está habilitado para compreender os termos técnicos utilizados na consulta em saúde. Durante a interpretação, por vezes, o intérprete pode não compreender bem o que o surdo queira dizer e nem saiba ao certo como explicar ao usuário o entendimento que o profissional teve da situação, nem informar-lhe a respeito da prescrição⁷.

Não se trata apenas de um intérprete em LS ou familiar que auxilie nos cuidados de saúde. Seria ao menos necessário que o ajudante fosse capacitado no entendimento e explicação de termos específicos das ciências em saúde para o bom desempenho da promoção de saúde.

No concernente ao uso de mímicas, o principal problema está na utilização de gestos e sinais que os profissionais julgam serem adequados para expressarem o que estão sentido ou querendo informar ao surdo¹⁷ sem que, na verdade, possuam qualquer significado coerente para o paciente. O uso de mímicas é informal e pessoal. Determinadas gesticulações que são restritas a certas culturas não possuem qualquer significado para a sociedade. Soldados do exército utilizam gestos próprios para que o inimigo não consiga compreender suas comunicações. Motoqueiros possuem uma comunicação gestual própria de seus clubes.

Questões relacionadas ao uso de mímicas e gestos não são muito abordadas na literatura. Os estudos publicados não discutem a respeito da eficácia do uso deste tipo de comunicação para o atendimento aos surdos. O principal empecilho para a comunicação através deste tipo de linguagem não verbal está no fato de que a mímica não possui estrutura gramatical (morfológica e sintática) concreta e seu uso está condicionado ao entendimento que a pessoa tem a respeito do assunto que se deseja informar. Neste sentido, um único gesto ou mímica pode conter vários significados em diversos tipos de culturas diferentes. Não é a estratégia mais recomendada visto que não oferece precisão na informação³².

A terceira estratégia de comunicação mais presente é a leitura labial. Se o uso de mímica é pouco descrito na literatura, a utilização da fala pausada para facilitar a leitura labial é fundamentada. É opção de estratégia de comunicação visto que muitas palavras são de conhecimento do surdo. A comunicação por leitura labial é desenvolvida na comunidade surda, resultado da busca por diversas formas para interagir com o mundo ouvinte. Porém, assim como as formas de comunicação não verbal descritas anteriormente, a leitura labial possui limitações.

Em estudo que teve como objetivo orientar os profissionais da clínica odontológica a respeito das formas para comunicação com a criança surda, os autores listam vários tópicos a serem observados por aqueles que se utilizam da leitura labial. Em sua introdução, informam que, por mais que considerem a leitura labial como estratégia suficientemente boa para a comunicação, até mesmo os faladores por língua de sinais encontram dificuldades para seu entendimento. Exemplificam a dificuldade propondo que a pessoa ouvinte retire o volume de sua TV e tente decifrar por meio de leitura labial o que os apresentadores de um jornal estão informando²⁷.

Os obstáculos variam desde questões estruturais – como a dificuldade de visualização dos lábios (p.ex. devido ao uso de bigodes), fala rápida, iluminação fraca e posição desfavorável dos faladores – a questões linguísticas relacionadas a diferenças de conhecimento vocabular e impossibilidade de interpretação dos termos a partir da acentuação e uso de fonemas²⁷.

As observâncias quanto à comunicação por leitura labial variam das mais complexas às mais simples: nunca começar a falar se o surdo não estiver olhando, conversar no mesmo nível da altura da cabeça do usuário, garantir boa luminosidade no consultório, não haver obstáculos (p. ex. cigarro, máscara cirúrgica) entre os lábios e a visão, usuário ter boa acuidade visual, falar vagarosamente, evitar gírias e utilizar linguagem simples, entre outras²⁷.

Percebe-se o quanto de requisitos existem para estabelecer a comunicação via leitura labial. Atributos como dedicação, paciência e tempo disponíveis também são essenciais para o bom desempenho desta tarefa. Tais características, entretanto, por vezes são negligenciadas pelos profissionais da ESF devido (entre outros) a questões relacionadas à demanda de consultas e infraestrutura inadequada para receber o surdo.

Quanto às peculiares linguísticas e se focando no elo profissional-surdo, espera-se que o usuário compreenda tudo aquilo que o profissional o diga. A leitura labial é superestimada, fato que pode comprometer este elo³². Há surdos que possuem habilidade para interpretar as palavras da movimentação labial, mas não se sabe a respeito desta habilidade em profissionais da saúde e nem se os surdos falam através deste mecanismo de comunicação. Admite-se, portanto, que a comunicação se torne unilateral visto que apenas o profissional fala e o surdo tenta decifrar.

No processo de fala não é importante apenas a pronúncia da palavra, mas também sua entonação. O uso de fonemas adequados permite a compreensão da palavra que se deseja falar, assim como dá um sentido a expressão. Quando se fala “você está grávida”, dependendo da entonação, o profissional pode estar fazendo uma afirmação ou uma pergunta. Neste sentido, muitas expressões – para os surdos – estão mais ambíguas que repletas de exatidão¹⁰.

Quando o surdo é usuário de língua de sinais as incertezas podem ser aumentadas porque a construção das frases neste tipo de fala é mais simples que na gramática falada e muitas palavras necessárias na comunicação ouvinte são dispensáveis neste tipo de comunicação. Logo, muitas vezes não há compreensão porque o profissional utiliza palavras difíceis ou o usuário não entende bem a língua falada. Além disso, para o surdo a língua falada é uma segunda língua, e como qualquer outra estrangeira, seu aprendizado é difícil^{11,17}.

Em pesquisa, relatou-se a fala de um surdo que mencionou estar desconsolado enquanto um médico e seus auxiliares olhavam-no, escreviam e falavam entre si, mas o usuário foi incapaz de compreender qualquer fala que estivessem pronunciando³⁵. Ainda que se desconsiderem as barreiras físicas e linguísticas, os estudos demonstram que mesmo para os melhores leitores labiais apenas 20-30% daquilo que se fala é compreendido^{10,18,36}.

Após discutir as três principais estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da ESF de Campina Grande – auxílio de intérprete, mímicas e fala pausada – percebe-se que, mesmo diante da boa vontade e esforço do cuidador, são artifícios paliativos na tentativa de estabelecer comunicação. Além disso, a ineficácia na aplicação destas estratégias pode gerar desconfortos para profissionais e surdos e ampliar os estigmas em torno da surdez.

Responderam SIM à pergunta “*Houve/há dificuldade(s) para realizar a consulta?*” 89 (91,8%) profissionais. Ainda que os resultados demonstrem que a maioria dos profissionais conseguiu cumprir todas as etapas da consulta e que em suas percepções os surdos compreenderam as orientações, existem dificuldades para realizar o atendimento que podem comprometer a qualidade da atenção à saúde. Os profissionais que responderam afirmativamente foram solicitados a descrever quais as principais dificuldades. Das dificuldades informadas emergiram duas categorias temáticas.

DEFICIÊNCIA NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA

Esta categoria refere-se aos núcleos de sentido: *preparo profissional inadequado, infraestrutura inadequada e pouco uso da linguagem não verbal*. Percebeu-se, com a fala dos profissionais, que as UBSFs não dispõem de condições adequadas para prestar uma assistência holística ao surdo. Esta realidade desconfortante é resultante também de problemas que estão além do déficit de comunicação entre cuidador e paciente. Mesmo diante de normas regulamentadoras para o atendimento em saúde e políticas de incentivo à inclusão da PcD nos serviços de saúde, as unidades parecem ser incapazes de atender às exigências do MS para o bom desempenho de tais ações³⁸.

Surpreende que profissionais e serviços não estejam habilitados para desenvolver consulta holística à pessoa surda. Políticas para as PcD começaram a ser discutidas há mais de vinte e dois anos quando foi sancionada a primeira lei que dispunha sobre questões

relacionadas aos direitos destas pessoas. A Lei 7.853 foi pioneira ao tratar da integração das PcD determinando, em seu artigo inicial, que os direitos destas pessoas equivaler-se-iam aos de todos os brasileiros, segundo o disposto na Constituição. Mais que isto, estava assegurado o pleno exercício destes em todas as dimensões, inclusive na saúde, garantindo, segundo o parágrafo 2º do artigo 2º, atendimento prioritário e adequado³⁰.

