

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Assistência à saúde: perspectiva dos surdos

Yanik Carla Araújo de Oliveira

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 Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Campina Grande
2012

Assistência à saúde: perspectiva dos surdos

Yanik Carla Araújo de Oliveira

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 Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Campina Grande

2012

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

O48a Oliveira, Yanik Carla Araújo de.
Assistência à saúde [manuscrito] : perspectiva dos surdos / Yanik Carla Araújo de Oliveira. – 2012.
104 f.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-
Graduação e Pesquisa, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti
Costa, Departamento de Enfermagem”.

1. Assistência à saúde. 2. Surdez. 3. Saúde Pública. 4.
Informação de saúde ao consumidor. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

Yanik Carla Araújo de Oliveira

Título: Assistência à saúde: perspectiva dos surdos

Orientadora: Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

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 Concentração Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora


Profa. Dra: Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Dra: Inácia Sátiro Xavier de França

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profa. Dra: Lorita Marlena Freitag Pagliuca

Universidade Federal do Ceará (UFC)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Lúcia e Noberto, meu TUDO.

AGRADECIMENTOS

À Deus por toda sua benção na minha vida e por me dar tanto.

Aos meus pais, por seu amor e suporte incondicional.

À minha família, que sempre acreditou e torceu por mim.

À professora Gabriela, por seus ensinamentos e orientações, e por ser um exemplo.

Aos meus amigos que me deram muita força nos bons e maus momentos.

Aos colegas do mestrado, por excelentes momentos de aprendizado, desabafo e descontração que compartilhamos.

Ao mestrado e à UEPB, pela oportunidade de vivenciar uma experiência singular de aprendizado e crescimento.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa pelo financiamento que disponibilizou a realização desta pesquisa.

À FUNAD pela receptividade e oportunidade de realizar minha pesquisa.

À banca examinadora por sua disponibilidade contribuição para melhorar este trabalho.

Aos surdos, que me tanto inspiraram e, em especial, aos participantes que me ajudaram a tornar esta pesquisa uma realidade.

Meus mais sinceros agradecimentos.

"O universalismo que queremos hoje é aquele que tenha como ponto em comum a dignidade humana. A partir daí, surgem muitas diferenças que devem ser respeitadas. Temos direito de ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza."

(Boaventura de Souza Santos)

RESUMO

OLIVEIRA, Y.C.A. **Assistência à saúde: perspectiva dos surdos.** 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

Objetivo: Compreender a assistência à saúde, a partir de experiências de surdos em serviços públicos. **Caminho metodológico:** Estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa, realizado de janeiro de 2011 a agosto de 2012, em uma instituição pública de atendimento a pessoas com deficiência. Foram realizadas entrevistas individualmente com 11 surdos acima de 18 anos de idade; que se comunicavam em Libras, sendo filmadas em MP4, transcritas e traduzidas para o português. Abordaram-se dados socioeconômicos e questões sobre as experiências dos surdos nos serviços públicos de saúde. O número de participantes foi determinado pela saturação do conteúdo das falas. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Emergiram três artigos intitulados: Acessibilidade da população surda à rede pública de serviços de saúde; Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde a surdos; e Processo Saúde-Doença: conhecimento e fonte de informações de surdos. **Conclusões:** Os entrevistados apresentaram predominância do sexo masculino, com idade média de 30,6 anos e como característica de destaque da maioria com um nível educacional de pelo menos o ensino médio, entretanto, demonstraram não ter conhecimentos ou conceitos básicos de saúde e doença, avaliaram negativamente a assistência que recebem nos serviços públicos de saúde, pela dependência de acompanhantes ouvintes e indignação pela falta do intérprete de Libras, mesmo com ressalvas, e pelo despreparo e desconhecimento da cultura surda por parte dos profissionais nos atendimentos de saúde.

Palavras-Chave: Surdez; Assistência à saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Comunicação; Processo Saúde-Doença; Informação de Saúde ao Consumidor.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Y.C.A. **Health care: perspective of the deaf.** 2012. 104 f. Dissertation (Master of Public Health) - University of Paraiba, Campina Grande, 2012.

Objective: To understand health care, from the experiences of deaf people in public services.

Methodological path: A descriptive-analytical study, with a qualitative approach, conducted from January 2011 to August 2012, in a public service to people with disabilities. Interviews were conducted individually with 11 deaf people above 18 years of age, who communicated in Libras, being filmed in MP4 format, transcribed and translated into Portuguese. Socioeconomic data were collected as well as data regarding issues and the experiences of deaf people in public health services. The number of participants was determined by saturating the content of speech. Data were analyzed using content analysis of Bardin.

Results: three articles emerged as a result. They were entitled: Accessibility of the deaf population to public health services; Communication as an essential tool for health care to deaf people, and Health-disease process: knowledge and source of information of deaf people. **Conclusions:** Respondents showed a predominance of males with a mean age of 30.6 years and as the most prominent feature with an education level of, at least high school, however, they haven't demonstrated knowledge and basic concepts of health and disease. They evaluated negatively the assistance they receive in public health services, because of the dependence on listener companions and indignation by the lack of Libras interpreter, even with reservations, and the unpreparedness and lack of deaf culture by professionals in health care.

Keywords: Deafness; Delivery of Health Care; Health Services Accessibility; Communication; Health-Disease Process; Consumer Health Information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Página
ARTIGO 1		
Tabela 1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	35
ARTIGO 2		
Quadro 1	Apresentação das categorias e subcategorias organizadas a partir das falas dos entrevistados.....	57
ARTIGO 3		
Quadro 1	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	76
Quadro 2	Apresentação das categorias e subcategorias organizadas a partir das falas dos entrevistados.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FENEIS	Federação Nacional de Educação e Instrução dos Surdos
FUNAD	Fundação Centro de Atendimento a Pessoa Portadora de Deficiência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILS	Intérprete de língua de sinais
Libras	Língua Brasileira de Sinais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PcD	Pessoa com deficiência
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TILS	Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4 RESULTADOS.....	30
4.1 ARTIGO 1.....	31
4.2 ARTIGO 2.....	50
4.3 ARTIGO 3.....	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
6 REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES.....	98
ANEXOS.....	101

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as pessoas com deficiência (PcDs) foram excluídas e subjugadas como incapazes e inferiores, e, por isso, tiveram uma longa caminhada para superar suas limitações e alcançarem um espaço legítimo na sociedade. Diante desse quadro, o processo de inclusão social deste público traz um histórico que perpassa pela exclusão, segregação, até chegar à integração e finalmente à inclusão (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005). Vivenciando a inclusão social, as legislações brasileiras, a partir da Constituição de 1988, se destacam pelo reconhecimento dos direitos e necessidades das PcDs como cidadãos brasileiros. A partir de então, ficou estabelecido que é a sociedade que deve ser adaptar às necessidades das PcDs e garantir sua inclusão social, e não o oposto, como vinha acontecendo.

Como marco legal, a Lei n.º 7.853/89 dispôs sobre o apoio às PcDs e a sua integração social. E nela foi assegurado às PcDs o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 1989). Outras leis também seguiram esta tendência inclusiva, e, por isso, em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Portaria 1.060/2002), que tem como propósito:

Definir, no Setor Saúde, uma política voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social (BRASIL, 2002a, p. 1).

Apesar da importância de garantir a reabilitação às PcDs, há especificidades inerentes ao tipo de deficiência que necessitam de uma abordagem mais adequada às suas características e peculiaridades. Este é o caso da deficiência auditiva/surdez, que Pagliuca, Fiúza e Rebouças (2007) relatam ser o tipo de deficiência de mais difícil convívio com o restante da sociedade, porquanto a audição é o sentido essencial para a aquisição e uso da linguagem. Em face da invisibilidade da sua limitação, o problema de comunicação do indivíduo surdo não é orgânico, e, sim, social e cultural. Nessa perspectiva, os surdos acabam por serem estrangeiros em seu próprio país e formam uma comunidade paralela à dos ouvintes.

Assim, para que as PcDs frequentem os serviços de que necessitam para seu melhor tratamento e desenvolvimento, a sociedade precisa se reorganizar de forma a garantir o acesso imediato da pessoa, através da provisão das adaptações que se mostrem necessárias (ARANHA, 2001). Admitindo-se a especificidade da comunicação dos surdos, foi sancionada a Lei de Língua Brasileira de Sinais (Libras) – Lei nº 10.436/2002 – que reconheceu como meio legal de comunicação e expressão a Libras e outros recursos de expressão a ela associados. Além de garantir o apoio ao uso e difusão da Libras como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil, bem como o atendimento e tratamento adequados às PcDs auditivas (BRASIL, 2002b). Em 2005, foi publicado o Decreto nº 5.626, que regulamentou a Lei 10.436 de 2002, esclarecendo as responsabilidades dos setores da Educação e Saúde quanto à garantia desses direitos. Para a Saúde, o art. 25º relatou que o Sistema Único de Saúde (SUS) e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (BRASIL, 2005).

A escolha do tema baseou-se na observação de que a inclusão das PcDs está em um processo de construção e, nesse sentido, a saúde mostra-se como importante fator de inclusão social. Os resultados preliminares publicados sobre o Censo do IBGE de 2010 demonstraram um crescimento no número de PcDs, em especial, os paraibanos, sempre acima da média nacional, de 18,7% em 2000 para 27,76% em 2010. Destarte, o Estado da Paraíba deixou de ocupar o primeiro lugar no *ranking* nacional entre os estados com a maior porcentagem de PcDs em sua população e passou a ocupar o segundo lugar. Destaca-se ainda que, do total de PcDs, 22% têm algum tipo de deficiência auditiva, e, entre estes, os surdos (IBGE, 2011).

Na tentativa de resolver essa situação, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em 2008, apresentou como algumas das prioridades: Desenvolvimento de tecnologias da comunicação em Libras, Técnicas de sensibilização e qualificação de recursos humanos para assistência às pessoas com necessidades especiais e, acessibilidade aos serviços de saúde (BRASIL, 2008a). Além disso, em 2009, o Governo do Estado da Paraíba em parceria com diversas instituições, no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS, lançou um edital com incentivo às prioridades em pesquisa no estado. Um dos temas foi a ‘Redução das desigualdades em saúde e Ampliação do acesso com qualidade e humanização da atenção’ (PARAÍBA, 2009).

Minha experiência no trabalho com os surdos iniciou-se ainda na adolescência, quando fiz um curso de Língua de Sinais e comecei a participar ativamente da comunidade surda, me qualifiquei como intérprete de Libras, e, a partir disso, consegui meu primeiro emprego, como intérprete numa escola pública de João Pessoa. Desde que me formei em fisioterapia, meu enfoque profissional foi na área de gestão de serviços públicos de saúde na Atenção Básica, e, mesmo em um serviço gerencial, pela falta de habilidade dos profissionais na assistência, tive que atuar diversas vezes como intérprete de usuários surdos que buscavam serviços de saúde.

Anos depois, no mestrado, surgiu a oportunidade de pesquisar sobre esse público, com o enfoque para uma área ainda pouco abordada, a assistência a saúde para os surdos. Durante a minha pesquisa sobre a comunidade surda na Paraíba fui visitar a FUNAD, fundação referência na Paraíba e no Brasil no atendimento a pessoas com deficiência, de todos os graus e tipos. Devido à minha experiência profissional e conhecimento da língua de sinais, fui contratada para trabalhar nessa fundação. Lá tive a chance de vivenciar uma outra realidade da comunidade surda, o diagnóstico de surdez, a habilitação em língua de sinais, os serviços de interpretação para o público surdo, o bilinguismo nas escolas públicas, o encaminhamento ao mercado de trabalho, além do fortalecimento e disseminação da Libras para o interior da Paraíba.

Nosso estudo partiu da seguinte indagação: como é vivenciada a assistência à saúde pelos surdos? E teve por objetivos de compreender a assistência à saúde, a partir de experiências de surdos em serviços públicos; caracterizar os sujeitos de pesquisa, descrever o acesso da população surda à rede pública de serviços e informações de saúde; revelar como os surdos percebem a comunicação com os profissionais de saúde durante atendimento na rede pública de serviços de saúde; e compreender o significado da presença do intérprete como mediador, entre usuários e profissionais, durante o atendimento na rede pública de serviços de saúde, para os surdos.

Esta dissertação foi construída na modalidade de artigos científicos e consta de três artigos, sendo o primeiro um artigo que trata da acessibilidade dos surdos aos serviços de saúde; o segundo artigo discute sobre a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários surdos, e o terceiro tem por conteúdo o conhecimento dos surdos sobre o processo saúde-doença e suas fontes de informação. Esta pesquisa direciona o foco para as pessoas surdas que utilizam a língua de sinais e suas experiências e perspectivas na assistência pública à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, até meados do século passado, não existia um modelo de atenção à saúde que contemplasse todos os cidadãos. Estiveram historicamente à margem de uma assistência efetiva as minorias e os pobres, que viam nas instituições filantrópicas a possibilidade de resolver seus problemas de saúde.

Em meados de 1800, as PcDs eram retiradas de suas comunidades de origem e mantidas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, frequentemente situadas em localidades distantes de suas famílias (ARANHA, 2001). Só no século XX, após um longo período de institucionalização, surgiu na década de 60, gradativamente, um novo paradigma de relação entre a sociedade e a parcela da população representada pelas PcDs, propondo o conceito da integração, fundamentado na ideologia da normalização, a qual advogava o “direito” e a necessidade das PcDs serem “trabalhadas” para se encaminharem o mais proximamente possível para os níveis da normalidade, representada pela normalidade estatística e funcional (ARANHA, 2001). Rapidamente sofreu críticas por “não raras vezes praticar-se a normificação em vez da normalização, isto é, as PcDs foram encorajados a passar por normais, administrando informações a seu respeito, no sentido de não tornar conhecida a sua condição de excepcionalidade” (OMOTE, 1999, p.4).

Na transição do século XIX para o XX, deu-se o nascimento da saúde pública no Brasil, configurando um processo de organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então, que ficou conhecido como sanitarismo campanhista, e, no decorrer do século XX, o sistema de saúde brasileiro transitou para o modelo médico assistencial privatista (MENDES, 1996; ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000). Este último modelo beneficiou o setor médico privado ao direcionar sua atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados (POLIGNANO, s.d.).

O modelo assistencial privatista sofreu duras críticas e, a partir da década de 80, no processo de redemocratização política do país, desencadearam-se fortes movimentos sociais pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2002a), que culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986. O evento apontou para a necessidade de garantir os princípios da universalização do acesso e da integralidade da atenção à saúde. Como consequência, os

princípios outrora definidos, bem como a determinação do Estado como responsável pela provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, foram incorporados ao texto da Constituição de 1988 (BRASIL, 2002a). Vê-se, pois, formalizado o novo modelo denominado Sistema Único de Saúde. Nos 20 anos decorridos, contextos econômicos e sociais bastante diversos se sucederam e, se muitos avanços podem ser contabilizados, muitos desafios ainda precisam ser enfrentados para que se atinjam os objetivos (OPAS, 2008).

Foi marcante, durante todo esse processo, a luta pelo respeito aos direitos humanos. Nesse contexto, a situação vivenciada pelas PcDs emergiu como um movimento que passou a problematizar suas questões para inseri-las na arena política nacional. Entendendo que as PcDs constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental (BERNARDES et al., 2009).

Até 2000, a falta de informações oficiais sobre a dimensão da população com deficiência expressava o descaso e marginalização desse grupo perante a sociedade, e, por isso, no Brasil, os estudos e pesquisas voltados para essa população tomavam como referência a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para a população brasileira, a estimativa era de 1,5% da população com deficiência auditiva (BRASIL, 2009). Desse modo, o IBGE, em 2000, realizou um censo no Brasil, adicionando dados específicos sobre a população com deficiência, identificando 24,5 milhões de pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência, e destes 16,7% eram de PcDs auditivas (IBGE, 2000). Os critérios de deficiência utilizados pelo Censo 2000 foram marcadamente biomédicos, tais como a gradação de dificuldades para enxergar, ouvir ou se locomover. Isso se deve não apenas ao modelo biomédico vigente na elaboração e gestão das políticas públicas para essa população no Brasil, mas principalmente à dificuldade de mensuração do que vem a ser restrição de participação pela interação do corpo com o ambiente social (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Com a ratificação pelo Brasil da Convenção sobre os Direitos das PcDs, um novo conceito de deficiência passou a nortear as ações do Estado para a garantia de justiça a essa população. Desde então, as deficiências foram identificadas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir do Código Internacional de Funcionalidade (CIF), ou seja, as repercussões na funcionalidade e não os graus de deficiência (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Hoje, segundo os resultados preliminares do último censo realizado pelo IBGE em 2010, as pessoas com algum tipo de deficiência já são mais de 45, 5 milhões de brasileiros e,

destes, 21,3% são PcDs auditivas. Esses dados mostram um crescimento significativo, nesta última década, de cerca de 11 milhões de PcDs na população brasileira.

Compreender o processo de inclusão social exige conhecimento da história sobre como foram tratadas as PcDs (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005). Historicamente, as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social e as ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas por motivação religiosa ou caritativa. A evolução conceitual induzida pelas transformações socio-históricas e culturais impôs ajustes contínuos à compreensão sobre deficiência. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades (BERNARDES et al., 2009).

No momento, estamos vivenciando a proposta da inclusão. Veríssimo (2001) discute que, na integração, ocorre a inserção da PcD preparada para conviver na sociedade, enquanto que na inclusão há modificações da sociedade para as pessoas desenvolverem e exercerem a sua cidadania.

Nesse sentido, Aranha (2001, p. 20) argumenta que

a inclusão social, portanto, não é processo que diga respeito somente à pessoa com deficiência, mas sim a todos os cidadãos. Não haverá inclusão da pessoa com deficiência enquanto a sociedade não for inclusiva, ou seja, realmente democrática, onde todos possam igualmente se manifestar nas diferentes instâncias de debate e de tomada de decisões da sociedade, tendo disponível o suporte que for necessário para viabilizar essa participação.

Identifica-se uma mudança paradigmática em que a visão preconceituosa e excludente em relação às PcDs cede à percepção das competências e da participação social dessas pessoas (BERNARDES et al., 2009). Elas percorreram um longo percurso em direção à conquista do direito à vida digna e integral, abandonando os porões, asilos e grandes instituições residenciais. As crianças e jovens com deficiência conquistaram direito à educação escolar, frequentando a mesma escola ou até a mesma classe junto com os demais alunos. As PcDs adultas conquistaram direito ao trabalho, assistido ou não. Ainda assim, o tratamento dispensado às PcDs vem sendo alvo de sérias críticas por permitir a segregação delas pela própria forma de atendimento praticada (OMOTE, 1999).