Dez anos adiante foi sancionado o Decreto nº 3.298 que se responsabilizou por regulamentar a lei anterior e determinar os subsídios necessários para o exercício dos direitos das PcD. Este decreto também definiu a perda auditiva como sendo “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz”³¹(p. 2) – segundo nova redação dada pelo Decreto nº 5.296. Garantiu também que fossem disponibilizadas ajudas técnicas, dentre estas, elementos especiais para facilitar a comunicação, a informação e a sinalização – dispostos no inciso VI do artigo 19º³¹.

Não há estudos sobre a situação do surdo no sistema de saúde – relativos à qualidade dos serviços prestados a este usuário – publicados na época da sanção destes regulamentos. Não há como se fazer comparação entre a realidade da atenção à saúde do surdo naquela época em relação aos dias atuais. Os estudos sobre esta temática datam de pouco mais que uma década e relatam o descumprimento das normas para atendimento ao surdo nos diversos níveis de atenção à saúde. Adiante, mostram que os profissionais de saúde não possuem capacitação para atender estas pessoas.

Percebe-se, entretanto, que estas regulamentações estão mais preocupadas com a prevenção de deficiências e com reabilitações. Muitas vezes tais diretrizes não se encaixam no contexto social do surdo, pois o mesmo não se considera deficiente e não enxerga a surdez como patologia ou condição que deva ser curada. Os surdos apenas almejam o respeito aos seus direitos civis e o cumprimento das normas de prioridades estabelecidas⁷.

Diante disto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência vem ratificar os direitos das PcD com relação às práticas de saúde e atentar gestores, profissionais e a comunidade em geral para as necessidades em saúde e limitações físicas destes usuário. Em sua introdução, a política cita outras normas e decretos – Lei nº 8.080/90, Lei orgânica da saúde; Lei nº 10.048/00, estabelece prioridades para o atendimento; Lei nº 10.098/00, determina critérios para a promoção da acessibilidade; Decreto nº 5.296/04, regulamenta as Leis nº 10.048 e nº 10.098 – que fundamentam as propostas de atendimento e despertam para a urgência em se fazer cumprir tais normas⁵.

Duas das seis diretrizes desta política falam em *Capacitação de recursos humanos e Organização e funcionamento dos serviços*. Com relação à primeira, a política reconhece o déficit que há na capacitação de novos profissionais e daqueles já atuantes. Como visto anteriormente, 98,7% dos 165 profissionais participantes deste estudo negaram ter recebido na graduação qualquer ensino a respeito de estratégias para atendimento ao surdo. Este resultado não mostra necessariamente que não há movimentos ou políticas e debates de incentivo ao ensino para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da PcD dentro da academia, mas deixa evidente o descaso das IES com esse tipo de ensino.

Em estudo com 37 enfermeiros, quando questionados sobre o período em que os profissionais da equipe deveriam ser capacitados para prestar cuidados aos surdos, todos responderam que deveria ocorrer na formação acadêmica³².

A falta do componente curricular que informe e oriente o graduando sobre formas de realização da consulta integral limita a visão holística do atendimento em saúde. Neste sentido, a política de saúde para as PcD diz que as relações em saúde são basicamente relações entre pessoas. Por isso, busca-se – junto ao Ministério da Educação – “a inclusão de disciplinas e conteúdos de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência, nos currículos de graduação das profissões na área da saúde”⁵(p. 13).

Com relação à organização e funcionamento dos serviços, a política diz que

“pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência”⁵: 13.

A ESF é porta de entrada para a promoção de saúde. Por isto, a UBSF deve estar acessível a todo usuário que necessite de cuidados em saúde. Para o acesso, deve estar garantido desde as condições físicas de instalação da unidade às condições estruturais para realização do atendimento. Foi citado pelos participantes deste estudo que as unidades não dispõem de recursos interativos que auxiliem na consulta ao surdo. Citaram também outros problemas que interferem no desempenho dos cuidados de saúde relacionados à demanda de serviços e falta de profissionais.

Estes problemas de acessibilidade ratificam a preocupação de autores no concernente à satisfação dos surdos com o serviço de saúde prestado. Não apenas questões de comunicação, mas outras relacionadas à qualidade da recepção do usuário no serviço podem comprometer

sua atenção à saúde³⁷. É certo que existem surdos que há anos estão sem realizar sequer uma sorologia sanguínea devido à existência destas barreiras³⁹.

A falta de instrução na graduação, descaso com capacitações e infraestrutura inadequada revelam o retrato do descaso com a atenção à saúde da cultura surda. Em verdade, gestores, profissionais e estudantes desconhecem as peculiaridades do mundo da surdez.

Os profissionais deveriam pelo menos aprender o básico sobre as formas de comunicação além de conhecer o mínimo necessário a respeito dos aspectos socioculturais relacionados à surdez. Este aprendizado desenvolveria aptidões para o reconhecimento da linguagem não verbal por meio da percepção da sinalização corporal. Sintomas como dor, desconforto, angústia e preocupação seriam mais facilmente identificados sem que o usuário precisasse informá-los, condição que atende perfeitamente as necessidades dos surdos³⁵.

O desconhecimento da linguagem não verbal pode estar relacionado ao modelo de formação profissional, centrado no paradigma biomédico. Neste sentido, o profissional é ensinado a tratar da doença, mas não do usuário, fato que compromete o desenvolvimento de ações integrais em saúde¹³. O profissional não espera que o surdo venha sozinho ao serviço, pois se imagina que o usuário saiba que seria um transtorno sua visita a um estabelecimento de saúde sem um acompanhante. Seguros em tal premissa, os profissionais são graduados desconhecendo as formas de reconhecimento da linguagem não verbal. Esta lacuna na formação do egresso profissional resulta em drásticas condições de atendimento.

Os regulamentos que buscam a integração do surdo e o respeito às suas limitações, fundamentados nos direitos à saúde (e outros relacionados ao esporte, lazer, transporte etc.) estão sancionados^{5,30-1}. Contudo, não se pode direcionar o olhar para as necessidades do público alvo sem ter consciência que os recursos humanos e físicos disponíveis para os seus cumprimentos estão em acordo com as deliberações.

Tentar enxergar quais as necessidades apresentadas pelos profissionais da saúde para realizar a consulta é ter preocupação com a relação profissional-surdo. Concomitantemente, os resultados discutidos contribuem para encontrar soluções que atendam a “necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil”⁵(p. 7).

COMPROMETIMENTO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SURDO

Os núcleos de sentido abordados nesta categoria foram: *necessidade de acompanhante, prejuízo à autonomia do usuário, imprecisão na consulta e sentimentos de perturbação do profissional por não haver certeza da compreensão da mensagem*. Observa-se que são temas que aglomeram tanto o sentimento de descontentamento de surdos como de profissionais e que interfere diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

Autores comentam a importância de uma boa comunicação. Citam que por meio do empenho do cuidador em decifrar o que está sendo dito será possível identificar reais necessidades de saúde. Para a consulta integral, a interação profissional-surdo deve ser estabelecida visto que parte do temor do usuário é amenizado por meio de uma conversa esclarecedora. A orientação do profissional não se resume à prescrição segundo estabelecida nos manuais de sua categoria, mas também a suplementação de informações para o tratamento, fornecimento de segurança e tranquilidade para a adesão do usuário¹⁷.

Como discutido na parte de estratégias de comunicação, a dificuldade de comunicação entre profissional e surdo faz que o cuidador solicite que o usuário sempre venha acompanhado, mas este acompanhamento nem sempre traz resultados. Trata-se de medida paliativa que busca formas alternativas para promover vínculo profissional-surdo, sem que haja garantia plena do exercício da autonomia do surdo.

Os principais obstáculos para a comunicação via acompanhante (e/ou intérpretes) residem no fato da exposição da vida íntima do usuário a uma terceira pessoa e a não capacidade desta de interpretar a complexidade dos termos médicos. Ainda que surdos valorizem a disponibilização de intérpretes nos serviços de saúde, a dúvida quanto a preservação da confidencialidade das informações é o principal dilema^{7,18}. Há relatos de situações em que o acompanhante não soube distinguir a obtenção de informações necessárias para o diagnóstico daquelas de propriedade íntima, ferindo a privacidade do usuário²⁷.

Neste tipo de interferência e noutras situações quando o acompanhante parece estar perguntando e respondendo pelo usuário, associados à impotência do surdo no diálogo direto com profissional, há perda da autonomia do usuário. Por vezes, o profissional prefere discutir o tratamento com o acompanhante, excluindo o surdo da discussão sobre sua saúde. Isto acontece em situações em que acompanhantes e profissionais não permitem que o surdo participe como agente ativo da consulta^{17,36}.

É verdade que nem todo surdo incomoda-se de conversar abertamente sobre sua vida, no entanto os estudos mostram que este comportamento não é generalizado. Os surdos almejam serem vistos como cidadãos normais com direitos e deveres a serem respeitados. Desejam uma consulta em que apenas a presença de profissional seja suficiente para o desenvolvimento da consulta^{15,17,33,38}.

A fragilização de autonomia pode bloquear os sentimentos de liberdade e espontaneidade inibindo a opção voluntária de dirigir-se ao serviço de saúde. Neste sentido, o acompanhamento auxilia na relação profissional-surdo, mas não fortalece o processo de independência do usuário^{33,38}.

A não participação ativa do usuário, associada a problemas resultantes da falta de comunicação, gera imprecisão na consulta. Isto, mais que dificultar as orientações em saúde, pode ocasionar riscos maiores. Segundo o American with Disabilities Act – ADA, a comunicação em saúde caracteriza-se como crítica quando a falta de comunicação resulta em falhas no diagnóstico e tratamentos impróprios ou atrasados²⁶.

Aumentam-se, portanto, as chances de ineficácia do planejamento da assistência, iatrogenias e exclusão social, pois, os empecilhos na comunicação resultam numa compreensão equivocada de que os surdos sejam desmotivados, desatentos ou mesmo portadores de retardamento mental, fatos que contribuem para o descontentamento generalizado, tanto de familiares como profissionais e usuário, afastando o usuário dos serviços de saúde¹⁵.

Com o afastamento dos serviços, o acesso não pode ser denominado universal. Considerando que o princípio da universalidade garante acesso ao serviço de saúde em todos os níveis de assistência¹² este processo de exclusão social impede que o surdo exerça este direito. A gestão dos serviços de saúde deve assimilar que a universalidade não seja apenas um princípio informativo – que divulgue o direito à saúde a todos os usuários do SUS –, e crie mecanismos que superem as barreiras atitudinais e físicas para que o surdo tenha a certeza de que o acesso universal também o contempla.

Nesta pesquisa verificou-se a existência de dificuldades para realizar anamnese confiável. Por se tratar do histórico clínico do usuário, o profissional busca associações da doença com causas ou exposições passadas. É uma fase criteriosa que necessita da perfeita harmonia na conversação para que haja compreensão daquilo que é perguntado e do que é respondido. Estudo revela que até mesmo as informações referentes ao histórico familiar são desconhecidas para o surdo, pois as barreiras na comunicação estão presentes tanto em ambulatórios quanto nas residências dos usuários³⁶.

A imprecisão na consulta afeta outro princípio do Sistema único de Saúde – SUS, a integralidade na assistência, porque reduz o horizonte de possibilidades para atuação na resolutividade de um problema. Quando se fala em resolução, não se trata da cura da surdez – pois a cultura surda não considera a limitação auditiva um problema, deficiência ou doença –, mas da atuação multidisciplinar da equipe da saúde na cura, reabilitação e prevenção de agravos que acometem tanto surdos como ouvintes.

A insatisfação dos surdos com a consulta realizada já é tratada na literatura^{7,10,17,37}. Porém destaca-se o sentimento de insegurança que assola profissionais por não haver, justamente, precisão no atendimento.

Os depoimentos dos profissionais deste estudo esclarecem esta questão, pois há insegurança quando o profissional de saúde é informado que há um surdo na fila de espera para a consulta e que este veio sem acompanhante. Houve profissionais que informou nem ao menos ter recebido o usuário ao saber que eles estavam sozinhos, e solicitaram que retornasse acompanhado de alguém que pudesse intermediar a consulta.

A insegurança existe também após a consulta. A imprecisão na análise das informações e na comunicação não assegura perfeito entendimento a respeito das recomendações em saúde que direcionem o tratamento para a resolubilidade do problema. Tanto surdo como profissional ficam incomodados com as incertezas não sanadas. Uma formação acadêmica que não contemple a segurança para consultar o surdo não pode ser considerada generalista e, conseqüentemente, não fornece subsídios para o profissional realizar consulta numa abordagem integral.

A frustração e insegurança médicas só serão reduzidas ao passo que o mundo da surdez for estudado e compreendido¹⁰. Em seguida, o anseio pela interação com esta cultura despertará o interesse pelo aprendizado das diferentes formas de comunicação não verbal. E, apenas por meio da comunicação estabelecida com o paciente, os profissionais poderão “compreendê-lo como ser holístico e perceber sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir”³²(p. 81).

Em resposta à pergunta “*o que você sugere para minimizar as dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa surda?*”, os participantes escreveram suas sugestões com relação a estratégias para melhoria da relação profissional-surdo. Os resultados do presente estudo demonstraram que houve relação entre a falta de instrução ou capacitação para comunicação com o surdo e a existência de dificuldades de comunicação durante a consulta.

Os resultados a seguir discutidos apenas vêm corroborar esta relação através da incitação da essencialidade em se adquirir conhecimentos que supram o déficit de interação entre profissional e surdo. Diante da impossibilidade de realizar testes de associação – devido às características da amostra –, a análise das falas dos participantes evidencia nitidamente a relação existente entre déficit de conhecimento e atenção à saúde prejudicada.

Das repostas obtidas para este segundo questionamento foi possível identificar três categorias temáticas.

CAPACITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO COM O SURDO

Esta categoria abordou os núcleos de sentido: *necessidade de capacitação ou treinamento, ensino da linguagem não verbal, incentivo ao aprendizado de LIBRAS e desenvolvimento das aptidões humanas.*

Na maioria das respostas os participantes enfatizaram a necessidade de capacitação ou treinamento. Desta forma, o profissional da saúde reconhece que apenas o conhecimento oriundo de sua formação acadêmica, do aperfeiçoamento em alguma especialidade (que não o atendimento ao usuário surdo) ou a experiência de anos de profissão, não é suficiente para prestar assistência integral.

Estes resultados são semelhantes aos de outro estudo. Quando os autores questionaram profissionais da rede básica de saúde sobre as sugestões para melhoria do atendimento à comunidade surda, daqueles que atendiam a surdos, obtiveram como respostas o incentivo a cursos de LIBRAS, orientação e educação continuada, investimentos em tecnologia e arquitetura para acessibilidade e treinamento para os profissionais³⁴. Outros estudos falam de questões mais específicas^{27,36}, mas que estão inseridas dentro destes argumentos, considerados de maior relevância.

Capacitação ou treinamento é um dos pontos exaustivamente abordados neste trabalho. Não se trata apenas do profissional conhecer diferentes estratégias de comunicação com o usuário, mas ter o reconhecimento de quem o surdo é. Para oferecer uma assistência integral é importante conhecer as particularidades que definem a cultura surda e aprender como melhor servir esta população^{10,35,36}.

O profissional tem de estar preparado para receber o usuário surdo independentemente da cidade, região ou área de abrangência da UBSF. Todos os profissionais sem distinguir sua

formação – mas que atue nos serviços de atenção primária – devem ser treinados para esta forma de abordagem. Por ser o primeiro contato da população com os cuidados de promoção da saúde, o serviço da UBSF deve ser efetivo e integral, mesmo que apenas sirva de conexão para encaminhamentos a outras instituições especializadas no cuidado ao surdo.