Segundo Aranha (2001), a ideia da inclusão prevê intervenções decisivas e incisivas, em ambos os lados da equação: no processo de desenvolvimento do sujeito e no processo de reajuste da realidade social. Para Correr (2003) a comunidade deve aprender que, quando um de seus membros nasce com deficiências, todos os demais membros devem assumir junto o

compromisso de construir um ambiente inclusivo. As PcDs evidenciam o fato de que todos nós somos diferentes, e que essa diferença, antes de ser algo negativo, pode nos levar a termos atitudes mais tolerantes com tais limitações e dificuldades.

A surdez é condição incapacitante séria, que pode levar a uma sobrecarga tanto social como econômica para os indivíduos, famílias e sociedade, e esse fato ocorre mais frequentemente nas classes mais carentes, porque não têm condições de arcar com os cuidados preventivos de rotina, necessários para evitar a perda da audição, e com muito menos condições para amenizar a deficiência auditiva (OMS, 2010). Há de se considerar, todavia, que a dificuldade de comunicação dos indivíduos surdos revela-se muito mais como problema social e cultural, do que orgânico (CHAVEIRO; BARBOSA; PORTO, 2008).

Ao longo do tempo e por meio de várias discussões, o *status* da surdez sofreu mudanças, de patologia para fenômeno social, acompanhado também de uma mudança de nomenclatura, e do conceito de **PcD auditiva** para **surdo**, (ou Surdo), com ênfase na ‘diferença’ e não mais na ‘deficiência’ (SANTANA; BERGAMO, 2005; BITTENCOURT; MONTAGNOLI, 2007).

A literatura aponta dois grandes modelos de abordagem relacionados aos estudos sobre surdez: a perspectiva clínico-terapêutica (para a qual a noção de deficiência é central), constituída no século XIX; e a concepção socioantropológica de surdez (baseada na noção de diferença), que começou a se constituir no século XIX e cresceu no século XX (BISOL; SPERB, 2010; COSTA et al., 2009). Segundo Bisol e Sperb (2010), o modelo clínico-terapêutico de surdez pressupõe surdez como deficiência, portanto, o direcionamento dado por profissionais da saúde e da educação se centra na reabilitação. Busca-se a cura do problema auditivo (implantes cocleares, próteses) e a correção dos defeitos da fala por meio da aprendizagem da língua oral. O esforço dirige-se para a normalização do indivíduo e sua adaptação à sociedade a partir de critérios geralmente fixos do que seja normalidade, e a aprendizagem da língua oral é o principal objetivo das intervenções educacionais e terapêuticas (BISOL; SIMIONI; SPERB, 2008).

Na década de 70, ganhou força um novo modelo cultural de surdez, também conhecido em nosso meio como modelo socioantropológico. Foi construída uma área de estudos chamada Estudos Surdos, que se dedica a pensar os conceitos de identidade, cultura, poder e linguagem. O modelo socioantropológico propõe que a surdez seja vista como uma diferença cultural que seria basicamente análoga à de outras minorias étnicas e linguísticas. Nessa

perspectiva, surdos não são considerados como PcDs, mas pertencentes a uma minoria linguística. Na educação dos surdos, a consequência da perspectiva socioantropológica é a defesa do bilinguismo em contraposição ao oralismo, a partir da década de 90, junto a uma luta da comunidade surda pela valorização de seus direitos, cultura e comunidade (BISOL; SIMIONI; SPERB, 2008; BISOL; SPERB, 2010).

Como o conceito de pessoa surda é muito recente e pouco difundido pela sociedade ouvinte, ainda há mesclas de tratamentos, ora como PcDs ora como grupo minoritário com língua própria. Esta visão fragmentada é percebida nos textos legislativos brasileiros, nos quais os surdos são incorporados às políticas para PcDs dentro do grupo de PcD auditiva, mas também são reconhecidos como grupo linguístico minoritário, pertencentes à comunidade surda.

Desse modo, o Decreto nº 5.626, de 2005, considera a **deficiência auditiva** como “a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz”, e a **pessoa surda** como “aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais” (BRASIL, 2005, p.01).

Bittencourt e Montagnoli (2007, p. 243) se referem à pessoa surda como

aquela que vivencia um déficit de audição que a impede de adquirir de maneira natural, a língua oral/auditiva usada na comunidade majoritária, e que constrói sua identidade calcada nesta diferença, utilizando-se de estratégias cognitivas e de manifestações comportamentais e culturais diferentes da maioria das pessoas que ouvem.

Seguindo a perspectiva socioantropológica, Cromack (2004) considera que a surdez não consiste somente em uma deficiência sensorial. Depende menos da condição orgânica em si e mais dos modos pelos quais as relações sociais são construídas ou significadas, frente a características que configuram sua diferença. Pessoas surdas são aquelas que, além de utilizarem a língua de sinais como língua-mãe, pertencem a uma comunidade com características e identidades próprias de sua cultura. Assim, as consequências sociais da condição da surdez podem fazer com que o sujeito não consiga se comunicar com a sociedade de um modo geral, o que causa isolamento e discriminação dessas pessoas (CROMACK, 2004; MARIN; GÓES, 2006). Destacamos que este é o modelo seguido por este estudo.

A partir da inquietação com a diversidade dos modos de comportamento existentes entre diferentes povos, a antropologia se ocupou em estudar todas as culturas da humanidade como um todo em suas diversidades históricas e geográficas. Numa vertente da antropologia simbólica, surge a antropologia interpretativa ou hermenêutica, servindo de base para alguns estudos na área da saúde, que têm como objetivo a compreensão dos significados expressos pelo homem imerso em sua realidade (VAGHETTI; PADILHA; MAIA, 2006).

Para Langdon e Wiik (2010), o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. Conseqüentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociada da visão de mundo e da experiência geral que ele tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados. Somente a partir da compreensão dessa totalidade é que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade.

Tem-se como conceito de identidade cultural um conjunto de características que definem um grupo e que incidem na construção do sujeito, sejam elas as que identificam ou as que excluem. Muitas vezes, o sujeito surdo transita entre duas culturas, a surda e a ouvinte; no entanto, sua identidade se constitui com a consciência de ser definitivamente diferente (CROMACK, 2004). Bisol e Sperb (2010) enfatizam que ser Surdo (com "S" maiúsculo) é reconhecer-se por meio de uma identidade compartilhada por pessoas que utilizam língua de sinais e não veem a si mesmas como sendo marcadas por uma perda, mas como "membros de uma minoria linguística e cultural com normas, atitudes e valores distintos e uma constituição física distinta" (LANE, 2008. p. 284 in BISOL; SPERB, 2010).

Campos (2008), em sua dissertação, destaca a cultura surda como uma das características do ser Surdo, o caminho no qual o surdo constrói sua subjetividade, de forma a assegurar sua sobrevivência e ter seu *status quo* diante das múltiplas identidades. Tenta representar, na teoria cultural contemporânea, o povo surdo em diferentes trajetórias na história cultural, comunidades, língua de sinais, arte surda, identidade e subjetividade surda, política surda, presença de intérprete de língua de sinais, pedagogia surda, escola de surdos, experiências visuais, enfim, a diferença como sujeito cultural.

Segundo Klein e Lunardi (2006), o ressurgimento da Consciência dos Surdos, Orgulho dos Surdos e Culturas Surdas foram alcançados ao se valorizar a diferença,

reformulando o significado da surdez em termos positivos, com declarações políticas para auto e coletiva determinação. Desse modo, a questão da língua de sinais está intimamente relacionada à cultura surda. Esta, por sua vez, remete à identidade do sujeito que (con)vive, quase sempre, com as duas comunidades, surda e ouvinte (GESUELI, 2006). Estruturalmente, os surdos fazem parte da experiência visual enquanto que os ouvintes fazem parte da experiência auditiva e oral; do ponto de vista simbólico, e, por isso, os surdos se unem politicamente para manter a língua de sinais que celebra a diferença linguística e cultural (CAMPOS, 2008).

Reconhecendo esta especificidade comunicativa da comunidade surda brasileira, a Lei 10.436 de 2002 (Lei da Libras), regulamenta o uso da língua de sinais em instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde, a fim de garantir atendimento e tratamento adequado aos surdos. E entende a Língua Brasileira de Sinais – Libras como:

a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil (BRASIL, 2002 b, p. 01).

Conferir à Libras o estatuto de língua não tem apenas repercussões linguísticas e cognitivas, tem repercussões também sociais (SANTANA; BERGAMO, 2005). A aquisição da língua de sinais é de extrema importância para o desenvolvimento de uma identidade pessoal para o surdo. Como ser social, existe a necessidade identificar-se com uma comunidade social específica e, com ela, interagir de modo pleno, ou seja, precisamos de uma identidade cultural, e, para isso, não basta uma língua e uma forma de alfabetização, mas, sim, um conjunto de crenças, conhecimentos comuns a todos (CROMACK, 2004).

A língua brasileira de sinais se torna uma ferramenta de empoderamento que permite ao surdo maior mobilidade e fluidez nas formações discursivas, como também fornece subsídios que o ajudam na constituição de suas identidades frente às imposições, culturais ou não, de outrem. É correto considerar que a língua de sinais é uma ferramenta decisiva na compreensão do discurso pelos profissionais da área de saúde, pois propicia um melhor entendimento da constituição da identidade dos surdos, dos sinais e sintomas por eles apresentados, pontos fundamentais para uma melhor qualidade dos serviços prestados (CHAVEIRO; BARBOSA, 2004).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2009), a inclusão social constitui-se como um processo bilateral no qual as pessoas marginalizadas e a sociedade buscam, em parceria, equiparar oportunidades para todos, a partir de suas necessidades. A partir desse entendimento, a inclusão social das PcDs significa “possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade” (BRASIL, 2009, p.9).

A promulgação da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabeleceu normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das PcDs ou com mobilidade reduzida. E nesse contexto também contempla a necessidade comunicativa da população surda, em seu Artigo 18, no qual afirma que

o Poder Público programará a formação de profissionais intérpretes de escrita em braile, linguagem de sinais e de guias-intérpretes, para facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa portadora de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação (BRASIL, 2000, p. 4).

Nesse sentido, Chaveiro e colaboradores (2010) destacam que viabilizar a acessibilidade é uma questão fundamental para os profissionais da saúde, como forma de inclusão das PcDs, de modo a garantir uma ação terapêutica de qualidade, tanto quanto como aquela realizada para as demais pessoas.

O Ministério da Saúde, em 2003, instituiu a Política Nacional de Humanização com o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuário, com a expectativa de mudar substancialmente o padrão de assistência. Na perspectiva da humanização da assistência em saúde e da inclusão social de PcDs, busca-se a construção de uma prática em saúde que transforme a assistência à pessoa surda, por meio da reorganização da assistência à saúde, segundo princípios que têm como alicerce o intercâmbio das diferenças individuais e o convívio com a pluralidade humana (CHAVEIRO et al., 2010). A integralidade, uma das diretrizes do SUS, tem seu alicerce na qualidade do atendimento prestado ao usuário, envolvendo questões como: cuidados, acolhimento, visão ampliada, levando-se em conta a contextualização, com um sistema de saúde centrado no usuário, e busca uma visão direcionada à ideia da totalidade do sujeito (FONTOURA; MAYER, 2006). Mas, especificamente em relação aos surdos, a humanização está intimamente ligada à efetiva comunicação, pois eles têm de ser, antes de tudo, entendidos pelos profissionais, para, então, serem atendidos em suas necessidades (BARBOSA et al., 2003).

Na intervenção com pacientes surdos devemos considerar aspectos que incluem o grau de perda auditiva, a época em que ocorreu o déficit auditivo, as preferências linguísticas, assim como questões psicológicas e socioculturais (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006). Podemos constatar a heterogeneidade na população de surdos, considerando os vários graus de perda auditiva, os meios para se comunicarem e a cultura a que pertencem. Portanto, por ocasião do atendimento ao paciente surdo, esses aspectos devem ser considerados, uma vez que podem influenciar o vínculo (MEADOR; ZAZOVE, 2005).

Os pacientes surdos, em função de suas necessidades comunicativas, podem ser categorizados, como propõe Barnett (2002), da seguinte forma:

- 1) Pessoas com dificuldade de audição e que linguisticamente ainda se beneficiam do código verbal.
- 2) Pessoas surdas que se comunicam oralmente, que, por sua vez, podem ser divididas em dois grupos:
 - * adultos que perderam a audição;
 - * crianças surdas que foram educadas numa linha oralista.
- c) Pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais, que perderam a audição antes dos 3 anos de idade, ou seja, no período de aquisição da linguagem verbal, e tiveram como meio de comunicação a língua de sinais.

Chaveiro e colaboradores (2010) reforçam que, na área de saúde, habilidades de comunicação interpessoal são imprescindíveis na assistência a qualquer paciente, e as ações dos profissionais da saúde são pautadas pela comunicação, como ferramentas-base de trabalho, independente da sua formação acadêmica. Corroborando com essa afirmação, Britto e Samperiz (2010) enfatizam que é por meio da comunicação que os profissionais podem compreender o paciente como ser holístico e perceber sua visão de mundo, e, daí, entender suas necessidades e, assim, prestar assistência adequada, minimizando seu desconforto. Portanto, compreender o relacionamento entre o profissional da saúde e a pessoa surda é condição necessária para qualificar os serviços prestados à população surda (CHAVEIRO et al., 2010).

Para Steinberg, Barnett, Meador, Wiggins e Zazove (2006), pacientes surdos utilizam o sistema de saúde de modo diferente dos pacientes ouvintes e relatam dificuldades representadas pela dificuldade de comunicação, medo, desconfiança e frustração. A

consequência é buscarem assistência médica com menos frequência (SOUZA; PORROZZI 2009).

Compreendemos que a comunicação é uma ferramenta imprescindível na assistência à saúde. Por conseguinte, é essencial na relação entre paciente e profissional. Portanto, assim como sugere Chaveiro, Barbosa e Porto (2008), as barreiras de comunicação podem comprometer a interação por ocasião do encontro entre paciente surdo e profissional, repercutindo negativamente na qualidade da assistência à saúde prestada à população surda pela não compreensão das partes envolvidas (MEADOR; ZAZOVE, 2005).

Para o profissional de saúde uma efetiva comunicação com seus clientes propicia um atendimento de qualidade, portanto uma formação que vise compreender o sujeito surdo, não apenas sua patologia, favorece uma assistência humanizada (BARBOSA et al., 2003). Em geral, os médicos não têm suficientemente habilidades e competências para cuidar do paciente surdo, pois na formação acadêmica o currículo não contempla as habilidades necessárias para atender essa população (BARNETT, 2002). Sem dúvida, uma efetiva comunicação com pacientes surdos é primordial na área de saúde, isto porque uma comunicação inadequada pode levar a erros no diagnóstico das doenças e no tratamento.

Mesmo que não se conheça a língua de sinais é fundamental interpretar seus aspectos suprassegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais (CHAVEIRO, BARBOSA, 2004). Portanto, a Libras não é uma questão de escolha, é uma realidade na comunidade surda. Estudos realizados nos Estados Unidos revelaram que os pacientes surdos preferem ser atendidos por médicos que sabem a língua de sinais ou médicos que também são surdos (STEINBERG et al., 2006). As línguas de sinais são de modalidades visuoespaciais, pois o indivíduo surdo recebe a informação através dos olhos (observando gestos, expressão corporal do indivíduo transmissor da mensagem) e transmite as informações através das mãos (CHAVEIRO; BARBOSA, 2004).

Todavia somente com a publicação do Decreto 5.626/2005 foi regulamentada a Lei nº 10.436/2002, e o art. 18 da Lei nº 10.098/2000. Nesse decreto o artigo 25 enuncia:

A partir de um ano da publicação deste decreto, o Sistema único de Saúde e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir a atenção integral à saúde nos diversos níveis de complexidade e especialidades, efetivando:

I - ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva;

IX- atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e

X- apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005, p. 6).

Nessa linha de ação o Ministério da Saúde elaborou, em 2008, o manual intitulado *A pessoa com deficiência e o Sistema único de Saúde*, destinado aos profissionais das equipes de saúde, objetivando favorecer a reabilitação da PcD na sua capacidade funcional e de desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Uma das diretrizes dessa política visa à ampliação e ao fortalecimento do acesso à informação e aos bens e serviços disponibilizados para o usuário com deficiência no SUS, permitindo um ganho de autonomia e mobilidade a uma gama de pessoas, para que usufruam desses espaços com maior segurança, confiança e comodidade (BRASIL, 2008b).

Entre as informações contidas nesse manual destaca-se aquela que explicita que

A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além da assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (BRASIL, 2008b, p. 7).

Contudo, os surdos, quando buscam atendimento de saúde, se deparam com situações que interferem negativamente na qualidade do processo de comunicação, nas quais os profissionais não conhecem a língua de sinais e não há intérpretes disponíveis nos serviços de saúde (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006; SANTOS; SHIRATORI, 2004).

A população surda, como outra qualquer, necessita de atendimento em saúde, não necessariamente ligado à surdez propriamente dita (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006). Todavia, seu acesso ao sistema de saúde é diferente das pessoas ouvintes, visto que se comunica por meio de uma língua espaço-visual e apresenta características culturais próprias. Nesse sentido, seus direitos são comprometidos quanto às informações do diagnóstico de sua enfermidade ou do tratamento, pela dificuldade de comunicação (CHAVEIRO et al., 2010).

O encontro entre profissionais de saúde e pacientes surdos costuma ser marcado por dificuldade na comunicação (COSTA et al, 2009). Partindo dessa compreensão, tornam-se imperativos estudos acerca da relação entre profissionais de saúde e surdos, no momento do

atendimento. Através de buscas na literatura brasileira, observou-se que os estudos sobre essa temática foram publicados em sua maioria na última década, confirmando a brevidade do despertar dos pesquisadores sobre a assistência a saúde para a população surda.

Experiências relatadas pelos pacientes que buscam assistência em saúde mostram que, uma vez desacompanhados de intérpretes, médicos que não sabem a Língua de Sinais se esforçam para melhorar a comunicação, usando figuras, desenhos e expressões não verbais, melhorando a qualidade da assistência à saúde (STEINBERG et al., 2006).