Conhecendo as particularidades da surdez, o profissional pode decidir sobre a melhor forma de se comunicar. Cada surdo é um indivíduo único com sua própria necessidade de comunicação. Por isso, faz-se necessário o ensino do reconhecimento das formas de comunicação não verbal a fim de suprir o profissional com informações suficientes para interpretar os gestos e expressões corporais³⁶.

Diante disto, considera-se que

“a linguagem não-verbal é um recurso de comunicação que precisa ser conhecido e valorizado na prática das ações em saúde. Mesmo que não se conheça a Língua de Sinais, é fundamental interpretar seus aspectos suprasegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais”¹¹: 148.

Inserida entre as peculiaridades do mundo da surdez, está a língua de sinais. Surdos que se comunicam com seus médicos por meio deste método consideraram a consulta positiva. A comunicação direta com o profissional favorece os sentimentos de satisfação e autonomia do usuário³⁵. No caso da cultura surda brasileira, a LIBRAS é o seu principal veículo de identificação, caracterização e comunicação. Todavia, raramente, numa consulta, ocorre comunicação por meio de LIBRAS³².

Ao passo que a língua de sinais garante mais autonomia – por ser um veículo que estabelece comunicação entre pessoas –, por vezes é um fator limitante na interação com pessoas que não compreendem sua linguagem. Considerando que nem todo surdo consegue oralizar palavras, aqueles que utilizam apenas a língua de sinais frequentam menos os serviços de saúde que outros que utilizam também a fala oral¹⁸.

Em pesquisa realizada, os surdos entrevistados referiram que se o profissional da saúde dominasse a LIBRAS os problemas durante a consulta acabariam¹⁷. Contudo, analisando as particularidades que envolvem o uso da linguagem não verbal e uso de LIBRAS, é preferível o ensino do reconhecimento das formas de comunicação não verbal que o ensino da própria língua de sinais, pois nem todo surdo faz parte do grupo minoritário que se utiliza desta³⁵. Salienta-se que muitas pessoas ficam surdas durante o processo de perda gradativa da audição e muitos destes não são instruídos a comunicar-se por meio de língua de sinais durante este período.

Além do conhecimento das particularidades da surdez e suas formas de comunicação, o desenvolvimento de aptidões humanas é essencial no processo de cuidar. Mais que habilidade para comunicar-se, o profissional deve dispor de paciência, tranquilidade e equilíbrio emocional.

Na oportunidade da consulta, o surdo tentará ao máximo suprir o déficit de conhecimento, resultante do acúmulo de questionamentos não respondidos em decorrência do isolamento dos serviços de saúde – provocado pelo preconceito e discriminação. Por isso, além das capacitações no reconhecimento das formas de comunicação não verbal, é necessário que esta educação dê ênfase no “tratamento humanizado [...] com vistas a minimizar o preconceito em relação a este tipo de paciente”⁸(p. 417).

REFORMULAÇÃO CURRICULAR E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Nesta categoria os núcleos de sentido abordados foram: *inserção na academia de cursos de formação e preparo do profissional para o atendimento ao surdo*, e *incentivo dos gestores em saúde a participação em programas de treinamento*. Ao longo deste estudo muito já foi visto a respeito destes temas pela opinião dos participantes – que bem evidenciou estas necessidades – e citações de outros trabalhos que ratificam a importância do aprendizado na academia e a continuidade deste por meio de cursos de capacitação.

A instrução para realização do atendimento adequado deve iniciar-se nos cursos de graduação, pois é na academia onde se encontram acervos e insumos tecnológicos – além do desenvolvimento de pesquisa – que permitem avaliação e discussão a respeito das necessidades de saúde dos usuários do SUS, disponibilizando a alunos e aos professores condições para inserir um debate sobre a qualidade da assistência.

De fato, a obrigatoriedade para o ensino de formas de comunicação não verbal não está totalmente esquecida. Desde dezembro de 2005 está em vigor o Decreto nº 5.626 que regulamenta o uso de LIBRAS. De acordo com o Artigo 3º, a LIBRAS

“deve ser inserida como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de Fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, do sistema federal de ensino e dos sistemas de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”²⁰: 2.

Não menos importante, o segundo inciso deste artigo determina que a LIBRAS seja disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional²⁰. A existência de uma lei que regulamenta tais questões do aprendizado pode ser surpresa para aqueles que a desconhecem. Porém, questiona-se se tal determinação está sendo cumprida pelas instituições e o porquê da determinação da obrigatoriedade da implementação do componente curricular LIBRAS não ter se estendido aos bacharéis em saúde.

Nos casos em que há o cumprimento desta determinação, alerta-se aos profissionais de saúde quanto à busca por esta disciplina visto que sua oferta é optativa. Logo, é possível que parte dos profissionais que não recebeu esse tipo de instrução na graduação não tenha buscado junto à coordenação do curso a disciplina específica sobre LIBRAS, em instituições que porventura a oferecem.

A educação de jovens futuros professores é de natureza imprescindível tão quanto a formação generalista de profissionais da saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais entende que a formação atende aos quesitos generalistas quando o profissional é capaz de intervir sobre os problemas de saúde-doença mais prevalente e identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Para isto, o jovem formando deve desenvolver competências e habilidades que atuem como instrumentos na prática do cuidar em saúde⁴³.

Um destes instrumentos é a comunicação, que envolve – além da comunicação verbal, habilidades de escrita e leitura e tecnologias de comunicação e informação – o reconhecimento e prática da modalidade não verbal. Este tipo de linguagem favorecerá a interação profissional-usuário e incrementará o uso de estratégias de comunicação adequadas para as ações de promoção da saúde, garantindo a abordagem integral⁴³. Por isso, um componente curricular que amplie o leque de recursos para o profissional consultar os mais diversos tipos de pessoas segundo suas particularidades (neste caso, o surdo) deveria ser estrategicamente adicionado ao currículo dos bacharéis em saúde como componente obrigatório.

Não se espera que o estudante conclua esta disciplina e se torne apto a falar por meio de LIBRAS, mas que reconheça os principais sinais essenciais para a comunicação que aborde os termos específicos em saúde.

Um dos depoimentos dos profissionais destacou-se pela convicção das ideias expressas: *Seria de grande importância o ensino da Língua Brasileira de Sinais desde o ensino infantil, afinal de contas, as escolas se preocupam com o ensino de língua estrangeira, e como segunda língua materna do Brasil (LIBRAS), deve ser vista com a mesma importância dada à língua portuguesa “Médica 16”.*

A profissional faz crítica ao descaso com o aprendizado da LIBRAS. Para ela, a LIBRAS deveria ser ensinada a partir da educação básica. Considerando a importância que reside no aprendizado do português falado e escrito (e sua norma culta) como língua oficial do Brasil, a LIBRAS como segunda língua também deveria ser ensinada desde a base, assim como a gramática portuguesa.

Retornado para as questões concernentes à saúde, em estudo que abordou a LIBRAS como desafio para a prática de enfermagem as autoras enfatizaram a necessidade da inserção de um componente curricular na graduação de profissionais da saúde para consultar o surdo³³. Outros autores compartilham da mesma opinião^{8,10-1,18}.

Em forma de educação continuada, a gestão dos serviços de saúde é agente ativo nesta instrução renovando o aprendizado de seus profissionais por meio do incentivo à participação e disponibilização de cursos de aperfeiçoamento. Entretanto, este incentivo não foi observado, segundo os relatos. Quase que a totalidade da amostra informou não ter recebido nenhuma capacitação, ou curso algum de aperfeiçoamento foi oferecido pela gestão da atenção básica.

A educação continuada não é negligenciada por decretos e atos que tratam da saúde das PcD. Nos Estados Unidos, o Americans with Disabilities Act, desde 2003, diz que hospitais devem desenvolver protocolos e fornecer treinamentos que assegurem nas consultas em saúde o uso de intérpretes e outros serviços de auxílio na comunicação para usuários surdos ou com perda auditiva grave²⁶. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece como diretriz a capacitação de recursos humanos, de forma que os profissionais estejam permanentemente atualizados, capacitados e qualificados⁵. Os estudos enaltecem estas responsabilidades, pois

“a capacitação dos profissionais da área da saúde para o atendimento de portadores de necessidades especiais é importante para a promoção de uma assistência humanizada e focalizada no contexto de uma sociedade mais inclusiva”³²: 84.

Importa saber que a Constituição Federativa do Brasil, em seu Artigo 196, garante acesso aos serviços de saúde a todo brasileiro ou estrangeiro e que a lei 8.080 incita o acesso universal a qualquer pessoa, independentemente de sua cultura^{12,40}. Portanto, a gestão dos serviços de saúde deve ser agente ativo na educação de profissionais visando ao aperfeiçoamento de técnicas voltadas para a melhoria dos cuidados em saúde para as pessoas surdas. Não obstante, o profissional compartilha de tal responsabilidade por meio do interesse no aprendizado destas atribuições.

O trabalho conjunto de academias, profissionais e gestores fomentará o conhecimento de novas abordagens para o atendimento integral do surdo o que garantirá o acesso destes usuários aos serviços de saúde sem que exista qualquer tipo de receio às suas limitações.

PRESENÇA DE ACOMPANHANTES OU INTÉRPRETES PARA MEDIAR A CONSULTA

Esta categoria abordou o núcleo temático: *presença de um acompanhante ou intérprete*. Apesar de ter sido recomendações dos profissionais, foi visto que a presença do intérprete possui limitações. Por vezes este ajudante torna-se uma barreira adicional na comunicação por infringir a privacidade do surdo e por não saber precisamente a nomenclatura de determinados termos médicos, podendo traduzir erroneamente a mensagem do usuário para o profissional e vice-versa.

A disponibilização de intérpretes capacitados nos serviços resulta em avanço para inclusão dos surdos na pauta de atendimento, pois esta disponibilidade pode atrair estes usuários aos consultórios. Os surdos entendedores de língua de sinais preferem a presença de intérpretes habilitados para consultas em saúde quando vão visitar seus médicos⁷. Nestes casos, a presença de intérprete é indispensável, independentemente de qualquer habilidade de comunicação oral que o surdo possa ter¹⁸.

Nos Estados Unidos os serviços de saúde são obrigados a contratar intérpretes caso o surdo decida por sua necessidade. O custo não é repassado ao usuário e é de responsabilidade da gestão do serviço (ou da direção da clínica) procurar agências de treinamento para contratar um profissional habilitado para a consulta em saúde³⁶.

Esta determinação pode levar a pensar, assim como outras, ser mais outra necessidade que é negligenciada em se tratando de auxílio a PcD. Entretanto, em matéria publicada em abril de 2010, Peter M. Sfikas alerta os profissionais de saúde – em especial da clínica odontológica – quanto à responsabilidade no cumprimento das determinações estabelecidas pelo Americans with Disabilities Act⁴¹.

Este autor citou um caso na clínica ginecológica em que um júri federal determinou que o médico pagasse US\$ 60.000 dólares em forma de indenização a uma cliente surda diante da reclamação de seu marido. Este alegou falha na prestação de cuidados à sua esposa

durante a gestação, pois a comunicação foi prejudicada devido o serviço não haver disponibilizado intérprete durante a consulta.

Sfikas relembra aos profissionais as determinações estabelecidas para a assistência adequada ao surdo. Referindo-se em específico aos dentistas, diz que, fundamentado na lei, estes profissionais devem fornecer comunicação efetiva, incluindo a disponibilização de ajuda de auxiliares e serviços sempre que necessário para realizar comunicação adequada, salvo em casos que todo o procedimento ocasione em gastos indevidos⁴¹.

No Brasil, intérpretes nos serviços de saúde são garantidos em lei. Segundo o Artigo 26 do Decreto nº 5.626,

“a partir de um ano da publicação deste decreto, o Poder Público, as empresas concessionárias de serviços públicos e os órgãos da administração pública federal, direta e indireta devem garantir às pessoas surdas o tratamento diferenciado, por meio do uso e difusão de Libras e da tradução e interpretação de Libras – Língua Portuguesa, realizados por servidores e empregados capacitados para essa função”²⁰: 9.

Percebe-se que esta determinação não está sendo cumprida e os profissionais da saúde continuam a buscar formas alternativas para estabelecer uma comunicação eficiente com o surdo. Ao passo que a comunicação continua estar prejudicada e que a lei não se faz cumprir, os surdos continuam a reivindicar a presença de intérpretes nos serviços assim como regulamenta o Decreto nº 5.626¹⁷.

Entretanto, destaca-se a importância primordial que está na preparação do profissional durante sua formação acadêmica e na educação continuada. Defende-se tal posicionamento ante a presença de um intérprete porque a comunicação direta com o profissional contribui para o aumento da satisfação do surdo, independência e, por fim, sua autonomia. Neste contexto, a comunicação direta oferece ao profissional a certeza no estabelecimento de diagnósticos e tratamentos, contribuindo também para o aumento da satisfação do cuidador e redução dos sentimentos de perturbação que o afligem, resultantes da imprecisão na consulta.

Ainda nesta questão, considera-se o Brasil um país vasto e possuidor de diversas barreiras (físicas, geográficas e culturais) que dificultam a acessibilidade aos serviços de saúde. A presença de intérpretes em serviços de saúde longínquos e em locais de difícil acesso – até mesmo para profissionais de saúde – pode ser comprometida. Porém, entende-se que há muito que percorrer até que os profissionais de saúde estejam habilitados a interagir por si com os surdos. Enquanto isso, a disponibilização de intérpretes nos serviços de saúde será imenso avanço para a consulta ao surdo.

Foi observada em algumas falas a existência explícita do paradigma biomédico na opinião dos entrevistados acerca de tratamentos para as PcD. As falas seguintes estão situadas nos resultados qualitativos referentes à segunda pergunta. Na fala da Médica 1 a profissional refere-se a “*usuário com tal patologia*”.

Na fala da Médica 23 a profissional foca uma abordagem completamente diferente daquilo que a maioria propôs, criticando a fragilidade do SUS com relação à disponibilização de próteses auditivas e exame de audiometria. Excetuando a importância da audiometria no diagnóstico e prevenção de problemas auditivos, os comentários mostram haver uma concepção que define a surdez como uma enfermidade e que esta deve ser curada.

A fala da Enfermeira 22 refere-se à linguagem de “*surdos/mudos*”. Convencionou-se que o surdo não consegue oralizar palavras e por isso também é mudo. Trata-se de uma inconveniente forma de pensar porque muitos surdos conseguem, mas optam por não oralizar, salvo os casos de surdez desde a infância, não aprendizado da língua oral ou outros que impeçam a fala (traumatismos, por exemplo). Mesmo considerando qualquer fator que iniba a fala, o surdo que se comunica por LIBRAS não pode ser considerado mudo, pois sua fala está nos gestos peculiares da língua de sinais.

Em verdade, o paradigma biomédico considera a surdez como uma doença, mas não uma limitação com cuja cultura surda aprendeu a conviver. Convencionou-se na medicina a crença de que a surdez precisa ser consertada¹⁰. Percebe-se visivelmente que a ideia está presente no meio científico, pois à medida que os estudos sobre a comunicação entre surdo e profissional ainda estão em fase incipiente, nos bancos de dados estão disponíveis vários trabalhos resultantes de pesquisas a respeito de tratamentos para implantes cocleares.

Até mesmo o modo de se referir ao surdo pode ser uma forma de discriminação. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, desde 2009, passou por renomeação. Anteriormente, denominava-se Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência⁴ por entender a deficiência como uma condição patológica. Atualmente, fala-se em pessoas “com deficiência” devido à compreensão de que a deficiência é um fator limitante, mas não uma condição patológica.