Diversos estudos abordaram a perspectiva dos pacientes surdos, tais como o estudo realizado por Santos e Shiratori (2004), no qual foi questionado aos surdos sobre suas necessidades de saúde, e estes, por sua vez, expressaram grande necessidade por atividades educativas ou informativas sobre alguns temas específicos de saúde, referentes a questões de saúde que são amplamente divulgadas pelo Ministério da Saúde através de campanhas tanto no âmbito federal, estadual quanto no municipal, como o diabetes, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Os autores evidenciaram que a educação em saúde exerce um papel fundamental na construção da autonomia de cada pessoa, preparando-a para se defender e fazer escolhas conscientes no que diz respeito ao seu modo de viver.

No estudo de Chaveiro e Barbosa (2005), os surdos relataram grande dificuldade em acessar os serviços de saúde, por medo de não serem compreendidos. Expuseram a valorização da presença do intérprete, com ressalvas para perda da privacidade, e necessidade de confiança. Relataram que cabe aos profissionais aprenderem Libras, demonstrando, assim, aceitação das necessidades dos surdos, sua língua e sua cultura. Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006) também revelaram as opiniões de pessoas surdas referindo sentir dificuldades em entender os profissionais, pois estes não falam frente a frente, ficando a pessoa sem acesso ao campo visual face a face (especialmente a boca), e usam terminologia fora do alcance da compreensão, queixas evidentes também na população ouvinte.

Por outro lado, há estudos que buscam a perspectiva dos profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiros, os quais referiram grande dificuldade em atender pessoas surdas, por não entenderem a língua deles, expressando insegurança, angústia e a demanda de muito esforço, por parte de ambos, no momento do atendimento. Eles relataram que buscam estratégias como gestos, mímica, escrita, leitura labial, ou ajuda do acompanhante do paciente surdo. Argumentaram que não estão suficientemente preparados para cuidar da pessoa surda e justificaram que, na formação acadêmica, o currículo não contempla as habilidades

necessárias para atender essa população (OLIVEIRA, LOPES e PINTO, 2009; BRITTO; SAMPERIZ, 2010; CHAVEIRO et al., 2010).

No que diz respeito às estratégias apontadas pelos profissionais, há ressalvas importantes a destacar. O uso da escrita poderia ser uma alternativa, entretanto, para os surdos o português é a segunda língua, e por isso de difícil compreensão para os mesmos. Desse modo, a escrita não é o caminho ideal para eficácia do atendimento, visto que poderia gerar constrangimentos e frustrações ao paciente surdo (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005; BRITTO; SAMPERIZ, 2010). Outro recurso é a presença do intérprete nos momentos do atendimento de saúde, sobre o qual é destacado que, apesar de essencial para os surdos, não prepara o profissional de saúde para uma inclusão efetiva, como também o auxílio do acompanhante, que pode representar a redução da privacidade do paciente e, também, um problema quando não permite ao surdo ser agente ativo de seu tratamento, configurando uma limitação à sua autonomia e liberdade, tornando-o dependente da disponibilidade de terceiros (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005; CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006; MARIN; GÓES, 2006; SANTOS; SHIRATORI, 2004).

Chaveiro e Barbosa (2005) discutem como alternativa a escrita, durante os atendimentos médicos, mas a língua oral-auditiva do seu país é uma segunda língua, e, como qualquer língua estrangeira, seu aprendizado é difícil. Por essa razão, a escrita não é o caminho para melhorar o atendimento.

Inequivocamente a comunicação com a língua dos sinais é parte fundamental na assistência à saúde dos surdos. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Destarte, acreditamos que contribuir para a promoção da saúde das pessoas surdas, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

De acordo com Ianni e Pereira (2009), o reconhecimento da comunidade surda como minoria sociolinguística e cultural ainda apresenta-se como importante desafio para o fortalecimento da gestão do SUS, tanto no que remete à identificação de suas especificidades psicolinguísticas quanto no que diz respeito ao reconhecimento dos problemas prioritários de saúde deste grupo, com vistas a reduzir as desigualdades regionais na área da saúde quer seja na atenção básica, de média e/ou alta complexidade.

Campos (2008) explica a importância dos intérpretes de língua de sinais (ILS) como elos de interação comunicativa e tradutores da língua de sinais para outra língua ou vice-versa. Reforça, também, o papel destes em traduzir a cultura, língua, história cultural, os movimentos, as políticas da identidade e subjetividade surda apresentando suas próprias particularidades e identidades. Reforça ainda que os sujeitos surdos necessitam dos ILS para interação entre pessoas que desconhecem a língua de sinais; participação em vários tipos de atividades; aperfeiçoamento educacional; participação em encontros e reuniões; acesso às informações e discussões vinculadas à língua falada; inclusão social.

Nesse sentido, embora os surdos valorizem a presença do intérprete, a sua simples presença não implica em qualidade de atendimento, uma vez que a dificuldade de encontrar intérpretes disponíveis, o constrangimento de expor vivências pessoais e íntimas e a desconfiança na garantia do sigilo das informações são aspectos ponderados por este grupo populacional (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005; CRUZ; LOPES, 2007).

Há de se considerar ingenuidade imaginar que a presença do intérprete nos serviços de saúde soluciona todos os problemas de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde. Nem sempre é assim que ocorre. A presença do intérprete de Libras nos serviços de saúde já está prevista em lei, embora, ao que parece, não venha sendo cumprida. É importante ressaltar que a presença de uma terceira pessoa nos encontros entre pacientes que usam a língua de sinais e profissionais de saúde que a desconhecem se por um lado pode facilitar a comunicação, também pode levar à falta de privacidade, e até mesmo comprometer a autonomia dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a assistência à saúde, a partir de experiências de surdos em serviços públicos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os sujeitos de pesquisa.
- Descrever a acessibilidade da população surda à rede pública de serviços de saúde.
- Revelar como os surdos percebem a comunicação com os profissionais de saúde na assistência pública à saúde.
- Compreender o significado da presença de um acompanhante oralizado como interlocutor, durante atendimento na rede pública de serviços de saúde.
- Compreender o conhecimento dos surdos sobre saúde e doença e suas fontes de informações.

4 RESULTADOS

4.1 PRODUÇÃO DA DISSERTAÇÃO

4.1.1 ARTIGO 1 - ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO SURDA À REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1.2 ARTIGO 2 - COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA ESSENCIAL PARA ASSISTÊNCIA A SAÚDE A SURDOS

4.1.3 ARTIGO 3 – PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: CONHECIMENTO E FONTE DE INFORMAÇÕES DE SURDOS

1.1 ARTIGO 1

ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO SURDA À REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ACCESSIBILITY OF DEAF PEOPLE TO PUBLIC HEALTH SERVICES

(Submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública)

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; FRANÇA, Inacia Sátilo Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag

RESUMO

Objetivo: Descrever a acessibilidade dos surdos aos serviços públicos de saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo e analítico com abordagem qualitativa, realizado de outubro de 2011 a junho de 2012. Entrevistaram-se 11 surdos acima de 18 anos de idade, que se comunicavam em língua de sinais, com condição cognitiva para interagir com a pesquisadora bilíngue e que assinaram o termo de consentimento. O número de sujeitos foi determinado com base no critério de saturação das falas. Os dados analisados seguiram a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Houve predomínio de participantes do sexo masculino e SUS-dependentes, com média de 30,6 anos, residindo com quatro pessoas e de renda familiar de até dois salários mínimos. Das falas emergiram duas categorias: Acessibilidade geográfica e organizacional; e Acessibilidade Sociocultural. **Considerações:** Destacam-se obstáculos de acesso aos serviços de saúde que não são exclusivos para surdos, e correspondem a problemas de acessibilidade organizacional dos serviços, além de dificuldades no entendimento sobre as repercussões da surdez.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde; Surdez.

ABSTRACT

Objective: To describe the accessibility of deaf people to public health services. **Methodology:** A descriptive and analytical study with a qualitative approach, conducted from October 2011 to June 2012. We interviewed 11 deaf people above 18 years of age, who communicated in sign language with cognitive condition to interact with the bilingual researcher who signed the consent form. The number of subjects was determined based on the criterion of saturation of speech. The data analyzed followed the thematic content analysis. **Results:** There was a predominance of male and SUS-dependent participants, with an average age of 30.6 years, living with four people and a family income of up to two minimum wages. From the speeches emerged two categories: Geographic and Organizational Accessibility and

Sociocultural Accessibility. **Considerations:** highlights are access barriers to health services that are not unique to deaf people, and correspond to the organizational problems of accessibility of services, and difficulties in understanding the implications of deafness.

Keywords: Health Services Accessibility; Delivery of Health Care; Deafness.

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no Brasil, do Sistema Único de Saúde (SUS), se dá por meio de uma rede de atenção à saúde articulada para promover o acesso universal, integral, equânime, e o mais perto possível dos usuários¹.

O acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como "porta de entrada", como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade². O acesso universal, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, para os quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício da cidadania tem um grande potencial transformador, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população².

A acessibilidade pode ser entendida como o grau de facilidade na obtenção dos serviços de saúde, apontando portanto o grau de dificuldade encontrado, e é determinante para a saúde das pessoas com deficiência (PcDs)³. Pensar em acessibilidade é garantir a inclusão de todos em qualquer ambiente, atividade ou uso de recurso⁴.

Como um direito garantido por lei no Brasil, a acessibilidade é também um dos oito Princípios Gerais (artigo 9º) da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da qual o Brasil é um dos signatários, onde se estabeleceu que o poder público devesse tomar medidas apropriadas para assegurar-lhes o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas a serviços e instalações abertos ou propiciados ao público⁴. Contudo, os estudos realizados sobre a acessibilidade das PcDs, apesar de diminutos, demonstram a dificuldade de acesso desses indivíduos aos serviços de saúde devido às barreiras arquitetônicas e atitudinais⁵.

Devido à falta de informações oficiais sobre o número de PcDs no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) inseriu informações adicionais sobre o número e

os tipos de PcDs, a partir do Censo Demográfico de 2000. Os critérios de deficiência utilizados pelo Censo 2000 foram marcadamente biomédicos, tais como a gradação de dificuldades para enxergar, ouvir ou se locomover. Com a ratificação pelo Brasil da Convenção sobre os Direitos das PcDs, um novo conceito de deficiência passou a nortear as ações do Estado, seguindo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir do Código Internacional de Funcionalidade (CIF), ou seja, as repercussões na funcionalidade e não os graus de deficiência⁶.

Os resultados preliminares publicados sobre o Censo do IBGE de 2010 demonstraram um crescimento no número de PcDs, em especial, os paraibanos, sempre acima da média nacional, de 18,7% em 2000 para 27,76% em 2010. Destarte, o Estado da Paraíba deixou de ocupar o primeiro lugar no *ranking* nacional entre os estados com a maior porcentagem de PcDs em sua população e passou a ocupar o segundo lugar. Destaca-se, ainda, que do total de PcDs, 22% têm algum tipo de deficiência auditiva, e, entre estes, os surdos⁷.

Admitindo-se a existência da comunicação surda, foi sancionada a Lei de Língua Brasileira de Sinais (Libras) – Lei nº 10.436/2002 – que reconheceu como meio legal de comunicação e expressão a Libras e outros recursos de expressão a ela associados. Regulamentada pelo Decreto nº 5.626 de 2005, que esclarece as responsabilidades dos setores da Educação e Saúde quanto à garantia desses direitos. Especificamente relacionado à área da Saúde, o art. 25º estabeleceu que o SUS deve garantir a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Para os profissionais da saúde, viabilizar a acessibilidade é uma questão fundamental, para garantir uma ação terapêutica de qualidade e conseqüentemente favorecer a inclusão das PcDs⁸. Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde⁹.

A escolha do tema baseou-se na observação de que a inclusão das PcDs está em um processo de construção e, nesse sentido, a saúde mostra-se como importante fator de inclusão social. Na Paraíba, esse processo é de grande importância, visto que está entre os estados com a maior proporção de PcDs, e, entre estes, os surdos. Na tentativa de resolver essa situação, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em 2008, apresentou como algumas das prioridades: acessibilidade aos serviços de saúde. Além disso, em 2009, o Governo do Estado da Paraíba, em parceria com diversas instituições, no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS, lançou um edital com incentivo às prioridades em pesquisa no estado. Um dos

temas foi a ‘Redução das desigualdades em saúde e Ampliação do acesso com qualidade e humanização da atenção’.

Este estudo partiu da seguinte indagação: como os surdos acessam os serviços de saúde da rede pública? E tem por objetivo descrever a acessibilidade da população surda à rede pública de serviços de saúde.

CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo caracterizou-se como sendo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa, realizado no período de outubro de 2011 a junho de 2012, na Fundação Centro de Atendimento a Pessoa Portadora de Deficiência (FUNAD), serviço referência nas áreas de saúde, educação e desenvolvimento humano da comunidade surda, localizada em João Pessoa/PB.

A população investigada foi constituída de usuários surdos que aguardavam atendimento nos serviços da fundação. Os critérios de inclusão adotados foram: pessoas surdas acima de 18 anos de idade; que se comunicassem por meio da língua de sinais; que tinham condição cognitiva que permitisse a interação com a pesquisadora bilíngue, e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi esclarecido aos sujeitos que a participação ou não na pesquisa não se relacionava a avaliar os serviços prestados pela fundação. O cenário foi escolhido apenas para localizar os sujeitos. O número de sujeitos que constituiu a amostra foi determinado com base no critério de saturação das informações. Desse modo, concluiu-se a coleta com 11 entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em Libras, sem necessidade de intérprete, em função do domínio da pesquisadora da língua, em um ambiente privado, resguardando a confidencialidade, e de acordo com a comodidade e a conveniência do sujeito, da instituição e da pesquisadora. Considerando que as entrevistas se desenvolveram por meio de uma língua visuoespacial, todas as entrevistas foram gravadas por uma câmera filmadora Samsung em vídeo MP4. Para a realização das entrevistas, contamos com um roteiro de entrevista com dados sobre as características socioeconômicas dos participantes e questões sobre suas experiências nos serviços públicos de saúde.

Ao final de cada dia de realização das entrevistas, as mesmas foram traduzidas e transcritas para o português, pela própria entrevistadora. Em seguida, os vídeos e transcrições foram encaminhados a um juiz surdo bilíngue a fim de identificar o sentido completo das falas e atestar a fidedignidade das traduções. Considerando a dificuldade em identificar um profissional qualificado em tradução Libras-Português com domínio pleno nos dois idiomas, a averiguação das traduções limitou-se, portanto, a um único profissional surdo.

Como processo de análise dos dados, seguiu-se a análise de conteúdo temática¹⁰, que se configura no desmembramento do texto em unidades, ou seja, núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posterior reagrupamento em classes ou categorias. Prosseguiu-se com a comparação entre as categorias, evidenciando os nexos, na tentativa de sintetizar essas interpretações e compreensões.

Há de se registrar que foram cumpridas as exigências preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 196/96, e, nesse sentido, os participantes ficaram de posse de uma cópia do TCLE, devidamente assinada pela pesquisadora, e devolveram uma cópia assinada por eles. Para resguardar a identidade dos sujeitos, foi registrado um código no qual cada planta do bioma nativo brasileiro corresponde a um participante, de conhecimento apenas do pesquisador. Destarte, a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), sob número CAAE nº 0448.0.133.000-11.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se a caracterização dos sujeitos, com predomínio de participantes do sexo masculino e SUS-dependentes, ou seja, sem planos privados de saúde; com média de 30,6 anos, residentes com quatro pessoas e com uma renda familiar de até dois salários mínimos.

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

	Sexo	Idade	Plano de Saúde Privado	Nº de pessoas no domicílio	Renda familiar*
CAVIÚNA	Feminino	43	Não	Duas	1 a 2
BARBATIMÃO	Masculino	23	Não	Quatro	Não informado
BUGREIRO	Masculino	36	Sim	Duas	1 a 2
CAPIXINGUI	Masculino	24	Sim	Duas	1 a 2

MONJOLEIRO	Masculino	33	Sim	Quatro	5 ou mais
GURUCAIA	Feminino	39	Não	Quatro	1 a 2
MUTAMBO	Masculino	23	Sim	Quatro	1 a 2
URUCUM	Masculino	44	Não	Quatro	3 a 4
TIMBÓ	Masculino	24	Não	Seis	3 a 4
MARICÁ	Feminino	23	Não	Seis	1 a 2
JACARANDÁ	Feminino	25	Não	Quatro	Não informado

Fonte: dados da pesquisa. * salários mínimos.

Das falas dos sujeitos emergiram as duas categorias: Acessibilidade geográfica e organizacional e Acessibilidade Sociocultural. Como subcategorias, a categoria Acessibilidade geográfica e organizacional tem: Estratégias usadas na acessibilidade; Obstáculos percebidos; e Serviço de interpretação de Libras na saúde. A categoria Acessibilidade Sociocultural tem como subcategorias: Gratuidade; Intérprete de Libras como mediador; e Sentimentos de exclusão/discriminação.

DISCUSSÃO

CATEGORIA 1: ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA E ORGANIZACIONAL

Com relação à saúde da PcD, a questão do acesso foi identificada como principal necessidade dessa população, entendida de maneira bastante ampliada, incluindo: acesso às oportunidades, à circulação na cidade, aos serviços e recursos disponíveis. Muitas vezes, a principal necessidade não está na gravidade orgânica ou nos comprometimentos funcionais, mas sim em processos sociais extremamente complexos, que condicionam desigualdades sociais entre os cidadãos. Torna-se, portanto, imprescindível que os serviços se organizem para responder a estas demandas¹¹.

A acessibilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo o aspecto econômico, a existência de um corpo técnico devidamente qualificado e a necessidade do usuário em buscar o serviço de saúde. Está diretamente relacionada às condições de vida dos usuários, à presença de profissionais preparados para o atendimento, à existência de instalações devidamente equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir. Para que ela se efetive, deve ser discutida por todos os envolvidos nos serviços de saúde, já que todos devem ter condições necessárias para agir em prol da efetivação dessa acessibilidade¹.