As pessoas que se denominam surdas não se consideram parte do grupo de deficientes auditivos. Apesar de seres parcialmente ou completamente surdos, não percebem a surdez como deficiência. Existe apenas um fator limitante na comunicação que seria minimizado caso os profissionais de saúde soubessem se comunicar através de linguagem não verbal ou mesmo por língua de sinais⁷.

O modo de ver a deficiência é consequência da informação que o profissional teve desta condição durante sua formação. Uma formação generalista (em teoria) deve atender às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, incitando a condição social, e não a condição patológica. A surdez pode ser mais um fenômeno social que uma patologia, sendo, portanto, necessário eliminar as barreiras de comunicação para promover a socialização da pessoa surda²⁷.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou limitações com relação à participação de profissionais da saúde. Como já informado na metodologia, 29 profissionais deixaram de participar da pesquisa.

A maioria das variáveis de estudo é categórica e suas distribuições não seguem padrões normais. Desta forma, a aplicação de testes não paramétricos foi a melhor opção para análise dos dados. Porém, em se tratando de um estudo pioneiro – que também almejou à identificação e caracterização da amostra – e devido às características desta amostra, todo e qualquer teste de associação (que atendesse aos objetivos da pesquisa) demonstrou que as prováveis relações existentes entre as variáveis categóricas ocorriam ao acaso ($p \geq 0,05$).

Por meio da análise qualitativa dos dados foi possível descrever as características da amostra. Situações em que a distribuição de profissionais de acordo com uma resposta inviabilizou a utilização de inferências estatísticas, qualitativamente este mesmo resultado proporcionou análises significativas (p.ex. quando perguntado se “*o serviço em que você trabalha oferece/já ofereceu curso de capacitação nesta área*”, em que apenas um respondente marcou a opção “sim”).

Pode-se observar que o número da coluna “total” da tabela 4 não equivale aos 165 profissionais da amostra. Isto ocorreu porque alguns profissionais não responderam à pergunta em questão. Apesar de os pesquisadores estarem presentes durante toda a fase da coleta – incluindo a de preenchimento do formulário – a elevada demanda dos atendimentos nas UBSFs, por vezes, prejudicou o contato com os profissionais.

Em algumas UBSFs os profissionais participaram coletivamente da pesquisa tendo em vista a dificuldade de conversar individualmente com cada participante. Por isso, houve dificuldades para conferir se todas as perguntas haviam sido respondidas. Os pesquisadores retornaram às unidades para que houvesse o preenchimento dos formulários incompletos, mas em alguns casos isto não foi possível.

Com relação à pergunta “*O que você sugere para minimizar as dificuldades de comunicação entre o profissional da saúde e a pessoa surda?*”, percebe-se que este questionamento direciona a pergunta para as dificuldades de comunicação, mas não para as dificuldades relatadas pelos profissionais. A pergunta seria mais abrangente se caso fosse questionado: “*O que você sugere para minimizar as dificuldades (relatadas) durante a*

consulta?”. Isto está colocado como sugestão no formulário do apêndice 2. Ainda sim, os profissionais entenderam que o sentido da pergunta estava relacionado às dificuldades na consulta, como mostram os resultados.

Por fim, verificou-se que a ordem das perguntas no formulário poderia influenciar o respondente nas respostas das perguntas abertas. Após ser questionado sobre formação, capacitação e comunicação com surdo, o profissional poderia sentir a necessidade de informar nos campos “*qual(s) dificuldade(s)?*” e “*o que você sugere para minimizar as dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa surda?*” informações relativas àquilo que ele já havia respondido anteriormente e entendido como déficit na formação. Estas limitações apenas puderam ser identificadas no decorrer das fases de coleta e processamento dos dados.

Considerando estas questões, está proposto no apêndice 2 um novo formulário com as perguntas reorganizadas e corrigidas, de maneira a favorecer o autopreenchimento e o perfeito entendimento das perguntas, com redução da ocorrência de possíveis influências nas respostas e, conseqüentemente, vieses de aferição.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo analisou as características dos profissionais da saúde atuantes na ESF de Campina Grande-PB e as suas percepções a respeito da qualidade do atendimento ao surdo. Verificou-se que a ESF é formada majoritariamente por profissionais de saúde do sexo feminino. Atuam adultos jovens com idades até quarenta anos. Durante a coleta de dados verificou-se que enfermeiros estão presentes em quase todas as UBSFs e há déficit considerável de médicos e cirurgiões dentistas, como evidenciado na tabela 1.

Verificou-se que os profissionais conheciam ou já ouviram falar em LIBRAS, mas não sabiam falar por língua de sinais. A gestão da atenção básica de Campina Grande-PB não incentivou os profissionais à realização de cursos de capacitação ou treinamento a fim de aperfeiçoar a qualidade na consulta ao surdo.

Apesar das dificuldades verificadas, os profissionais conseguiam desenvolver uma consulta ao surdo. Os participantes demonstraram nível de satisfação de regular a bom com a consulta, como evidenciado na tabela 9, fazendo entender que se houver incentivo e preparo na graduação para a atenção integral à saúde do surdo, o nível de satisfação poderá melhorar. Contudo, a satisfação de profissionais e surdos está além das questões relacionadas à consulta. A acessibilidade ao serviço de saúde foi vista como influente na qualidade dos serviços.

As principais estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais foram o auxílio de um familiar do surdo, mímicas e fala pausada (leitura labial). O familiar ajuda na consulta, mas não garante a autonomia e privacidade. Verificou-se que o uso de mímicas é de interpretação individual de acordo com a cultura de cada um, portanto implica em risco para o diagnóstico e intervenções em saúde. A leitura labial requer uma série de observações (visibilidade, luminosidade satisfatória, ausência de barreiras físicas entre profissional e usuário, atenção constante, paciência, uso de termos gerais e tempo disponível, entre outros) para estabelecer comunicação. Este leque de observações geralmente não é observado. Por isso, o sentido das frases geralmente não é compreendido.

As principais dificuldades existentes para realizar a consulta integral foram relacionadas à comunicação prejudicada. Verificou-se que o déficit na formação do profissional, a infraestrutura inadequada para receber o surdo e o desuso da linguagem não verbal resultaram em graves problemas de comunicação. Destes derivaram outros referentes à

perda da autonomia do usuário, a essencialidade da presença de acompanhante nas consultas e imprecisão nas anotações dos profissionais.

A consulta integral será realizada quando houver a interação, quando a mensagem for bem compreendida e dialogada entre o emissor e receptor. Inclusão social, a propedêutica e todo planejamento em saúde apenas acontecerão quando o elo surdo-profissional for bem estabelecido, quando houver compreensão mútua das informações necessárias a serem discutidas numa consulta em saúde.

As dificuldades existentes na consulta limitam a visão holística do profissional com relação às necessidades de saúde do surdo. Desta forma, não se entende que a consulta ao surdo seja integral assim como determina a Lei nº 8.080. Os problemas de acessibilidade, associados aos estigmas e preconceitos a respeito da surdez, afastam o usuário dos serviços da saúde. Portanto, não se acredita que a universalidade esteja abrangendo a comunidade surda.

A inserção de um componente na grade curricular dos cursos em saúde que aborde os aspectos da comunicação, a educação continuada através do incentivo na participação em cursos de capacitação e o ensino da linguagem não verbal foram as principais recomendações dos profissionais para o aperfeiçoamento das habilidades para o atendimento ao surdo.

Verificou-se relação entre existência de dificuldades para realizar a consulta e a falta de conhecimento do profissional, pois o despreparo para o atendimento integral compromete a interação com o usuário. Por conseguinte, não se estabelece o elo profissional-surdo que é indispensável para identificar os problemas de saúde que vão além da deficiência, tratar as necessidades verificadas e responder adequadamente às dúvidas do surdo. Outros fatores como infraestrutura e acessibilidade afetam em segundo plano à eficácia da consulta.