Subcategoria: ESTRATÉGIAS USADAS NA ACESSIBILIDADE DE SURDOS

Desde a criação do SUS, houve muitos avanços e desafios a superar. O desafio posto a ser vencido diz respeito ao acesso aos serviços de saúde para toda a população, seguindo os preceitos legais. Desse modo, algumas estratégias e políticas vêm sendo formuladas e implantadas, em busca de mudanças que melhorem as condições de saúde da população, de forma a viabilizar os princípios que regem o SUS, como a universalidade do acesso aos serviços de saúde¹².

Como o desafio foi expandir a cobertura de serviços públicos de saúde, a estruturação da estratégia de Saúde da Família (ESF), entre outras coisas, busca ampliar o acesso e melhorar a eficácia e a efetividade das ações, servindo de “porta de entrada” para os outros níveis do sistema de saúde¹³. A ESF segue o ideal da acessibilidade geográfica, que prima pela proximidade dos serviços básicos de saúde com a moradia da população, levando em conta o contexto de cada comunidade e a influência dos determinantes sociais do processo de saúde/doença dos indivíduos. É diante desse cenário que os entrevistados expõem o quão útil é a ESF para facilitar o acesso aos serviços de saúde, principalmente de grupos vulneráveis, como é o caso das PcDs.

Hoje eu tenho sorte, tem um posto de saúde da família perto da minha casa. O ACS sempre vem na minha casa e pergunta como está a nossa saúde. Ele [ACS] sempre vai lá, em casa, e, quando a gente está com algum problema de saúde, ele nos ajuda a marcar uma consulta. (MARICÁ)

Tem um posto de saúde, onde o médico já me conhece, sabe que eu sou surda. (CAVIÚNA)

Tenho dois amigos surdos que me ajudaram a encontrar um serviço de saúde com intérprete. Mostraram-me como chegar lá e agora eu vou só. (TIMBÓ)

No âmbito do SUS, a expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atingiu 95% dos municípios, até 2007, embora cobrindo apenas cerca de 50% da população, e ainda enfrenta problemas quanto à qualidade, resolutividade e fixação de recursos humanos, particularmente do médico de família¹³.

Esses dados se mostram positivos na medida em que diminuem a barreira geográfica da acessibilidade da população ao atendimento básico de saúde, corroborando com os achados da literatura¹ apontados como caminho para a consolidação do SUS, apoiado e

influenciado pela OMS e determinante para a organização do SUS. Como também são muito importantes para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da PcD, particularmente naquilo que tange à circulação e participação sociais, sob a ótica de inclusão e dos direitos de cidadania¹¹.

Quanto ao conhecimento das repercussões da surdez para a conduta profissional, nas últimas décadas representou importantes conquistas no campo dos direitos sociais, de modo que a surdez deixa de ser vista como deficiência e o surdo passa a ser reconhecido como parte de uma minoria linguística e cultural. Essa mudança no modo como o surdo é visto é fundamental para garantir o acesso a partir de suas especificidades, não mais por sua deficiência e sim um indivíduo com uma cultura e língua próprias.

A população surda tem seu acesso ao sistema de saúde diferente das pessoas ouvintes, visto que ela se comunica por meio de uma língua visuoespacial e apresenta características culturais próprias. Nesse sentido, seus direitos são comprometidos, quanto às informações do diagnóstico de sua enfermidade ou do tratamento, pela dificuldade de comunicação⁸. Portanto, a comunicação pode ser considerada como fator preponderante de acessibilidade da população surda aos serviços públicos de saúde.

Outra estratégia apontada refere-se à presença do profissional intérprete de língua de sinais no próprio serviço público de saúde. Desse modo, quanto à escolha por serviços que disponibilizem o serviço de interpretação em Libras, corrobora com a literatura mostrando que a maioria dos usuários da língua de sinais prefere ser atendida por um profissional de saúde saiba a língua de sinais ou com um intérprete¹⁴.

O serviço de interpretação de Libras nos serviços de saúde se mostra ainda insuficiente, considerando a necessidade e o número de pessoas surdas que se comunicam em língua de sinais.

Subcategoria: OBSTÁCULOS PERCEBIDOS

Desde a implantação do SUS, a acessibilidade, do ponto de vista organizacional, sempre foi o um desafio, vislumbrando a universalidade do acesso e a integralidade da assistência para substituir o modelo hospitalocêntrico e de livre demanda¹³. Os obstáculos apontados pelos surdos não foram diferentes das queixas da maioria da população, de modo que os

problemas na acessibilidade, quanto à organização dos serviços de saúde, afetam a todos que buscam assistência.

Filas enormes, muita gente, uma bagunça, sem comunicação, não tem acessibilidade para o surdo. (MONJOLEIRO)

Ele passa a receita para eu ir para outro médico. Eu fico nervosa, porque demora muito tempo. [...] Às vezes marcam para quarta, depois para quinta, é chato, ficam mudando os dias, cancelando as consultas. Haja paciência! (CAVIÚNA)

Em relação à estrutura organizacional dos serviços, as queixas apresentadas referiram-se à formação de filas e à morosidade nos atendimentos de saúde. Corroborando com os achados da literatura, que mostram a espera prolongada pelo atendimento e a inadequada área física do serviço como dificuldades no acesso funcional aos serviços de saúde⁹. O tempo de espera também foi referido como um obstáculo no uso dos serviços de saúde, apresentando-se como uma problemática para os atendimentos^{3,9}.

Mesmo com a formação de filas e a desorganização nos serviços de saúde sendo apontadas como dificuldades na acessibilidade, os usuários se submetem às dificuldades na obtenção de acesso ao atendimento, muitas vezes pelo fato de que o serviço procurado representa a alternativa mais viável, especialmente sob o aspecto econômico, para buscar a resolução de suas necessidades de saúde⁹.

Outro problema destacado diz respeito à morosidade nos serviços de saúde, que pode atrapalhar o curso do cuidado em saúde necessário. Comparando a literatura, observa-se a confirmação dessa realidade nos resultados de uma pesquisa da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, para avaliar o sistema de saúde brasileiro: esta revelou que o acesso é ainda um dos gargalos do SUS. O acesso aos serviços de saúde foi criticado do ponto de vista do tempo de espera para a marcação de consultas e para o atendimento. A pesquisa também revelou que os indivíduos referiram que não têm garantia de atenção continuada quando necessitam de uma consulta com um especialista, e que em geral não saem do serviço de atenção primária com essa consulta marcada¹⁵.

A sociedade brasileira convive hoje com uma avançada construção legal que assegura o bem-estar da população por meio de políticas inclusivas e universais, ao lado de uma estrutura ainda precária que não garante o acesso ou a utilização de serviços de qualidade na medida

das necessidades da cidadania¹⁶. É preciso que haja a implementação de ações que assegurem o acesso dos sujeitos e a integralidade nas ações em saúde⁵. Para isso basta visão, vontade política e um olhar mais comprometido com os usuários do SUS¹².

Subcategoria: SERVIÇO DE INTERPRETAÇÃO DE LIBRAS NA SAÚDE

Neste estudo também foram apontados problemas especificamente em relação aos serviços de interpretação nos serviços públicos de saúde, como a ausência do profissional intérprete nos serviços públicos de saúde e a desproporção de sexo entre os profissionais intérpretes, observados pelas falas abaixo.

O problema é que não tem, não tem, não tem intérprete nos serviços de saúde, não tem. Seria muito bom se tivesse... É muito difícil, eu queria que tivesse um intérprete profissional para conversar abertamente, seria tão mais fácil. (MARICÁ)

Na minha opinião, o intérprete acompanhando o surdo não dá certo. A lei explica que os hospitais, PSF ou outros serviços de saúde têm que ter intérprete para o surdo que ir lá poder se comunicar. E não um intérprete acompanhando, como acontece. Cada serviço deveria ter seu próprio intérprete, aí o surdo vai lá e pronto, resolve o seu problema. Assim o surdo não precisaria marcar, agendar num lugar e esperar para um intérprete acompanhá-lo. Isso não é certo. (MONJOLEIRO)

Na minha opinião, ter uma intérprete mulher na consulta médica comigo não dá certo, não combina. Precisa ser um intérprete homem. Falta muito intérprete homem, tem muito mais mulher. Eu conheço todos os intérpretes, faltam intérpretes homens. Precisaria ter igualdade nos intérpretes, homens e mulheres. (MUTAMBO)

É muito difícil! Impossível! Nos serviços não tem intérprete. A comunicação é péssima. Se tivesse intérprete lá eu podia ir lá e me comunicar com ele, poderia explicar tudo a ele. (BUGREIRO)

Um dos problemas é a ausência do profissional nos serviços de saúde. Confirmando os resultados encontrados em outros estudos¹⁷. Esse fato descumpre a legislação brasileira, Decreto 5.626 de 2005, que rege o direito dos surdos de serem atendidos nos serviços de saúde em sua língua, a Libras. Esse descumprimento apareceu nas falas dos sujeitos, demonstrando conhecimento a respeito de seus direitos quanto aos serviços de saúde.

Considera-se, todavia, que a profissionalização do serviço de interpretação em Libras é relativamente recente, mesmo porque a Libras só foi reconhecida como Língua dos surdos na última década. No Brasil, a discussão e a organização dos intérpretes de Libras são feitas pela Federação Nacional de Educação e Instrução dos Surdos (FENEIS). Assim, pondera-se que a falta de domínio do assunto que vão interpretar pode ocasionar a supressão, adição ou

confusão de informações, o que faz com que o surdo, constantemente, mesmo contando com a ajuda de um intérprete, não tenha acesso a toda gama de informações que está sendo passada¹⁸.

A desproporção de mulheres como intérprete se dá pela histórica relação cultural da mulher como cuidadora familiar e com os trabalhos religiosos. Quando há um surdo na família a mãe é quem acompanha mais diretamente o desenvolvimento da criança e, por isso, também aprende a se comunicar mais efetivamente. Essa relação aparece na caracterização dos sujeitos, quando eles geralmente apontam a mãe como a pessoa da família que sabe Libras. Com a regulamentação da profissão de ILS espera-se que esta diferença no sexo dos profissionais seja minimizada com o decorrer do tempo.

Categoria: ACESSIBILIDADE SOCIOCULTURAL

O acesso apresenta-se como uma categoria privilegiada de análise, pois é na relação do usuário com os serviços de saúde que se expressa concretamente o direito à saúde no cotidiano das pessoas¹⁶. No campo da saúde da PcD, é na relação do sujeito com seu meio sociocultural que se constata a existência das grandes barreiras a serem enfrentadas¹¹.

A deficiência não é apenas o que o olhar médico descreve, mas principalmente a interação do corpo com impedimentos e as barreiras sociais que restringem a participação plena e efetiva das pessoas⁶.

A surdez é condição incapacitante séria, que pode levar a uma sobrecarga tanto social como econômica para os indivíduos, famílias e sociedade. Esse fato ocorre mais frequentemente nas classes mais carentes, porque não têm condições de arcar com os cuidados preventivos de rotina, necessários para evitar a perda da audição¹⁹.

A acessibilidade das pessoas surdas é fortemente influenciada pela questão da cultura surda, já que há falta de entendimento sobre as repercussões da cultura surda no modo como os indivíduos lidam com seus cuidados de saúde. A Lei nº 10.436 de 2002 regulamentou o uso da língua de sinais em instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde, a fim de garantir atendimento e tratamento adequado aos surdos. Assim sendo, o Sistema de Saúde Pública não pode abrir mão de se adequar às

necessidades dessa clientela, a fim de que possa prestar a ela serviços de atendimento dignos em todos os seus níveis de atuação²⁰.

Subcategoria: GRATUIDADE

A Saúde é um direito fundamental social, garantido pela Constituição Federal, através do artigo 196, que declara que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É de graça! Se fosse pago eu não tinha como ir a um serviço de saúde. (CAVIÚNA)

Essa afirmação trata a gratuidade dos serviços de saúde como um fator preponderante para obter assistência à saúde, para quem não pode pagar. A preocupação com a equidade em saúde é fundada no princípio ético da justiça distributiva e cada vez mais associada à consideração do direito à saúde como parte dos direitos humanos¹⁶.

Considera-se a diferença social que afeta a saúde nos países ricos e pobres como resultado da forma de organização da sociedade através das políticas e práticas econômicas e sociais, mas preocupa-se secundariamente com a distribuição social da saúde e da doença, enfocando o controle de doenças e mortalidade por intervenções médicas e o investimento à saúde para o crescimento econômico¹⁶.

A saúde, como direito social básico, depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento que contemple a inclusão social, a reversão das iniquidades entre pessoas e regiões, o combate à pobreza, a participação e organização da sociedade¹³.

Subcategoria: INTÉRPRETE DE LIBRAS COMO MEDIADOR

O intérprete de Libras é um profissional fundamental para mediar a inclusão social dos surdos, especialmente na educação e na saúde, conforme prevê o Decreto 5.626. Nessa direção, torna-se evidente compreender a demanda crescente por este profissional.

Quando um surdo vai num serviço de saúde, ele precisa de um intérprete que o compreende e ele consegue a assistência, mas sem intérprete fica difícil. Eu tenho que ir com a minha esposa ou marcar com um intérprete para poder explicar o que estou sentindo com a minha pressão, dor de cabeça ou saber o que eu posso, como o que preciso evitar. Eu como surdo preciso de um intérprete para ir ao médico e entender o que é dito. (CAPIXINGUI)

Eu acho bom porque o intérprete fala a língua própria do surdo eu enquanto surdo preciso entender tudo com clareza. A comunicação com um intérprete eu entendo tudo. Acho muito melhor o atendimento na presença de intérprete. (BARBATIMÃO)

Se eu fosse ao médico sozinho e tomasse uma medicação errada e aí poderia dar um problema mais sério no meu corpo. Seria bem pior! Por isso é necessário um intérprete acompanhando para ter uma comunicação de verdade. Eu faço sinais para ele e ele fala com o médico, o médico entende bem e passa o remédio certo e o intérprete pode me explicar tudo, como eu tomo a medicação do jeito certo. Todo mundo entende bem. (BUGREIRO)

As falas evidenciaram a importância que os surdos imprimem ao profissional intérprete para haver o entendimento e a transmissão das duas culturas, a surda e a ouvinte. Sua presença foi tão valorizada, foi relatada a vontade de se expressar, aberta e livremente, na sua própria língua – a Libras, e colocam que, somente assim, teriam uma assistência adequada, podendo expor suas dúvidas, o que sentem, e entender tudo o que acontece e o que é dito, e assim participar ativamente da assistência à sua própria saúde.

Há de se considerar ingenuidade imaginar que a presença do intérprete nos serviços de saúde soluciona todos os problemas de comunicação entre o surdo e o profissional de saúde. Nem sempre é assim que ocorre. A presença do intérprete de Libras nos serviços de saúde já está prevista em lei, embora, ao que parece, não venha sendo cumprida. É importante ressaltar que a presença de uma terceira pessoa nos encontros entre pacientes que usam a língua de sinais e profissionais de saúde que a desconhecem se por um lado pode facilitar a comunicação, também pode levar à falta de privacidade, e até mesmo comprometer a autonomia dos pacientes.

A preocupação com a privacidade e a divulgação de informações confidenciais das pessoas tem sido objeto de estudos, discussões e reflexões ao longo da história. As questões éticas relacionadas, principalmente, à privacidade dos usuários que buscam os serviços de saúde são preocupações frequentes para todas as pessoas. Contudo, os usuários surdos destacam essa preocupação de um modo mais enfático, visto que a presença de terceiros para

mediar a comunicação com os profissionais de saúde é uma rotina para este segmento, como podemos perceber nas falas abaixo.

O intérprete precisa ter ética! Por exemplo, uma pessoa vai ao médico, uma surda vai ao ginecologista fazer um exame, o intérprete precisa ter ética profissional. Às vezes se você vai com um intérprete conhecido ele sabe a sua vida, de coisas íntimas, já um intérprete do próprio serviço tem a ética, um profissional. (MONJOLEIRO)

Os sujeitos da pesquisa expuseram suas ressalvas/reservas e temores quanto à presença de uma terceira pessoa, mesmo que um profissional de interpretação. Questionaram a ética deste profissional que presencia momentos de intimidade dos usuários, como representado pela fala acima. Demonstraram também medo da exposição de sua intimidade e da perda de privacidade.

Os receios relatados são confirmados em outros estudos evidenciando que entre os surdos há aqueles que remetem à presença de uma terceira pessoa nos encontros entre pacientes que usam a língua de sinais e profissionais de saúde que a desconhecem; se por um lado isso pode facilitar a comunicação, também pode levar à falta de privacidade, e até mesmo de autonomia por parte dos usuários²¹.

Em 2010, foi aprovada a Lei nº 12.319, que regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (TILS) e orienta sobre a função, a formação, as atribuições e as considerações éticas do profissional TILS, apoiando o código de ética da FENEIS.

Subcategoria: SENTIMENTO DE EXCLUSÃO/ DISCRIMINAÇÃO

O imaginário e as representações sociais da deficiência contribuem para que a atenção à saúde desta população torne-se ainda mais complexa. Os profissionais de saúde são parte de um meio sociocultural que ainda segrega as PcDs e, portanto, as práticas de saúde são construídas a partir da relação socio-histórico-cultural com a questão. Para além da compreensão de suas necessidades, seja a partir de modelos médicos ou sociais, perpassam os estigmas, a relação com a diversidade humana e as desigualdades sociais¹¹.

A Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Convenção sobre os Direitos das PcDs, definiu ‘Discriminação por motivo de deficiência’ como qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou

impossibilita o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável. Outros pontos da convenção ressaltam a igualdade de oportunidades, a acessibilidade em igualdade de oportunidades, atendimento adequado à sua deficiência e idade²². De modo que, para a população surda, o obstáculo da comunicação é expresso pelos sujeitos por sentimentos de exclusão e discriminação, conforme as falas a seguir.

Eu gostaria que os surdos pudessem ir mais aos serviços de saúde, cuidar da própria saúde, poder falar do que estão sentindo sobre sua saúde, que pudessem ter uma comunicação de verdade com os profissionais nos serviços de saúde, uma assistência de verdade, com igualdade para todos.
(JACARANDÁ)

Eu avalio como muito negativo. Todos os serviços não dão valor ao surdo. Não tem nada de acessibilidade. Péssimo! (MONJOLEIRO)

A fala de **Jacarandá** aponta para o sentimento de discriminação pela diferença na oportunidade de acesso e assistência prestada, com prejuízo para a população surda. Nesse sentido, a literatura tem mostrado que a comunidade surda experimenta barreiras para a aquisição de cuidados²³. A consequência é buscarem assistência médica com menos frequência²⁰.