A pesquisa foi pioneira em Campina Grande-PB. Na literatura nacional, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS foram encontrados poucos estudos que abordam as dificuldades na consulta ao surdo segundo a percepção do profissional da saúde^{8,11,32,33}. Encontraram-se estudos que investigaram profissionais habilitados ou alguns integrantes de uma equipe para a consulta ao surdo^{14,32}. Neste estudo foi investigada a opinião de profissionais generalistas de diferentes áreas de atuação a respeito das questões peculiares na consulta, contemplando quase que 100% da ESF de Campina Grande-PB.

Este estudo servirá como instrumento de difusão do conhecimento sobre as peculiaridades na consulta ao surdo por meio da apresentação dos resultados em artigos científicos, congressos, encontros e palestras, possibilitando que as conclusões desta pesquisa estejam ao alcance de gestores, profissionais da saúde, professores e alunos, oferecendo

conteúdo científico para o debate e elaboração de estratégias que contribuam para reduzir os problemas discutidos.

A continuidade desta pesquisa em hospitais, clínicas e outros serviços poderá corroborar ou retificar os dados encontrados. Novas abordagens podem ser realizadas, pois ainda que o estudo tenha possibilitado melhor entendimento sobre a relação profissional-surdo, houve questões que não puderam ser respondidas, como a eficácia das estratégias de comunicação nos cuidados de saúde, ou o que interfere efetivamente no nível de satisfação dos usuários em relação aos cuidados em saúde.

O instrumento revisto e corrigido no apêndice 2 poderá ser utilizado como questionário e aplicado à diversas localidades, cidades e estados (via postagem manual ou e-mails), ampliando – com amostras representativas – a investigação e disseminando esta proposta de investigação. Considera-se a possibilidade de aperfeiçoar ainda mais o instrumento a ponto de validá-lo.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores populacionais. Rio de Janeiro: 2000. [acesso 18 jul. 2011]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
2. França ISX. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais. [Tese de Doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2004. 226 p.
3. França ISX, Pagliuca LMF. Utilitarianism, poverty and development of disabled people. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007 Set-Oct; 15(special number): 857-863. [acesso 23 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/21.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.060 de 05 de junho de 2002. Regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: 2002. [acesso 23 ago.2010]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1060_de_05_06_2002.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. [acesso 01 jun. 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Educação, 2007. [acesso 23 ago. 2010]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia.pdf
7. Meador HE, Zazove P. Health care interaction with deaf culture. J Am Board Fam Pract. 2005 May-Jun; 18(3): 218-222. [acesso 27 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.jabfm.org/cgi/reprint/18/3/218>
8. Pagliuca LMF, Fiúza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. Rev. Esc.Enferm. USP. 2007; 41(03): 411-8. [acesso 27 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/10.pdf>
9. Barroso MGT, Aguiar MIF, Oliveira KF. Educação na prevenção das DST com familiares de portadores de deficiência auditiva. DST – J Bras Doenças Sex Transm. 2001; 13(2): 18-22. [acesso 30 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista13-2->

[2001/Cap%20%20-%20Educacao%20na%20prevencao%20das%20DST%20com%20familiares.pdf](#)

10. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical Education. Acad Med. 2002 Jul; 77(7): 694-700. [acesso 30 ago. 2010]. Disponível em: http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2002/07000/Communication_with_Deaf_and_Hard_of_hearing.9.aspx

11. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Relação do paciente surdo com o médico. Rev Bras Otorrinolaringol. 2009; 75(1): 147-50. [acesso 05 set. 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v75n1/v75n1a23.pdf>

12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990. [acesso 05 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

13. Kell, MCG. Integralidade da atenção à Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. [200?]. [acesso 05 jul. 2011]. Disponível em: www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc

14. Grutters JPC, Van Der Horst F, Joore MA, Verschuure H, Dreschler WA, Anteunis LJC. Potential barriers and facilitators for implementation of an integrated care pathway for hearing-impaired persons: an exploratory survey among patients and professionals. BMC Health Serv Res. 2007 Abr; 7(57). [acesso 05 set. 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1865538/pdf/1472-6963-7-57.pdf>

15. Sousa RA, Pagliuca LMF. Educação em saúde como fator de participação da enfermeira na construção da cidadania do surdo: reflexão crítica. Esc. Anna Nery R Enferm. 2002 Dez; 6(3): 417-422. [acesso 05 set. 2010]. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2002_vol06/2002_vol06n03DEZEMBRO.PDF

16. Cianciarullo TI. Instrumentos Básicos para o Cuidar: um desafio para qualidade de assistência. São Paulo: Editora Atheneu. 2005.

17. Cardoso AHA, Rodrigues KG, Bachion MM. Perception of person with severe or profound deafness about the communication process during health care. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 Jul-Ago; 14(4): 553-60. [acesso 05 set. 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a13.pdf>

18. O'Hearn A. Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. *Family Medicine*. 2006; 38(10): 712-6. [acesso 05 set. 2010]. Disponível em: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2006/November/Amanda712.pdf>

19. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Brasília: 2002. [acesso 05 set. 2010]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2002/L10436.htm>

20. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia 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. 2005. [acesso 07 set. 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº325/GM de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: DOU nº36 de 22 de fevereiro de 2008. [acesso 07 set. 2010]. Disponível em: www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Energéticos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2º Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. [acesso 07 set. 2010]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AGENDA_PORTUGUES_MONTADO.pdf

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [acesso 07 set. 2010]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

24. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.

25. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 10.419 de 9 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, a partir do desmembramento da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, e dá outras providências. 2002. [acesso 25 abr. 2011]. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/ufs/arquivos/ufcg_lei_criacao.pdf

26. U.S. Department of Justice, Civil Rights Division. ADA Business Brief: Communicating with People who are Deaf or Hard of Hearing in Hospital Settings. Americans with Disabilities Act. 2003. [acesso 25 abr. 2010]. Disponível em:

<http://www.ada.gov/hospcombr.htm>

27. Alsmark SSB, García JN, Martínez MRM, López NEG. How to improve communication with deaf children in the dental clinic. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Dec 1; 12(8): E576-81. [acesso 25 abr. 2010]. Disponível em:

<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v12i8/medoralv12i8p576.pdf>

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso 01 jun. 2011]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf

29. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (Sup 1):S193-201. [acesso 25 mai. 2011]. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/23.pdf>

30. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 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. 1989. [acesso 01 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm

31. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 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. 1999. [acesso 01 jun. 2011]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

32. Britto FR, Samperiz MMF. Communication difficulties and strategies used by de nurses and their team in caring for the hearing impaired. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1): 80-5. [acesso 01 jun. 2011]. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1339-Einsteinv8n1_p80-85_port.pdf

33. Barbosa MA, Oliveira MA, Siqueira KM, Damas KCA, Prado MA. Língua Brasileira de Sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. R Enferm UERJ. 2003; 11: 247-51. [acesso 07 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a02.pdf>

34. Ianni A, Pereira PCA. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(Supl.2): 89-92. [acesso 06 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/15.pdf>
35. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility: experiences and perceptions of deaf people. *J Gen Inter Med*. 2006 Mar; 21(3): 260-6. [acesso 04 jun. 2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x/pdf>
36. Kutten J, Reedy S. Are you tuned in to your deaf patients? *Nurse Pract*. 2009 Aug; 34(8): 44-9. [acesso 13 jun 2011]. Disponível em: http://journals.lww.com/tnpj/Citation/2009/08000/Are_you_tuned_into_deaf_patients_.13.aspx
37. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14: 369-81. [acesso 20 jun 2011]. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/5/369.full.pdf>
38. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área da saúde como fator de inclusão social. *Rev. esc. enferm. USP*. 2005; 39(4): 417-22. [acesso 07 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/06.pdf>
39. Santos EM, Shiratori K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004; 6(1): 68-76. [acesso 06 jun. 2011]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f7_surdos.pdf
40. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2004. 428 p.
41. Sfikas PM. Serving the hearing-impaired: An update on the use of sign-language interpreters for dental patients and their families. *J Am Dent Assoc*. 2001 Apr; 132: 681-683. [acesso 01 jun. 2011]. Disponível em: <http://jada.ada.org/content/132/5/681.full.pdf+html>
42. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.
43. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da República Federativa da*