Percebe-se que os surdos têm uma representação negativa dos profissionais de saúde²⁴. Na opinião deles, a assistência recebida pode ser traduzida por descaso e desinteresse dos profissionais, referindo que os profissionais tendem a tomar decisões sobre o corpo e a saúde da pessoa surda, desencorajando a sua autonomia, furtando o direito de decidir o que é melhor para sua saúde^{24,25}.

A deficiência auditiva/surdez é o tipo de deficiência de mais difícil convívio com o restante da sociedade, porquanto a audição é o sentido essencial para a aquisição e uso da linguagem. Em face da invisibilidade da sua limitação, o problema de comunicação do indivíduo surdo não é orgânico, e, sim, social e cultural. Nessa perspectiva, os surdos acabam por serem estrangeiros em seu próprio país e formam uma comunidade paralela à dos ouvintes²⁵.

Outro obstáculo apontado foi a desvalorização do sujeito surdo. Contudo, foram identificados: que surdos e ouvintes apresentam dificuldades semelhantes quando procuram os serviços de saúde, embora algumas pessoas surdas possam interpretar como descaso; a

falta de paciência por parte dos profissionais; a pressa no atendimento; a receita com letra ilegível; a pouca ou nenhuma explicação sobre o tratamento; e outras, como preconceito em relação à pessoa surda^{21, 24}.

O reconhecimento da comunidade surda como minoria sociolinguística e cultural ainda apresenta-se como importante desafio para o fortalecimento da gestão do SUS, tanto no que remete à identificação de suas especificidades psicolinguísticas, quanto no que diz respeito ao reconhecimento dos problemas prioritários de saúde deste grupo, com vistas a reduzir as desigualdades regionais na área da saúde¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista da acessibilidade geográfica, os surdos entrevistados destacaram a Estratégia de Saúde da Família próxima ao domicílio como uma importante alternativa para facilitar o acesso aos serviços de saúde, bem como a assistência prestada. Entretanto, também expuseram fatores negativos que se condicionam como obstáculos para acessar os serviços públicos de saúde que não são exclusivos para pessoas surdas, mas comuns a todos os que buscam tais serviços, e que correspondem a problemas de acessibilidade organizacional dos serviços, como a morosidade nos atendimentos por formação de filas demoradas e a dificuldade de continuar percorrendo a rede de serviços de saúde nos demais níveis de atenção. De forma que ainda se apresentam como um grande desafio para a gestão do SUS. Também foram apontadas barreiras específicas da população surda por problemas no serviço de interpretação de Libras, como a falta de profissionais nos serviços, descumprindo a legislação, e a disparidade de sexo entre os profissionais, afetando negativamente a acessibilidade dos surdos.

Quanto à acessibilidade sociocultural, a gratuidade dos serviços públicos de saúde foi apontada como único meio de possibilitar o acesso à saúde. Considerando as pessoas surdas, segundo os preceitos constitucionais e legislativos, como PcDs, de modo que a gratuidade dos serviços se expressa como uma alternativa eficaz para minimizar as diferenças entre aqueles com limitações físicas e sociais em relação à população em geral. Particularmente quanto às diferenças culturais entre a comunidade surda e a população ouvinte, a disponibilização do profissional intérprete de Libras pelos serviços de saúde foi salientada como essencial para o protagonismo dos surdos para sua assistência, todavia destacando ressalvas quanto à ética dos

profissionais e à perda da privacidade, além da quebra do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário.

Espera-se que deste estudo induzam a mudanças na acessibilidade aos serviços de saúde para a toda a população brasileira, não só no que diz respeito à acessibilidade geográfica e organização, mas, especialmente, sociocultural, esta última, imprescindível para a comunidade surda, já que sua cultura e sua língua ainda são pouco difundidas.

Destaca-se que, mesmo tendo sido realizado em uma instituição que atende a todo o estado paraibano, sabe-se que os habitantes de cidades do alto sertão paraibano não conseguem chegar a tal instituição devido à distância e, por isso, este estudo apresentou a limitação de não alcance em todo o estado. Desse modo, por fim recomendam-se estudos complementares que alcancem lugares distantes dos grandes centros urbanos, onde notoriamente não se consegue usufruir da gama de recursos para o atendimento da população da capital.

Colaborações: YCA Oliveira trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada; GMC Costa, na concepção e delineamento do artigo e na aprovação da versão a ser publicada; ISX França e LMF Pagliuca, na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação da versão a ser publicada.

Este artigo é parte da dissertação “Assistência à Saúde: perspectiva dos surdos” do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Financiado pela UEPB, através do edital PROPESQ 02/2010.

REFERÊNCIAS

1. Silva LOL, Dias CA, Soares MM, Rodrigues SM. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2011;16(4):654-60.
2. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(1).
3. Castro SS, Lefevre F, Lefevre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(1):99-105.

4. Schirmer CR. Acessibilidade na comunicação é um direito – comunicação alternativa é um caminho. *Teias*. 2008;9(17):3-11.
5. Franca ISX, et al . Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6).
6. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2009;6(11):65-77.
7. Censo Demográfico Brasileiro 2010: Resultados Preliminares da Amostra [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Citado em 2011 Nov 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultadospreliminares amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm
8. Chaveiro N, et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):639-45.
9. Lima MADS, et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28).
12. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(2):248-255.
13. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1620-1625.
14. Middleton A, Niruban A, Girling G, Myint PK. Communicating in a healthcare setting with people who have hearing loss. *BMJ*. 2010.
15. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **SIPS** – Sistemas de Indicadores de Percepção Social – Saúde. 2011 [citado em 2012 Jun 27]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>
16. Fleury S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicol Soc* 2011;23.
17. Ianni A, Pereira PCA. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2009;18 Supl 2:89-92.

18. Guarinello AC, et al. O intérprete universitário da Língua Brasileira de Sinais na cidade de Curitiba. *Rev Bras Educ Espec.* 2008;14 (1).
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). Deafness and hearing impairment. Fact Sheet [Internet]. 2010;(300)[citado em 2011 Dez 10]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>>.
20. Souza MT, Porrozzi R. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. *Revista Práxis.* 2009;1(2).
21. Costa LSM, et al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. *Rev Bras Clin Med.* 2009;7:166-170.
22. Organização das Nações Unidas (ONU). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nova York: ONU, 2006.
23. Hoang L, Lahousse SF, Nakaji MC, Sadler, GR. Assessing deaf cultural competency of physicians and medical students. *J Cancer Educ.* 2011;26(1):175-82.
24. Pereira PCA, Fortes PACA. Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *American Annals of the Deaf.* 2010;155(1).
25. Pagliuca LMF, Fiúza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3).

4.2 ARTIGO 2

COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA ESSENCIAL PARA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SURDOS

COMMUNICATION AS A TOOL FOR ESSENTIAL HEALTH CARE TO DEAF PEOPLE

(Submetido ao periódico Ciências & Saúde Coletiva)

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; FRANÇA, Inacia Sátilo Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag

RESUMO

Objetivos: Revelar como os surdos percebem a comunicação com os profissionais de saúde, e compreender o significado da presença de um acompanhante como interlocutor, durante atendimento nos serviços de saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Realizado de outubro de 2011 a julho de 2012, em uma instituição que atende à pessoas com deficiência. Foram realizadas 11 entrevistas com surdos acima de 18 anos, que se comunicavam em língua de sinais, com condição cognitiva para interagir com a pesquisadora bilíngue, na própria instituição em um ambiente privado, gravadas em vídeo, abordando assuntos a respeito das características sociodemográficas dos sujeitos e suas experiências comunicativas na assistência dos serviços públicos de saúde. O número de sujeitos baseou-se no critério de saturação do conteúdo das informações. A análise dos dados seguiu a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os entrevistados foram sete homens e quatro mulheres, com idade média de 30,6 anos, variando de 23 a 44 anos, e suas características relacionadas à surdez e à língua de sinais. Das falas emergiu a categoria A comunicação do profissional de saúde com o usuário surdo, e as subcategorias: A comunicação do profissional de saúde; A comunicação do surdo; e A comunicação do acompanhante como interlocutor.

Palavras-chave: Comunicação; Assistência à Saúde; Surdez.

ABSTRACT

Objectives: To reveal how deaf people perceive communication with health professionals, and understand the significance of the presence of a companion as interlocutor for health care services. **Methodology:** An exploratory descriptive study with a qualitative approach held from October 2011 to July 2012, in an institution that attends to people with disabilities. 11 interviews were conducted with deaf people above 18 years, who communicated in sign language with cognitive condition to interact with the bilingual researcher at the institution in a private environment, videotaped, addressing issues regarding the sociodemographic characteristics of the subjects and their communicative experiences in being assisted by public

health services. The number of subjects was based on the criterion of content saturation of the information. Data analysis followed the thematic content analysis. **Results:** Respondents were seven men and four women with a mean age of 30.6 years, ranging from 23 to 44 years, and their characteristics related to deafness and sign language. From speeches emerged the category Communication of the health professional with the deaf users and subcategories: Communication of health professionals; Communication of the deaf user, and Communication of the companion as the interlocutor.

Keywords: Communication; Delivery of Health Care; Deafness.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social e as ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas, por motivação religiosa ou caritativa. A evolução conceitual induzida pelas transformações socio-históricas e culturais impôs ajustes contínuos à compreensão sobre deficiência. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades¹.

As situações sociais vivenciadas pelas PcDs emergiram como movimentos que passaram a problematizar suas questões para inseri-las na arena política nacional. Entendendo que as PcDs constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental¹. Assim, cuidados de saúde para PcDs tornam-se mais complexos devido ao significado atribuído pela sociedade quanto às suas limitações.

Até 2000, a falta de informações oficiais sobre a dimensão da população com deficiência expressava o descaso e marginalização desse grupo perante a sociedade. Para a população brasileira, a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) era de 1,5% da população com deficiência auditiva². Hoje, os resultados preliminares do último censo

realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 apontaram que mais de 5% têm deficiência auditiva, e, destes, 2.147.366 brasileiros são surdos³.

Como o conceito de pessoa surda é muito recente e pouco difundido pela sociedade ouvinte, ainda há mesclas de tratamentos, ora como PcDs ora como grupo minoritário com língua própria. Esta visão fragmentada é percebida nos textos legislativos brasileiros, no quais os surdos são incorporados às políticas para PcDs dentro do grupo de PcDs auditivas, mas também são reconhecidos como grupo linguístico minoritário, pertencente à comunidade surda.

Ser Surdo (com "S" maiúsculo) é reconhecer-se por meio de uma identidade compartilhada por pessoas que utilizam língua de sinais e não veem a si mesmas como sendo marcadas por uma perda⁴. O Decreto nº 5.626, de 2005, considera a **pessoa surda** como “aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais”⁵.

Compreende-se a comunicação como ferramenta imprescindível na assistência à saúde. Seguindo esse raciocínio, a comunicação como um intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo ou devendo haver reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal. De modo que a competência em comunicação interpessoal verbal e não verbal é uma habilidade fundamental a ser adquirida, a qual possibilita a excelência do cuidar em saúde⁶.

Por meio da comunicação estabelecida com o usuário, o profissional pode compreendê-lo como ser holístico, e perceber sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir, buscando entender suas necessidades e, assim, prestar assistência adequada. Dessa forma, a

comunicação ocupa espaço insubstituível e se ela não é efetiva esta assistência torna-se falha⁷. Por conseguinte, é essencial na relação entre usuário e profissional.

O sucesso na comunicação com os usuários com deficiência auditiva depende das características individuais de cada pessoa, e suas necessidades comunicativas, de modo que eles podem ser divididos em três categorias⁸: 1. Pessoas com dificuldades de audição – pessoas que ainda conseguem falar oralmente; 2. Pessoas surdas que se comunicam oralmente – adultos que perderam a audição ou crianças surdas que foram educadas numa linha oralista; 3. Pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais – que perderam a audição e optaram pela língua de sinais como meio de comunicação. Este último grupo é o público-alvo deste estudo.

As barreiras de comunicação podem comprometer a interação por ocasião do encontro entre usuário surdo e profissional, já que a falta de comunicação oral torna o surdo desintegrado da sociedade ouvinte, tendo dificuldades de usufruir serviços básicos, como, por exemplo, acesso a hospitais, já que os ouvintes também têm dificuldades em entender a língua dos sinais^{8,9}.

Admitindo-se a complexidade da relação do médico com usuários surdos, torna-se necessário o conhecimento por parte dos profissionais acerca da identidade da pessoa surda e os fatores culturais que caracterizam a comunidade surda, sendo estes os diferenciais essenciais na qualidade dos serviços prestados a essa população¹⁰.

Inequivocamente a comunicação com a língua dos sinais é parte fundamental na assistência à saúde dos surdos. O encontro entre profissionais de saúde e usuários surdos costuma ser marcado por dificuldade na comunicação¹¹. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Destarte,

acredita-se na contribuição para a promoção da saúde das pessoas surdas, pois, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

A escolha do tema baseou-se na observação de que a inclusão das PcDs está em um processo de construção e, nesse sentido, a saúde mostra-se como importante fator de inclusão social. Na Paraíba, esse processo é de grande importância, visto que está entre os estados com a maior proporção de PcDs, entre estes, os surdos. Na tentativa de resolver essa situação, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em 2008, apresentou como algumas das prioridades: Técnicas de sensibilização e qualificação de recursos humanos para assistência às pessoas com necessidades especiais¹².

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo revelar como os surdos percebem a comunicação com os profissionais de saúde, e compreender o significado da presença de um acompanhante oralizado como interlocutor, durante atendimento na rede pública de serviços de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo é de natureza descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. Realizado no período de outubro de 2011 a julho de 2012, na Fundação Centro de Atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência (FUNAD), localizada em João Pessoa/PB, por se tratar de uma instituição de referência na valorização da Política da Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba. Sendo a eleição do cenário apenas para localizar os sujeitos.

A população investigada foi constituída de usuários surdos acima de 18 anos de idade, que se comunicassem por meio da língua de sinais, com condição cognitiva que permitisse a integração com a pesquisadora bilíngue, e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a identificação dos sujeitos, os mesmos foram convidados a participar da pesquisa pela pesquisadora bilíngue em português-Libras, de modo que as entrevistas foram realizadas por meio do contato direto da pesquisadora com os sujeitos surdos, sem a necessidade de um intérprete, mantendo-se a privacidade e confidencialidade do momento da entrevista. As entrevistas ocorreram na própria instituição em um ambiente privado, em horário segundo a conveniência dos participantes, tendo sido gravadas em arquivo de MP4, devido à comunicação espaçovisual. Foram abordados assuntos a respeito das características sociodemográficas dos sujeitos, bem como suas experiências comunicativas na assistência prestada pelos serviços públicos de saúde, através da seguinte pergunta norteadora: Como acontece a comunicação dos profissionais de saúde com a comunidade surda?

As falas dos entrevistados foram traduzidas para o português e transcritas pela própria pesquisadora. Em seguida, os vídeos e as transcrições foram entregues a um juiz surdo bilíngue para comprovação das traduções. Considerando a dificuldade em identificar um profissional qualificado em tradução Libras-português com domínio pleno nos dois idiomas, a averiguação das traduções limitou-se, portanto, a um único profissional surdo. Esse processo foi realizado ao final de cada dia de entrevistas, durante o período de coleta dos dados. O número de sujeitos baseou-se no critério de saturação do conteúdo das falas.

Como processo de análise dos dados, seguiram-se as orientações¹³ para a análise de conteúdo temática, a qual se resume no desmembramento do texto em unidades, ou seja, núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posterior reagrupamento em classes ou

categorias. Prosseguiu-se com a comparação entre as categorias, evidenciando os nexos, na tentativa de sintetizar essas interpretações e compreensões.

Salienta-se o cumprimento das exigências do Conselho Nacional de Saúde mediante Resolução 196/96, e, nesse sentido, a pesquisa foi devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), por meio da CAAE nº 0448.0.133.000-11. Dessa forma prosseguiu-se no âmbito da coleta de dados, onde os participantes ficaram de posse de uma cópia do TCLE assinada pela pesquisadora, e devolveram uma cópia assinada por eles. Para resguardar a identidade dos sujeitos, foi registrado um código no qual cada planta do bioma nativo brasileiro corresponde a um participante, de conhecimento apenas da pesquisadora.

RESULTADOS

Foram realizadas 11 entrevistas, com sete homens e quatro mulheres, com idade média de 30,6 anos, variando de 23 a 44 anos. Seguem-se as características dos sujeitos relacionadas à surdez e à língua de sinais:

- **Diagnóstico:** cinco ao nascer, três entre 1 e 2 anos, dois entre 5 e 6 anos (início do período de fala e idade escolar) e um com 15 anos. O caso de 15 anos relatou que ficava reclusa em casa e só depois de muito tempo a família a levou ao médico para diagnosticar a surdez e conseguir o benefício.
- **Surdez na família:** sete não tinham (relataram que sua surdez era resultante de problemas perinatais) e quatro possuíam (irmã, primos e sobrinho).
- **Escolaridade:** seis com ensino médio; quatro com superior completo ou incompleto; e um com fundamental incompleto.

- **Aprendeu Libras (idade):** seis só na adolescência (entre 12-19 anos) e cinco na infância (entre 2-8 anos). Segundo relatos, ao tentarem usar a leitura labial sem sucesso, aceitaram aprender a Libras e hoje reconhecem a importância da mesma para o desenvolvimento e cidadania dos surdos.
- **Comunicação antes da Libras:** seis usavam sinais domésticos, mímica; dois usavam leitura labial e três aprenderam a Libras no período de aprendizagem da linguagem, antes dos 3 anos.
- **Número de familiares no domicílio:** cinco moravam com quatro pessoas; três moravam com duas; e três moravam com cinco a seis pessoas.
- **Família e Libras:** quatro relataram que ninguém de sua família de origem sabia se comunicar em Libras, e como, destes, três eram casados, todos(as) o(as) companheiro(as) sabiam Libras. Os outros sete sujeitos relataram que suas mães, irmã(o)s, tia e sobrinha conheciam a Libras, sendo que em dois casos houve influência na escolha da profissão como intérprete de Libras para esses familiares.

Como resultado das entrevistas emergiu a categoria A comunicação do profissional de saúde com o usuário surdo, com suas subcategorias, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação da categoria e subcategorias organizadas a partir das falas dos entrevistados.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
A comunicação do profissional de saúde com o usuário surdo	A comunicação do profissional de saúde
	A comunicação do surdo
	A comunicação do acompanhante como interlocutor

Fonte: informações da pesquisa.

DISCUSSÃO

A humanização nos serviços de saúde implica na melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais e, sobretudo, em um atendimento aos usuários que seja de qualidade, equânime, com responsabilização e vínculo¹⁴. Almeja-se uma prática em saúde que transforme a assistência à pessoa surda, por meio da reorganização da assistência à saúde, segundo princípios que têm como alicerce o intercâmbio das diferenças individuais e o convívio com a pluralidade humana¹⁵.

A COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM O USUÁRIO SURDO

A comunicação é um processo complexo e importante no desenvolvimento e manutenção das relações sociais¹⁶. Usuários que necessitam de cuidados especiais, necessitam estabelecer uma ligação entre o profissional e o usuário, e isso exige competências como sensibilidade, criatividade, e capacidade do profissional na busca de maneiras de se comunicar com o doente. Assim, este seria um usuário diferente e não um usuário “difícil”, termo frequentemente usado para descrever a PcD¹⁷.

É por meio da comunicação que os profissionais podem compreender o usuário como ser holístico e perceber sua visão de mundo, e, daí, entender suas necessidades e, assim, prestar assistência adequada, minimizando seu desconforto¹⁸. Portanto, compreender o relacionamento entre o profissional da saúde e a pessoa surda é condição necessária para qualificar os serviços prestados à população surda.

Os profissionais de saúde muitas vezes não conhecem a cultura surda e seus valores e, por isso, não compreendem os comportamentos surdos¹⁹. Um dos maiores fatores que

interferem na qualidade e adequação da assistência prestada pelos profissionais da saúde aos usuários surdos é a não consciência de quem é a pessoa surda, associado à inabilidade de uma comunicação não verbal¹⁰.

A comunicação do profissional de saúde

Na área de saúde, habilidades de comunicação interpessoal são imprescindíveis na assistência a qualquer usuário, e as ações dos profissionais da saúde são pautadas pela comunicação, como ferramenta-base de trabalho, independente da sua formação acadêmica¹⁵. Os profissionais de saúde devem educar-se sobre maneiras de reduzir as barreiras e garantir a assistência à saúde para todas as pessoas¹⁹.

O médico é muito esnobe, escreve tudo no papel e me mostra, fica difícil explicar as coisas, sou surdo, entendo língua de sinais, o português me confunde. Tem muitas palavras em português que eu não conheço. Não dá certo. É muito difícil! (URUCUM)

*... fica tudo no papel, ele escreve tudo e me mostra. As palavras são muito complicadas.
(BUGREIRO)*

... o médico disse que eu podia ir sozinha e escreveria tudo, mas eu não sei português profundamente, só eu sei coisas simples, além disso, ele como profissional usa palavras técnicas da saúde sobre o corpo que eu não conheço. (MARICÁ)

As falas apontaram para uma grande dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde e a ineficiência das estratégias usadas para tentar minimizar esse obstáculo, com destaque para a escrita.

A ineficiência nas estratégias de comunicação usadas pelos profissionais de saúde é comum em todo o mundo, fato confirmado quando observado um estudo realizado no Reino Unido, no qual um terço dos entrevistados surdos disse ter tomado a dose errada de um

determinado medicamento por não entender o que tinha sido dito, ilustrando o quão importante é para todos os profissionais dos serviços de saúde para ter estratégias de comunicação adequadas²⁰.

Um estudo que realizou entrevistas com profissionais de enfermagem assinalou mais de uma possibilidade de estratégia de comunicação utilizada no atendimento a usuários surdos. Todos responderam usar a mímica durante os atendimentos; 94% relataram a leitura labial; 65%, o auxílio do acompanhante, e 42%, a escrita; e apenas 1% se comunicou por meio de Libras como estratégia de comunicação. Embora várias estratégias tenham sido apontadas pelos profissionais, os usuários surdos demonstraram ressalvas importantes quanto à eficiência delas¹⁸.

Os entrevistados demonstraram que a escrita é quase sempre de difícil compreensão, devido ao vocabulário técnico dos profissionais, tornando-se inlegível para a maioria dos usuários, e em especial para o surdo. Apesar de todos os nossos participantes apresentarem nível de escolaridade acima do ensino médio, ainda identificaram dificuldades no uso da escrita, já que estudos demonstraram que pessoas surdas com a pós-graduação apresentam entendimento de leitura a um nível de quarta série¹⁹. A escrita não é o caminho ideal para eficácia do atendimento, visto que poderia gerar constrangimentos e frustrações ao usuário surdo¹⁸.

Os profissionais de saúde não devem presumir que os usuários entenderam os termos médicos, e uma alternativa para verificar isso seria pedir ao usuário para repetir as orientações dadas, para evitar erros¹⁹. Precisam estar atentos e refletir sobre como adaptar a sua comunicação, repetir e reformular orientações, demorando o tempo necessário²⁰.

Para o profissional de saúde, uma efetiva comunicação com seus clientes propicia um atendimento de qualidade, portanto uma formação que vise compreender o sujeito surdo, não

apenas sua patologia, favorece uma assistência humanizada. Assim, se o profissional tiver paciência, for atencioso, se interessar por compreender e ser compreendido por seu cliente, conseguirá ter uma boa comunicação, tanto com surdos quanto com ouvintes¹¹.

A literatura sugere a educação continuada em Libras, como opção para resolver a inabilidade comunicativa dos profissionais, especialmente quanto à Libras, ou seja, os profissionais deveriam aprender a língua de sinais, sendo continuamente atualizados e acompanhados quanto ao desempenho na troca de informações com o surdo através da Libras²¹. Também salienta que instituições acadêmicas devem oportunizar aos futuros profissionais o aprendizado da língua de sinais, atendendo às necessidades da pessoa surda, por meio de uma formação para os profissionais que contemple a cultura dos surdos, noções básicas de língua de sinais e como se posicionar frente ao atendimento da pessoa surda¹⁵.

A comunicação do surdo

A língua de sinais é um instrumento de comunicação de grande importância no atendimento à pessoa surda, porém, quase sempre não é compreendida por aqueles que prestam assistência na área de saúde¹⁵. Essa afirmação confirma as falas de todos os entrevistados demonstrando insatisfação pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a língua de sinais e relatando essa problemática como um obstáculo para uma assistência efetiva.

O uso de gestos, mímica e expressão corporal como forma de comunicação utilizada pelos e com surdos nem sempre é claro e facilmente entendido, demandando tempo e esforço por parte dos profissionais que os atendem²¹.

Neste estudo, apesar de 10 dos 11 entrevistados terem sido diagnosticados até os 6 anos de idade, seis deles só vieram a aprender língua de sinais na adolescência (entre 12 e 19 anos), pois, segundo relatos, tentaram alternativas de comunicação segundo os preceitos da oralização, por vários anos, como a leitura labial. Entretanto, não obtiveram sucesso no alcance do entendimento pleno da comunicação e, com o fracasso do método oralista, aceitaram aprender a Libras e hoje é a forma predominante e mais eficiente de estabelecer a sua comunicação, exaltando a necessidade dos surdos se comunicarem em língua de sinais e participarem ativamente das decisões sobre sua vida.

Não dão valor ao surdo. A gente tentar conversar, mas a recepção não entende nada, não tem comunicação. O mesmo acontece com o médico, a gente tenta conversar, mas é difícil, só com leitura labial ou por escrito. Minha opinião é de que a assistência do SUS é péssima. (MONJOLEIRO)

Se o médico soubesse língua de sinais eu me comunicaria bem com ele, mas ele não entende o que eu digo... Impossível! Eles usam muitas palavras difíceis sobre o corpo humano, doenças e outras coisas. (BUGREIRO)

Como o médico não sabe língua de sinais, [...] mas na verdade o bom seria se o médico soubesse língua de sinais, para o surdo e ele poderem conversar diretamente, em língua de sinais, porque é assim que o surdo fala. Por isso poucos surdos vão ao médico. É difícil! Existem muito mais ouvintes. (MUTAMBO)

Na nossa comunicação eu consigo falar um pouco e ser entendido, mas na resposta eu não entendo. É muito difícil, difícil, difícil! (MONJOLEIRO)

Os surdos expuseram que prefeririam ser atendidos por profissionais, na verdade, por médicos, que soubessem língua de sinais, já que, para eles, a Libras não é uma questão de escolha, mas seu modo de comunicação efetivo. Apesar de serem questionados sobre os atendimentos de profissionais de saúde, não especificando o tipo de profissional, os surdos referiram apenas sobre a comunicação com o médico, não comentando o contato com os outros profissionais de saúde, como o enfermeiro, o assistente social, ou demais profissionais de saúde. A invisibilidade dos demais profissionais de saúde talvez se dê pelo entendimento

biomédico da saúde e da doença, além da representação do médico como o profissional que trata as doenças e atua diretamente nas queixas que os levam aos serviços de saúde.

A fala de **Monjoleiro** aponta para uma dificuldade invisível, pela aparente comunicação retratada quanto o usuário surdo é oralizado, ou seja, treinado para exercer a fala. Contudo, mesmo que o profissional de saúde consiga entender, a recíproca não é verdadeira, a informação não é entendida pelo surdo. Portanto a comunicação se mostra ineficaz e perigosa.

A leitura labial é superestimada e pode gerar problemas específicos no relacionamento com usuários surdos¹⁸. Muitos médicos não percebem quão poucas palavras podem ser entendidas pela leitura labial (30%) e que a falta de comunicação eficaz pode levar a erros e isso contribui negativamente para os usuários surdos evitarem idas aos serviços de saúde²².

A leitura labial necessita de muita concentração e deixa a pessoa surda mentalmente esgotada. Além disso, bigode, sotaque, máscaras cirúrgicas tornam a leitura labial impossível. Também é muito comprometida quando se conversa com várias pessoas falando ao mesmo tempo, ou quando não se é capaz de ver quem está falando¹⁹.

A literatura corrobora com as falas dos entrevistados, sinalizando que a língua de sinais é um fator-chave no acesso e participação plenos em todas as áreas da sociedade e da vida, sem o que o surdo seria isolado, de modo que, quando negado ou limitado o uso de língua de sinais, se estariam violando seus direitos humanos. De modo que a barreira da comunicação é o principal obstáculo para o empoderamento das pessoas surdas e aumenta o risco de discriminação e exclusão social²³.

A comunicação do acompanhante como interlocutor

Considerando a dificuldade na comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários surdos, a presença de acompanhante que saiba se comunicar com os usuários surdos durante os atendimentos de saúde torna-se uma prática corriqueira para assistência a saúde dos surdos.

Ir ao médico é muito importante! Eu marco uma consulta e ele me faz um monte de perguntas sobre minha saúde... às vezes conversa com minha esposa e eu fico parado só olhando eles conversarem, depois escrevem, me mostram e eu entendo. (CAPIXINGUI)

No médico ainda não tem interprete próprio, então vou com uma companhia ouvinte para ela conversar com o médico, eu fico só olhando eles conversarem. (MARICÁ)

“Às vezes não é bom a mãe acompanhar, o médico disse que eu podia ir sozinha...”.
(MARICÁ)

Como eu vou com a minha mãe, ela interage com as pessoas de lá e depois interpreta tudo para mim, me explica e eu vou aprendendo. (MUTAMBO)

Vou com minha irmã junto ao médico do SUS... Ela interpreta e me explica as coisas... Quando vou com a minha irmã é bom. (CAVIÚNA)

Quanto aos achados há divergências de opiniões sobre a presença do acompanhante durante o atendimento de saúde. Os entrevistados demonstram-se favoráveis à presença do acompanhante, já que garante a comunicação e o entendimento de ambos os lados, usuário e profissional. Contudo também fizeram ressalvas relacionadas à perda da privacidade por conta da presença do acompanhante. A preocupação da privacidade é confirmada pelos dados da literatura discutindo a presença de uma terceira pessoa nos encontros entre usuários que usam a língua de sinais e profissionais de saúde que a desconhecem, que, se por um lado pode facilitar a comunicação, também pode levar à falta de privacidade, e até mesmo de autonomia por parte dos usuários¹¹.

Destaca-se que, apesar de a maioria, oito dos sujeitos desta pesquisa, morar com quatro ou mais familiares, quatro dos participantes relataram que ninguém de sua família sabia se comunicar em língua de sinais. De modo que seis dos sujeitos utilizavam uma comunicação

suplementar, como os sinais de uso doméstico e as mímicas, para estabelecer uma comunicação com os familiares, e este é o tipo de alternativa de comunicação usada pelos acompanhantes para mediar os atendimentos clínicos de usuários surdos. Entretanto, sete dos entrevistados relataram que alguns familiares conseguiam comunicar-se por língua de sinais, majoritariamente as mães. Observa-se que entre os familiares que aprenderam a se comunicar com o surdo, nenhum deles indicou o pai como um dos que se sabiam se comunicar em Libras.

Embora os membros da família possam voluntariar-se para interpretar, isso pode impedir que os sujeitos falem francamente com os profissionais de saúde e viola o princípio da confidencialidade. Além disso, familiares podem acidental ou intencionalmente mudar o significado do conteúdo da comunicação, por não estarem familiarizados com a terminologia médica, ou podem não ser fluentes em língua de sinais¹⁹.

Diante das experiências relatadas, observou-se a falta de comunicação direta e de formação de vínculo entre o profissional e o usuário, gerando dependência do acompanhante para obter assistência e a perda da autonomia, ou seja, o usuário não consegue opinar ou decidir sobre sua própria saúde. A autonomia está relacionada à liberdade de escolha do usuário entre tratamentos alternativos, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental. Isso se refere à heteronomia, ou seja, à sujeição do indivíduo à vontade de outros, e significa, para a área da saúde, quando um profissional ou acompanhante impõe a sua vontade, ignorando o usuário e sua dignidade¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos deste estudo identificaram algumas estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde durante a assistência à sua saúde, como o uso da mímica, da escrita, da leitura labial, e especialmente a presença do acompanhante familiar do surdo. Todavia, essas estratégias foram apontadas como ineficientes para uma comunicação efetiva e para promover a participação plena dos sujeitos.

Os entrevistados identificaram que durante o encontro clínico a comunicação é estabelecida entre os ouvintes, ou seja, o acompanhante e o profissional de saúde, de modo que os surdos são passivos nesse processo. Sendo relatada a perda da privacidade e do protagonismo dos sujeitos quanto ao entendimento sobre o cuidado com seu próprio corpo. Por isso, alguns deles preferem ir a serviços de saúde que disponibilizam o serviço de interpretação de Libras, obedecendo à legislação brasileira. Fato que não vem sendo cumprido com deveria, já que ainda há poucos locais que disponibilizam este serviço.

Os participantes salientaram que preferiam ser atendidos por profissionais de saúde que soubessem língua de sinais, para poderem estabelecer uma comunicação direta, mantendo a sua privacidade e independência. Para tal, sugere-se a qualificação dos profissionais que estão em serviço, e, antes disso, a formação em nível de graduação ainda na faculdade para aqueles que encontram-se no processo de formação profissional. Assim, se minimizariam tantas dificuldades relatadas pelos sujeitos surdos que buscam os serviços públicos de saúde.

Destaca-se que, mesmo tendo sido realizado em uma instituição que atende a todo o estado paraibano, sabe-se que os habitantes de cidades do alto sertão paraibano não conseguem chegar a tal instituição devido à distância e, por isso, este estudo apresentou a limitação de não alcance em todo o estado. De modo que se recomendam estudos complementares que alcancem lugares distantes dos grandes centros urbanos, onde notoriamente não se consegue usufruir da gama de recursos para o atendimento da população da capital.

YCA Oliveira trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada; GMC Costa, na concepção e delineamento do artigo e na aprovação da versão a ser publicada; ISX França e LMF Pagliuca, na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação da versão a ser publicada.

Este artigo é parte da dissertação “Assistência à Saúde: perspectiva dos surdos” do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Financiado pela UEPB, através do edital PROPESQ 02/2010.

REFERÊNCIAS

1. Bernardes LCG, *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(1).
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Editora do Ministério da Saúde 2009: 72p. ISBN 978-85-334-1399-3
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico Brasileiro 2010: Resultados Preliminares da Amostra*. [Internet]. 2011 [Acessado 2011 Nov 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm
4. Bisol C, Sperb TM. Discursos sobre a surdez: deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. *Psic: Teor e Pesq.* 2010; 26(1).

5. **Decreto nº 5.626**, de 22 de dezembro de 2005 [Internet] 2005. [citado 2011 fev. 10]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>.
6. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev CEFAC* 2012; 14(1):164-170.
7. Pagliuca LMF, Fiúza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3).
8. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(3).
9. Souza MT, Porrozzi R. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. *Rev Práxis* 2009; 1(2).
10. Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. Relação do paciente surdo com o médico. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2009; 75(1):147-50.
11. Costa LSM, *et al.* O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. *Rev Bras Clin Med* 2009; 7:166-170.
12. Brasil. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2. ed. Editora do Ministério da Saúde, 2008.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
14. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. *Cienc Cuid Saude* 2011; 10(2):248-255.
15. Chaveiro N, *et al.* Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. *Cogitare Enferm* 2010;15(4):639-45.

16. Schirmer CR. Acessibilidade na comunicação é um direito – comunicação alternativa é um caminho. *Teias* 2008;9(17):3-11.
17. Freitas AF, Seidl EMF. Study on heteronomy in the health care to children and adolescents with special needs. *Rev. Bioét* 2011; 19(1): 119-40.
18. Britto FR, Samperiz MMF. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. *Einstein* 2010; 8:80-5.
19. Scheier DB. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *J N Y State Nurses Assoc* 2009;40(1):4-10.
20. Middleton A, Niruban A, Girling G, Myint PK. Communicating in a healthcare setting with people who have hearing loss. *BMJ* 2010.
21. Oliveira HR, Lopes KS, Pinto NMM. Percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência prestada ao deficiente auditivo. *Rev. Enferm Integrada – Ipatinga* 2009;2(1): 165-175.
22. Hoang L, Lahousse SF, Nakaji MC, Sadler, GR. Assessing deaf cultural competency of physicians and medical students. *J Cancer Educ* 2011; 26(1):175-82.
23. Muñoz-Baell IM, Ruiz-Cantero MT, Álvarez-Dardet C, Ferreiro-Lago E, Aroca-Fernández E. Comunidades sordas: ¿pacientes o ciudadanas? *Gac Sanit* [Internet]. 2011 [Acessado 2012 Abr 24];25(1): 72-78. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000100012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112011000100012>.