União. Brasília: 2001. Seção 1, p. 37. [acesso 29 jul 2011]. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Formulário de pesquisa

<p>Identificação</p> <p>Profissão: _____ Ano de formação: _____</p> <p>Instituição de Formação: _____</p> <p>Idade: _____ (anos) Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Tempo de experiência na profissão: _____ (anos)</p>
<p>Conhecimento sobre LIBRAS</p> <p>Você conhece/já ouviu falar em LIBRAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você sabia que a LIBRAS é regulamentada como língua oficial do surdo e segunda língua do Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você fala por meio da LIBRAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Capacitação em Comunicação com o Surdo</p> <p>Você recebeu instrução na graduação sobre estratégias para se comunicar com o surdo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você já fez algum curso de capacitação que abordasse os aspectos da comunicação com o usuário surdo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quanto tempo de curso? _____ (horas/aula)</p> <p>O Serviço em que você trabalha oferece/já ofereceu curso de capacitação nesta área? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Atenção à saúde do surdo</p> <p>Você já atendeu/atende algum usuário surdo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(se a resposta for “não”, não há necessidade de responder as questões abaixo)</i></p> <p>A consulta foi plenamente (totalmente) realizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você acha que o usuário compreendeu as condutas prescritas (medicação, exames, encaminhamentos, tratamento)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Você acha que as dúvidas do usuário foram respondidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quão satisfeito você ficou com a consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p>Quão satisfeito você acha que o usuário ficou com a consulta?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito <input type="checkbox"/> Insatisfeito <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito</p> <p>Houve/há dificuldade(s) para realizar a consulta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>(se a resposta for “não”, não há necessidade de responder a questão seguinte)</i></p> <p>Qual(s) dificuldade(s)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Você utilizou/utiliza alguma estratégia de comunicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>

(se a resposta for “não”, não há necessidade de responder a questão seguinte)

Qual estratégia(s) você utilizou/utiliza?

- Desenho
- Escrita
- Fala pausada (leitura labial)
- Mímica
- Auxílio de um intérprete
- Auxílio de algum familiar do usuário
- Imagens/figuras
- LIBRAS
- Outro: _____

Você já se aborreceu/perdeu a paciência durante o atendimento a um usuário surdo? Sim Não

Durante a consulta, algum usuário surdo já se aborreceu/perdeu a paciência? Sim Não

Você se sente preparado para consultar um usuário surdo? Sim Não

O que você sugere para minimizar as dificuldades de comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa surda? _____

APÊNDICE 2: Novo formulário de pesquisa proposto

O presente formulário objetiva averiguar o nível de conhecimento do profissional de saúde com relação ao atendimento ao paciente surdo e disposições gerais sobre a cultura surda. O preenchimento do formulário é individual e ocorre de acordo com a percepção do profissional de saúde.

Necessariamente as CATEGORIAS 1, 3 e 4 devem ser preenchidas. A CATEGORIA 2 só é preenchida de acordo com a resposta à sua primeira pergunta. O profissional responde as perguntas da CATEGORIA 2 caso a resposta à primeira pergunta seja “SIM”. Se a resposta à esta pergunta for “NÃO”, o profissional deixa as demais questões desta CATEGORIA em branco.

O profissional que atende/atendeu a mais de um usuário surdo deve-se lembrar de sua última consulta a um paciente surdo a fim de servir como parâmetro para as respostas.

CATEGORIA 1 - Identificação

Profissão: _____ Ano de formação: _____
 Instituição de Formação: _____
 Idade: _____ (anos) Sexo: M F
 Tempo de experiência na profissão: _____ (anos completos)

CATEGORIA 2 – Atenção à saúde do surdo

Você já atendeu/atende algum usuário surdo? Sim Não
(se a resposta for “não”, pule para a CATEGORIA 3)

Qual estratégia(s) de comunicação você utilizou/utiliza?

- Não utilizo/utilizei estratégia alguma
- Desenho
- Escrita
- Fala pausada (leitura labial)
- Mímica
- Auxílio de algum familiar do usuário
- Auxílio de um intérprete (pessoa que não faz parte do convívio diário do surdo)
- Imagens/figuras
- LIBRAS
- Outro: _____

Todas as etapas da consulta, desde anamnese à prescrição (ou à avaliação), foram realizadas?

Sim Não

Você acha que o usuário compreendeu as condutas prescritas (medicação, exames, encaminhamentos, tratamento)? Sim Não

Você acha que as dúvidas do usuário foram respondidas? Sim Não

Quão satisfeito você ficou com a consulta?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Nem satisfeito, nem insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

Quão satisfeito você acha que o usuário ficou com a consulta?

- Muito satisfeito
 Satisfeito
 Nem satisfeito, nem insatisfeito
 Insatisfeito
 Muito insatisfeito

Houve dificuldade(s) para realizar a consulta?

- Não
 Sim Qual(s) dificuldade(s)? _____

Você já se aborreceu/perdeu a paciência durante o atendimento a um usuário surdo? Sim Não

Durante a consulta, algum usuário surdo já se aborreceu/perdeu a paciência? Sim Não

Você se sente preparado para consultar um usuário surdo sem auxílio de intérpretes ou familiares?

- Sim Não

O que você sugere para minimizar as dificuldades (relatadas) durante a consulta? _____

CATEGORIA 3 – Conhecimento sobre LIBRAS

Você conhece/já ouviu falar em LIBRAS? Sim Não

Você sabia que a LIBRAS é regulamentada como língua oficial do surdo? Sim Não

Você sabia que a LIBRAS é regulamentada como segunda língua do Brasil? Sim Não

Você fala por meio da LIBRAS? Sim Não

CATEGORIA 4 – Capacitação em Comunicação com o Surdo

Você recebeu instrução na graduação sobre estratégias para se comunicar com o surdo?

- Sim Não

Você já fez algum curso de capacitação que abordasse os aspectos da comunicação com o usuário surdo? Sim Não

Quanto tempo de curso? _____ (horas/aula)

O Serviço em que você trabalha oferece/já ofereceu curso de capacitação nesta área? Sim Não

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa ATENÇÃO À SAÚDE DO SURDO NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho ATENÇÃO À SAÚDE DO SURDO NA PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE terá como objetivo geral IDENTIFICAR AS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE O ATENDIMENTO AO SURDO.

Ao voluntário só caberá a autorização para PREENCHER O FORMULÁRIO COM PERGUNTAS QUE DISPÕEM SOBRE AS DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO DURANTE O ATENDIMENTO À PESSOA SURDA, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9947-3009 com EURÍPEDES GIL DE FRANÇA.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

ANEXOS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0368.0.133.000-10

PARECER

X APROVADO
NÃO APROVADO
PENDENTE

**TÍTULO: ATENÇÃO À SAÚDE DO SURDO NA PERSPECTIVA DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: EURIPEDES GIL DE FRANÇA

DESCRIÇÃO: O projeto aborda temática relevante e, considerando a objetividade e clareza do pesquisador, bem como a observância aos aspectos éticos, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa.

Campina Grande, 05/10/2010

Relator: 03



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORIZAÇÃO

Campina Grande, 15 de Setembro de 2010.

Estamos autorizando a aluna **Eurípedes Gil de França** do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB que pretende desenvolver projeto de pesquisa intitulado: **“Atenção à Saúde do Surdo na Perspectiva do Profissional de Saúde”**, sob orientação da professora **Dr^a Inácia Sátiro Xavier de França**. Dada à relevância da proposta, respeitando a programação da Unidade e a disponibilidade da Equipe, aprovamos a execução da metodologia descrita para coleta de dados e a divulgação dos resultados obtidos, prevalecendo o compromisso ético.

Atenciosamente,

Juracema Gomes de Medeiros
Gerente de Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, Paraíba.