4.3 ARTIGO 3

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: CONHECIMENTO E FONTE DE INFORMAÇÕES DE SURDOS

HEALTH-DISEASE PROCESS: SOURCE OF KNOWLEDGE AND INFORMATION SOURCE FOR DEAF

(Submetido ao periódico Physis)

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag

RESUMO

Objetivo: Compreender o conhecimento dos surdos sobre saúde e doença e as fontes de informações dos surdos. **Metodologia:** Estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa, realizado de outubro de 2011 a julho de 2012, em uma instituição que atendimento de pessoas com deficiência. Foram realizadas entrevistas individuais, com surdos acima de 18 anos, que se comunicassem por Libras, com condição cognitiva para interagir com a pesquisadora bilíngue. As entrevistas realizaram-se em língua de sinais, e, por isso, foram filmadas em arquivo MP4, transcritas e traduzidas para o português. A abordagem incluiu dados socioeconômicos e o conhecimento e as formas dos surdos aprenderem sobre saúde e doença. O número de participantes foi determinado pela saturação do conteúdo. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Entrevistaram-se 11 pessoas, com idade média de 30,6 anos. Das falas surgiram as categorias: Processo Saúde-Doença e Informações sobre saúde, com as subcategorias Conhecimento sobre saúde/doença, Atendimento médico na resolução dos problemas, Determinação divina, Fontes de informações de saúde, Aprendizagem sobre saúde, e Familiares e saúde. **Considerações finais:** Os entrevistados apresentaram um conhecimento limitado sobre o processo saúde-doença, comprometendo o protagonismo em saúde, as informações pela dificuldade em acessar fontes de informações e gerando a dependência de ouvintes, devido à barreira da comunicação. Os sujeitos valorizam o médico como imprescindível para o processo saúde-doença. Alguns expuseram não conhecer sobre saúde, devido a fontes precárias e pouco eficientes, disponibilizando informações primárias, sem profundidade de conteúdos, e, por isso, reivindicaram mais oportunidades.

Palavras-Chave: Processo Saúde-Doença; Informação de Saúde ao Consumidor; Educação em Saúde; Surdez.

ABSTRACT

Objective: To understand the knowledge of deaf people on health and disease and the sources of information for the deaf. **Methods:** A descriptive-analytical study, with a qualitative approach, conducted from October 2011 to July 2012, in an institution that assist people with disabilities. Individual interviews were conducted with deaf people above 18 years, which communicate by Libras with cognitive condition to interact with the bilingual researcher. The interviews were conducted in sign language, and therefore were recorded in MP4 format, transcribed and translated into Portuguese. The approach included socioeconomic data and knowledge and ways of deaf people learn about health and disease. The number of subjects was determined by the content saturation. Data were analyzed using content analysis of Bardin. **Results:** We interviewed 11 people with an average age of 30.6 years. From the speeches the following categories emerged: Health-Disease Process and health information, with the subcategories: Knowledge about health-disease, Health care in solving problems, Divine determination, Sources of information about health, Learning about health, and Family and health. **Final considerations:** The respondents had limited knowledge about the health-disease process, undermining the role in health, the information by the difficulty in accessing sources of information and generating dependency of listeners because of the communication barrier. The subjects value the doctor as essential to the health-disease process. Some demonstrated no knowing about health due to poor and inefficient sources, providing primary information, without depth of content, and therefore more opportunities claimed.

Keywords: Health-Disease Process; Consumer Health Information; Health Education; Deafness.

INTRODUÇÃO

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que, ao longo dos anos, elas têm sido compreendidas ou enfrentadas de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Elas dependem do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido. Esse entendimento varia de acordo com a cultura de cada lugar e o momento histórico. Por tudo isso, a conceituação de saúde se faz tão difícil de ser fixada, uma vez que está condicionada ao momento histórico e às condições concretas e peculiares de existência (CÂMARA *et al.*, 2012).

Faz-se indispensável compreender o que a saúde significa e representa dentro de uma sociedade antes de elaborar uma política que vise alcançá-la. Não se pode querer atingir a saúde desconhecendo-a e, da mesma forma, é incoerente tentar que

todos tenham direito à saúde, sem discutir o que constitui tal direito (BADZIAK; MOURA, 2010).

O conflito entre saúde pública e medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença estiveram no centro do debate sobre a configuração desse novo campo de conhecimento, de prática e de educação. A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Milhões de pessoas sofrem por não ter uma vida saudável pelos mais diversos aspectos relacionados à saúde, e muitos dos problemas de saúde seriam evitados se todos tivessem ao seu alcance programas preventivos e profiláticos de saúde pública, ou, simplesmente, educação em saúde.

Estudos revelam que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir da percepção de saúde dessa população, a qual se ergue a partir de seu contexto sociocultural. O conhecimento prévio dessa percepção de saúde da comunidade, que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença, é fundamental para a eficiência das ações de assistência e educação em saúde (CÂMARA et al., 2012).

Assim, a informação é um direito constitucional, por meio do Art. 5º inciso XIV, de assegurar a todos o acesso à informação e resguardar o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

O nível de instrução dos sujeitos influencia em diferentes formas nos cuidados de saúde: na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a Lei de Acessibilidade, nº 10.098, de 2000, atribuiu como responsabilidade do Poder Público o dever de promover a eliminação de barreiras na comunicação e estabelecer mecanismos e alternativas técnicas que tornem

acessíveis os sistemas de comunicação e sinalização às PcDs sensoriais e com dificuldade de comunicação, para garantir-lhes o direito de acesso à informação, à comunicação, ao trabalho, à educação, ao transporte, à cultura, ao esporte e ao lazer.

As práticas educativas realizam-se na perspectiva da passagem de um saber ou de uma informação focalizada no desenvolvimento de comportamentos ou hábitos saudáveis. Isso implica que, além da transformação da situação de saúde da sociedade brasileira, incumbe-se ao profissional da saúde a necessidade de uma permanente transformação da consciência sanitária dos brasileiros (BRASIL, 2007).

Especialmente para as PcDs, a Convenção sobre os Direitos das PcDs, promovido pela ONU em 2006, no artigo 21, norteia que “os Estados Partes deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar que as PcDs possam exercer seu direito à liberdade de expressão e opinião, inclusive à liberdade de buscar, receber e fornecer informações e ideias, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas e por intermédio de todas as formas de comunicação de sua escolha” (ONU, 2006, p. 12).

Os surdos que utilizam a língua de sinais como meio de expressão enfrentam muitas dificuldades na comunicação para receber informações sobre a própria saúde. Muitos profissionais de saúde desconhecem as formas de melhorar a comunicação com usuários surdos, a fim de proporcionar-lhes um nível de cuidados igual ao das pessoas ouvintes.

Uma língua falada ou escrita representa um desafio para as pessoas surdas, evidenciando-se que sujeitos surdos com um grau de instrução de pós-graduação apresentam uma compreensão de leitura a um grau de quarta série. Não compreender a informação de saúde por escrito ou instruções para o cuidado pode afetar negativamente os resultados dos tratamentos de saúde (SCHEIER, 2009).

A escolha do tema baseou-se na observação de que a inclusão das PcDs está em um processo de construção e, nesse sentido, a saúde mostra-se como importante fator de inclusão social. Na Paraíba, esse processo é de grande importância, visto que está entre os estados com a maior proporção de PcDs, entre estes, os surdos. Na tentativa de resolver essa situação, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em 2008, apresentou como algumas das

prioridades: Técnicas de sensibilização e qualificação de recursos humanos para assistência às pessoas com necessidades especiais.

Repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionados à comunidade, incluindo a dimensão social e política do processo saúde-doença para o fortalecimento do controle social, é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde. Contribui para o desenvolvimento do conceito de cidadania, entendido como direito e dever do cidadão de participar ativamente de processos relevantes de interesse público, como é o caso da saúde, e para benefício da coletividade (CÂMARA RA et al., 2010).

Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo de compreender o conhecimento dos surdos sobre saúde e doença e as fontes de informações dos surdos.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, com abordagem qualitativa, que foi realizado de outubro de 2011 a julho de 2012, em uma instituição pública de referência no Estado da Paraíba em atendimento de PcDs, localizada em João Pessoa/PB.

O cenário foi escolhido por seu trabalho na inserção, articulação e fortalecimento da comunidade surda na Paraíba, tendo sido esclarecido aos colaboradores que a eleição do cenário serviu apenas para localizar os sujeitos e que os questionamentos sobre os serviços de saúde pública não se relacionavam aos serviços prestados pela instituição.

A população investigada foi formada por surdos que aguardavam atendimento nos serviços da instituição, respeitando os critérios de inclusão determinados: ter acima de 18 anos de idade; se comunicar em língua de sinais; apresentar condição cognitiva que permitisse a interação com a pesquisadora bilíngue, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e aceitando voluntariamente sua participação.

Foram realizadas entrevistas individualmente, considerando a disponibilidade e conveniência do entrevistado. A comunicação nas entrevistas ocorreu por meio da língua de sinais, por ser a língua dos participantes, e, devido à fluência em Libras da pesquisadora, foi estabelecido contato direto com os surdos, mantendo a privacidade das informações. Diante do uso de uma comunicação espaçovisual, as entrevistas foram filmadas em arquivo MP4, transcritas e traduzidas para o português. Depois foram avaliadas por um juiz surdo bilíngue para confirmar as traduções. Considerando a dificuldade em identificar um profissional qualificado em tradução Libras-português com domínio pleno nos dois idiomas, a averiguação das traduções limitou-se, portanto, a um único profissional surdo.

Para a condução das entrevistas, contou-se com um roteiro de entrevistas, com dados socioeconômicos e questões que indagaram o conhecimento dos surdos sobre saúde e doença, e suas fontes de informações. O número de participantes foi determinado pela saturação do conteúdo das falas.

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011), que estabelece um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal que permitam a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases (pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação) e a categorização dos dados se deu agrupando os temas que têm o mesmo significado.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, através do CAAE nº 0448.0.133.000-11. Registra-se o cumprimento dos princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 11 entrevistas, cuja caracterização dos entrevistados é apresentada pelo Quadro 1. Os entrevistados eram, em sua maioria, do sexo masculino, com idade média de 30,6 anos. Destaca-se que os mesmos apresentam um nível educacional bom, com 10 dos 11 sujeitos relatando ter pelo menos o ensino médio completo. Ao observa-se a família, nota-se um predomínio de sujeitos

coabitando com quatro ou mais familiares, e uma renda familiar entre um e dois salários mínimos. Entretanto, destaca-se também que apenas seis indivíduos afirmaram ter algum familiar, sem considerar o cônjuge, que soubesse a língua de sinais.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

	SEXO ¹	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	FAMILIARES E CONHECIMENTO DA LIBRAS	RENDA FAMILIAR ³
CAVIÚNA	F	43	Médio	Irmã e sobrinha	1 a 2
BARBATIMÃO	M	23	Médio	Ninguém	Não informado
BUGREIRO	M	36	Superior ²	Mãe e irmã surda	1 a 2
CAPIXINGUI	M	24	Médio	Só a esposa	1 a 2
MONJOLEIRO	M	33	Superior	Só a esposa	5 ou mais
GURUCAIA	F	39	Fundamental ²	Ninguém	1 a 2
MUTAMBO	M	23	Superior ²	Mãe e irmã	1 a 2
URUCUM	M	44	Superior ²	Mãe e tia e esposa	3 a 4
TIMBÓ	M	24	Médio	Mãe	3 a 4
MARICÁ	F	23	Médio	Mãe e irmãos	1 a 2
JACARANDÁ	F	25	Médio	Mãe e irmãos	Não informado

¹ F=feminino, M= masculino. ² incompleto. ³ salários mínimos. Fonte: dados da pesquisa.

Das falas dos entrevistados foram estabelecidas as seguintes categorias temáticas: Processo Saúde-Doença e Informações sobre saúde, e suas respectivas subcategorias, como se observa no Quadro 2, logo abaixo.

Quadro 2 – Apresentação das categorias e subcategorias organizadas a partir das falas dos entrevistados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	Conhecimento sobre saúde/doença
	Atendimento médico na resolução dos problemas
	Determinação divina
INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE	Fontes de informações de saúde

	Aprendizagem sobre saúde
	Familiares e saúde

Fonte: construção das autoras.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As definições de doença e saúde constituem a base sobre a qual se fundamentam certos direitos básicos relativos ao acesso do cidadão às diversas instituições de cuidado médico (SERAFIM, 2010). No tocante às representações sociais de saúde e doença, a saúde é identificada como representações do campo das lutas políticas, considerando o componente simbólico como definidor do acesso, pois, a depender das concepções sobre a saúde, a doença e o processo saúde-doença, a sociedade organiza-se para prover a saúde ou evitar as doenças, e podem ser planejados caminhos diferentes de intervenção para garantir a entrada do usuário no sistema de saúde (FONSECA, 2007; JESUS; ASSIS, 2010).

A doença sempre esteve presente na história da humanidade, associada a aspectos religiosos ou como produto da desarmonia entre as forças vitais. Embora tenha um cunho teórico exclusivo, o conceito de saúde se reveste de ampla importância, pois nele estão fundamentadas as políticas de saúde pública e sua forma de execução (BADZIAK; MOURA, 2010).

O modelo da determinação social da saúde/doença articula as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (FONSECA, 2007). A OMS define a saúde como "um o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças". Essa definição é de fundamental importância para as políticas de saúde pública, na medida em que considera não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente, e orienta as políticas de saúde pública a centrarem-se em medidas de promoção da saúde, mais eficazes e com menor custo do que o

modelo assistencialista e curativo, antes pautado na doença (BADZIAK; MOURA, 2010).

Cotidianamente expressam-se compreensões sobre saúde e doença. Quando se opta por um determinado estilo de vida, sempre se está se referindo a uma determinada compreensão de saúde e de enfermidade. Por sua vez, as práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, consciente ou não, estão relacionadas diretamente a determinadas concepções de saúde/doença e cuidados vigentes (FONSECA, 2007).

Conhecimento sobre saúde e/ou doença

Todas as atitudes na área da saúde, desde o diagnóstico clínico até questões legais referentes aos direitos no âmbito da saúde, pautam-se em um entendimento simples e ao mesmo tempo complexo do que é ou do que significa o “ser saudável” (SERAFIM, 2010).

Observam-se duas realidades bem distintas entre os entrevistados. Uma delas confirma a literatura (PEREIRA; FORTES, 2010), onde os surdos têm uma compreensão incompleta sobre os processos de saúde e doenças, e é destacada pela falta de acesso a informações, conforme as falas abaixo:

Ninguém nunca me ensinou nada de saúde. (CAVIÚNA)

Não sei como aparece. Se me perguntar, não sei nada. Só sinto dor. Não sei como acontece. (TIMBÓ)

A gente não entende o que acontece. (CAPIXINGUI)

A condição da surdez traz repercussões muitas vezes invisíveis para a vida dos surdos, como a falta de oportunidade de aprender sobre saúde e doença. Mesmo que sejam alfabetizados em português, a informação escrita também é limitada. Embora a maioria dos sujeitos tenha apresentado um grau de escolaridade de ensino médio completo, alguns deles relataram não ter conhecimentos sobre o que é saúde ou doença.

Falta aos surdos a chamada “consciência sanitária”, que é um componente cognitivo através do qual a população compreende a determinação social do processo saúde-doença e, da mesma forma, os fatores que determinam a organização social das práticas de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Todavia, com as dificuldades de obter conhecimento sobre saúde ou doença, os sujeitos que demonstraram possuir algum tipo de conhecimento a respeito do processo de adoecimento, estavam seguindo o modelo tradicional biomédico, já que é mais observável e com experiências concretas de acometimentos do corpo, como se observa nas falas a seguir:

Existem dois tipos: um é aquele evitável, precisa cuidar da saúde, comer certo. Ter cuidado para não engordar e coisas assim. Outra coisa é quando aparece de repente, vem de dentro do corpo e se espalham. Então são dois tipos: um evitável e outro de surge de repente.
(MONJOLEIRO)

Tem uma doença simples que é fácil, mas também tem a doença profunda, perigosa que eu não conheço bem, não. A doença simples tem a febre, manchas no corpo, uma dor de barriga. Mas eu não sei como acontece. (GURUCAIA)

Coisas de saúde... resfriado, dor de garganta, dor de barriga, alergia e coisas do tipo.
(MUTAMBO)

Diante da compreensão exposta nas falas dos entrevistados, a literatura debate o modo como as pessoas entendem seu processo de adoecimento, como uma tendência natural ou instintiva de um sujeito com um problema de saúde, ou de qualquer um que se ponha no seu lugar, de associar esse fato com um mal indesejável que o aflige e o impede de realizar as principais atividades de sua vida. As informações que os sujeitos têm são sobre o fato físico que atinge a funcionalidade de algum de seus órgãos e acaba lhe gerando um desconforto pessoal ou mesmo social (SERAFIM, 2010).

Atendimento médico na resolução dos problemas

Alguns dos entrevistados, segundo as falas a seguir, evidenciaram como importante o atendimento médico para alcançar a saúde, entender o que acontece com o próprio corpo e qual o meio de ‘curar’ as doenças. Apesar do reconhecimento

da importância do atendimento clínico exposto pelos entrevistados, a literatura apresentou que muitas pessoas surdas relataram experiências negativas com o sistema de saúde, onde sentiam que os profissionais de saúde têm má vontade, não têm paciência e se sentem desconfortáveis em trabalhar com eles, e também temem serem oferecidas opções de cuidados de saúde precárias por causa de sua surdez e serem confundidos com PcD intelectual (IANNI; PEREIRA, 2009; PEREIRA; FORTES, 2010).

Quando tem alguma coisa errada no corpo, daí a gente vai ao médico, mostra para ele descobrir o que é e nos dar o remédio para nos curar, nos proteger e resolver o problema. (JACARANDÁ)

Quando você vai ao médico, acaba com a doença e fica com saúde. Só indo ao médico, para curar as doenças, evitar algumas coisas que piorem a saúde, aprender coisas que são perigosas para saúde. Só indo ao médico para saber essas coisas. (MARICÁ)

Eu falo sobre a importância de ir ao médico para investigar sobre como está a saúde, ele fazer uma avaliação da nossa saúde... O surdo precisa ir ao médico saber como andam as coisas no próprio corpo, se está tudo bem por dentro. Ele passa remédio para gente melhorar, e com um intérprete para poder explicar tudo direitinho, combina bem. A gente segue com saúde. (CAPIXINGUI)

Uma vez eu fui ao médico sozinho e disse que estava sentindo a minha pressão alta, o médico mediu e confirmou. Ele me disse que eu precisava tomar um remédio embaixo da língua, depois de meia hora eu fui ao banheiro várias vezes e a pressão baixou. Ele mediu de novo e fui para casa. (URUCUM)

Destaca-se que o participante identificado como *Urucum* relatou uma experiência de atendimento de emergência, declarando ter ‘resolvido seu problema de saúde’, contudo observa-se que o mesmo não demonstrou conhecimentos sobre de que medicação fez uso ou sobre as causas e repercussões de seu acometimento. Esse fato traz preocupações sobre as consequências da desinformação sobre saúde ou doença das pessoas surdas e do quanto isso influencia negativamente seus cuidados de saúde.

Nos problemas enfrentados por surdos nos atendimentos de saúde, mal-entendidos podem ocorrer, pois o profissional pode pensar que sua intenção foi entendida, quando não o era, e o usuário surdo pode pensar que compreendeu o significado, quando não o fez. Isso pode levar a erros de medicação, compromissos perdidos, e incompreensão dos diagnósticos (SCHEIER, 2009).

A falta de consciência por parte dos profissionais de saúde, quanto ao impacto extremo da perda auditiva na capacidade de se comunicar, aprender e cuidar de si mesmo, pode atrapalhar os cuidados de saúde prestados à população de surdos (SCHEIER, 2009). Outro estudo realizado com surdos sobre a assistência a saúde, relatou que os profissionais de saúde deveriam saber que os surdos pertencem a uma cultura própria, e aprender a lidar com suas necessidades (PEREIRA; FORTES, 2010). Sendo assim, recomenda-se que estudantes e profissionais da área de saúde sejam ensinados a reconhecer diferentes preferências de comunicação associadas à surdez, e apreciar as experiências psicossociais de pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

Determinação divina

A religiosidade se refere às formas pelas quais os símbolos religiosos são vivenciados e continuamente ressignificados, através de processos interativos concretos entre indivíduos e grupos. É relevante para um país que tem na religiosidade uma característica marcante e onde se manifesta uma diversidade de crenças religiosas e espirituais que podem influenciar a saúde da população (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença estiveram vinculados aos diferentes entendimentos das sociedades humanas. Com um forte histórico nas mais diferentes culturas, a visão religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. O recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões, atestam a força de sua presença na cultura brasileira (FONSECA, 2007).

Deus nos dá a saúde, a gente precisa ter fé para ter saúde, e que cada vez mais vai melhorar. Primeiro Deus dá a saúde, aí a gente luta e tem fé de continuar assim. Eu não sei como acontece, Deus é quem sabe e dá a cura. (GURUCAIA)

A explicação para a relação da religiosidade e com a comunidade surda está na história dessa comunidade no Brasil, onde os grupos religiosos se apresentaram

como solidários à condição dos surdos, disseminando a língua de sinais para ouvintes para propiciar acesso à doutrina à comunidade surda (LACERDA, 2010).

Assim, a doutrina religiosa se mostra como uma fonte de informação mais acessível à população surda. Como referido pela entrevistada, muitas pessoas atribuem a Deus o surgimento e a cura das doenças e acometimentos do corpo. Estudos realizados mostram que a religiosidade pode prejudicar a pessoa. Em certos casos, a religião pode impedir que os usuários procurem o serviço de saúde devido à sua crença. Foi relatado que os usuários podem considerar que Deus substitui um tipo de atendimento ou que já estão protegidos (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Esse entendimento traz uma preocupação, pois, seguindo esse raciocínio, não seriam necessários cuidados preventivos e cuidados de saúde.

Confirmando a preocupação, a literatura identificou que pessoas surdas têm menos conhecimentos do que a população ouvinte, prejudicando a condição de tomar decisões sobre sua saúde (PEREIRA; FORTES, 2010).

A Política de Humanização do SUS pretende realizar o princípio da integralidade no atendimento ao usuário, levando em consideração as diferentes dimensões do processo saúde-doença e a subjetividade. Nesse sentido, a espiritualidade, deve ser vista como uma das dimensões da subjetividade humana, e precisa encontrar o seu lugar no atendimento humanizado (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

O saber apenas se desenvolve a partir de um processo de comunicação, do estabelecimento de prioridades, e é dependente dos espaços e canais de transferência de informação, assim como dos agentes que neles e com eles atuam e que acabam por mediar a ação comunicativa (GOMES, 2008).

Considerando a implicação dos meios para transmitir as informações, recomenda-se traduzir as informações em saúde para a língua de sinais e adaptar a apresentação dessa informação para que seja culturalmente apropriada aos indivíduos. Informações de saúde acessíveis e culturalmente apropriadas podem

ajudar os usuários da língua de sinais, os surdos, a tomar decisões sobre comportamentos de saúde e associados com riscos de doenças crônicas (BARNETT *et al.*, 2011).

O acesso à informação em saúde está hoje grandemente facilitado pelas novas tecnologias de informação e comunicação, particularmente a Internet, as quais podem exercer uma grande influência sobre a situação de saúde e, em particular, sobre as iniquidades em saúde, por meio de diversos mecanismos (BRASIL, 2008). Por isso, a Convenção sobre os direitos das PcDs, em 2006, orientou que devem ser promovidas formas apropriadas de atendimento e apoio a PcDs, a fim de assegurar-lhes seu acesso a informações, a novos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, inclusive à Internet (ONU, 2006).

A educação em saúde tem grande papel para diminuir a distância existente entre descobertas/estudos científicos e a aplicação destes na vida diária das pessoas. Busca desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem, e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (CÂMARA *et al.*, 2012).

Fontes de informações de saúde

Os sujeitos da pesquisa relataram ter pouco ou nenhum conhecimento de saúde, pela falta de acesso a fontes de informações, até mesmo dos veículos de informação de massa, como a televisão. Isso acontece porque o conhecimento é privado, enquanto que a informação é pública. A informação pode ser transmitida, distribuída, disseminada; mas o conhecimento, por si só, está impedido desse movimento. A sua circulação apenas é possível com a sua representação pela informação (GOMES, 2008).

A televisão sempre mostra muita informação sobre saúde, mas não tem intérprete. Na televisão eu sei que tem um programa sobre saúde, que mostra e ensina as coisas, mas falta o intérprete no quadrinho para traduzir para língua de sinais. Por isso continuamos ignorantes... Como eu sozinho vou entender que comida evitar, que cuidados tomar com o meu corpo? (MONJOLEIRO)

São consideradas barreiras na informação quaisquer entraves ou obstáculos que dificultem ou impossibilitem a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios de comunicação, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação (SCHIRMER, 2008). Assim, é necessária a adaptação aos meios de comunicação de massa, como a interpretação em Libras de programas de informativos sobre saúde, conforme apontado pelos entrevistados.

Eu vejo nos livros, sobre como evitar, coisas assim, mas não sei nada mais profundo não. A leitura é bem difícil. (BARBATIMÃO)

O que eu conheço sobre saúde é sobre a AIDS. Na escola eles explicaram sobre como pega essa doença e eu aprendi, só. [...] Outros lugares para aprender sobre saúde não tem. Só sei sobre evitar AIDS, drogas, essas coisas. Eu aprendi que é proibido. Eu aprendi aqui na FUNAD, e fora, na universidade. (MUTAMBO)

Pessoas surdas têm acesso limitado a materiais educativos e, por isso, confiam em seus colegas surdos para informações de saúde, o que reforça a desinformação (SCHEIER, 2009). Ainda assim, os entrevistados exibem características controversas, pois apresentam média elevada de grau de instrução, ensino médio completo e, ainda assim, baixo nível de informações, com fontes limitadas. Ao contrário do que mostra a literatura, com uma média de 20,8% de analfabetos na Região Nordeste (BRASIL, 2008).

Apesar do papel da escola como importante fonte de informações, a baixa escolaridade dos indivíduos, o que seria um obstáculo para obter informações, já dificulta o acesso a informações escritas. No caso dos surdos, há a particularidade da língua desse segmento, pois a escolaridade está associada à sua segunda língua e não à sua língua-mãe, a língua de sinais. Por isso, materiais educativos escritos para crianças com nível educacional de oitava série podem ser muito avançados para muitas pessoas surdas com nível de escolaridade maior (SCHEIER, 2009).

Como alternativa, indica-se o desenvolvimento de métodos que podem ser facilmente acessados por pessoas surdas ou com dificuldades auditivas e que incorporam vários modos de comunicação e recursos visuais, incluindo a Internet, o que pode aumentar a capacidade dos programas de promoção da saúde para divulgar informações e ensinar habilidades que irão reduzir o comportamento de risco (WINNINGHAM *et al.*, 2008).

Aprendizagem sobre saúde

Concebe-se a comunicação como um processo inerente ao compartilhamento de saberes, e que a educação dela se vale para apresentar conteúdos informacionais que sustentam as ações de geração do conhecimento, por meio das diversas linguagens, podendo provocar o aparecimento de uma nova informação (GOMES, 2008).

De um modo geral, os entrevistados referiram não ter acesso a fontes de informações disponíveis para aprenderem sobre saúde, expuseram sua fragilidade quanto ao aprendizado sobre saúde, apontado que esta é uma realidade de outros surdos e agravada pela falta de comunicação no âmbito familiar, como exposto nas falas a seguir:

Não sei nada... Meus amigos não sabem nada. Na minha família não tem comunicação... o que eu sei é zero! Não como a gente aprender. (MONJOLEIRO)

Não tem como... Eu não aprendi nada! (BUGREIRO)

Não sei nada. (TIMBÓ)

É muito importante que os surdos participem de palestras, com intérprete, para aprender e entender com clareza. (MUTAMBO)

Ao observar as falas dos sujeitos, quando questionados sobre como fazem para obter informações sobre saúde, nota-se que o atendimento prestado parece não estar satisfazendo todas as necessidades do usuário, o que lhe permitiria maior autonomia em relação à própria saúde, em termos de informação e orientação que o profissional de saúde, por meio do conhecimento adquirido, pode prestar para a manutenção do seu bem-estar (LIMA et al., 2007).

Entre as pessoas surdas ou com deficiência auditiva, há uma rede de comunicação complexa e altamente eficiente. As evidências sugerem que a informação percebida como importante é rapidamente transmitida através desta rede a pessoas com perda auditiva em todo o país. Pessoas surdas também usar menores segmentos da rede para compartilhar informações na comunidade, mantendo assim a coesão do grupo (WINNINGHAM et al., 2008).

Um canal de comunicação útil também pode torná-lo um canal de comunicação prejudicial em que, como uma fonte informal de informações, ele é suscetível à imprecisão e falta de informação (WINNINGHAM et al., 2008). Por isso, reforça-se a importância da comunidade surda para treinar e qualificar pessoas surdas a se tornarem educadores e comunicadores sociais capazes de fornecer informações sobre cuidados de saúde necessários para os membros desta comunidade.

A legislação brasileira, reconhecendo as especificidades comunicativas da comunidade surda, por meio do Decreto 5.696, de 2005, orienta que os atendimentos em serviços públicos de saúde devam ser prestados por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação.

Familiares e saúde

A surdez tem sido analisada como um obstáculo que isola a criança de sua família e da comunidade ouvinte, e é entendida como um tipo de privação sensorial cujos efeitos têm sido associados a caracterizações estereotipadas da pessoa surda, a quem são atribuídos traços como baixa sociabilidade, imaturidade emocional, entre outros estereótipos reforçados por uma sociedade que tem dificuldade de conviver com as “diferenças” (BITTENCOURT; HOEHNE, 2009).

Para o surdo que apresenta uma cultura diferente de sua família, a incapacidade de se comunicar com seus pares e familiares pode levar a sentimentos de inadequação e baixa autoestima (SCHEIER, 2009). Os relatos dos sujeitos apontam a mãe como a figura familiar mais marcante para o aprendizado sobre saúde. Dos sete entrevistados que referiram ter algum parente que sabia se comunicar em Libras, seis destes destacaram a mãe como o parente com quem conseguiam a melhor comunicação. E isso é confirmado pelos achados de outros estudos (PEREIRA; FORTES, 2010), destacando a mãe como acompanhante e mediadora na assistência do usuário surdo, como observado pelas falas a seguir:

Sempre pergunto à minha mãe e ela me explica tudo e eu aprendo. Sou muito curiosa. Quando acontece alguma coisa com alguém eu sempre quero saber o que e como aconteceu, pergunto à minha mãe e ela descobre e me fala. (MARICÁ)

Minha mãe sempre me explicou coisas de saúde... minha mãe interpreta tudo para mim.
(MUTAMBO)

Apesar de ser a realidade para alguns surdos, quatro dos entrevistados referiram que ninguém de sua família de origem sabia língua de sinais. De modo que os surdos têm dificuldade para conversar com membros da família que podem não ser sensíveis às suas necessidades de comunicação. A comunicação familiar é por vezes tensa, porque a maioria das pessoas surdas têm pais ouvintes que não são fluentes em língua de sinais (SCHEIER, 2009).

O entendimento que familiares têm de surdez, as orientações recebidas dos profissionais e suas expectativas constroem, mesmo sem o saber, uma determinada concepção de surdez. Entendendo que a concepção de surdez que a família tem, em particular a mãe, vai responder na relação com seu filho surdo (SILVA; PEREIRA; ZANOLLI, 2007).

Apesar do que foi apontado, onde é a figura da mãe a provedora de informações de saúde, sabe-se a responsabilidade dos profissionais de saúde em orientar e informar a todos da população sobre os cuidados em saúde, para prevenção e tratamento adequado. Porém, não só as famílias têm dificuldade em aprender língua de sinais, a maioria dos profissionais de saúde desconhece a cultura surda e a língua de sinais (SCHEIER, 2009), de modo que deveriam encontrar maneiras de se comunicar com os usuários surdos e, assim, diminuir a desinformação e frustração dos mesmos.

A mãe que concebe a surdez como doença procura se comunicar oralmente com seu filho, enquanto que a mãe que vê a surdez como diferença faz uso de sinais e da fala para se comunicar (SILVA; PEREIRA; ZANOLLI, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os surdos entrevistados neste estudo apresentaram um conhecimento limitado sobre o processo saúde-doença, e alguns deles referiram desconhecer qualquer noção sobre saúde. Esse fato traz repercussões diversas para a qualidade de vida dos indivíduos, como a falta de protagonismo quanto ao autocuidado de saúde, falta

de informações pela dificuldade em acessar fontes de informação e a dependência de ouvintes, familiares, amigos e intérpretes de Libras, devido à barreira da comunicação. Mesmo assim, se nota que os sujeitos seguem o modelo biomédico centrado na saúde como ausência de doenças, por meio da valorização do médico como sendo imprescindível para o processo saúde-doença, na cura das doenças.

Os surdos não conseguem promover cuidados preventivos de saúde, e buscar serviços de saúde ou seguir adequadamente um tratamento de saúde. Sendo tratados pelos ouvintes, familiares e profissionais como vulneráveis, devido à barreira da comunicação, e também pela falta de habilidades e competência dos profissionais em reconhecer a cultura surda e suas necessidades comunicativas em língua de sinais.

No que concerne ao aprendizado de saúde, foi identificado que alguns surdos não têm conhecimentos sobre saúde e que reivindicam mais oportunidades para aprender sobre saúde, assim como os demais ouvintes. Quando se fala em informações de saúde, encontra-se um quadro ainda mais inquietante, onde as fontes de informação para os indivíduos surdos são precárias e pouco eficientes, disponibilizando apenas informações primárias, sem profundidade de conteúdos. Apontaram que a comunicação em meios de massa, como a televisão, ainda é inalcançável para os surdos, limitando seu acesso a informações que são disponíveis para ouvintes de todas as idades.

Mesmo tendo um nível educacional acima do ensino médio, os surdos necessitam de adequações em materiais educativos e informativos, considerando as características da cultura surda e da língua de sinais, de modo a promover uma igualdade de oportunidades de aprendizado. Destarte, sugere-se que a educação em saúde, tão difundida por ações de prevenção e promoção da saúde, possa ser adaptada a pessoas que se comunicam em língua de sinais, para que elas possam adquirir o conhecimento necessário para cuidar plenamente de sua própria saúde e tomar suas decisões de saúde com autonomia.

A educação em saúde deve ser pensada e executada, tanto pelas escolas, como educadoras, quanto pelos profissionais de saúde, como cuidadores da saúde. Por isso, a formação profissional e o serviço público devem incorporar às suas práticas a sensibilização dos estudantes e profissionais quanto à cultura surda e

suas repercussões na vida dos surdos, bem como as estratégias de minimizar os obstáculos provenientes dessa surdez.

Destaca-se que, mesmo tendo sido realizado em uma instituição que atende a todo o estado paraibano, sabe-se que os habitantes de cidades do alto sertão paraibano não conseguem chegar a tal instituição devido à distância e, por isso, este estudo apresentou a limitação de não alcance em todo o estado. Assim, recomendam-se estudos complementares que alcancem lugares distantes dos grandes centros urbanos, onde notoriamente não se consegue usufruir da gama de recursos para o atendimento da população da capital.

Este artigo é parte da dissertação “Assistência à Saúde: perspectiva dos surdos” do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba. Financiado pela UEPB, através do edital PROPESQ 02/2010.

REFERÊNCIAS

- 1 ALVES, J.S.; JUNGES, J.R.; LÓPEZ, L.C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.
- 2 BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *R. Saúde Públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. ISSN: 2175-1323.
- 3 BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 4 BARNETT, S. et al. Deaf Sign Language Users, Health Inequities, and Public Health: Opportunity for Social Justice. *Prev Chronic Dis*, v. 8, n. 2, 2011.
- 5 BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; HOEHNE, E.L. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1235-1239, 2009.
- 6 BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde. Brasília, Funasa, 2007, 70 p.

- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 8 BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.
- 9 CÂMARA, A.M.C.S. et al. Percepção do Processo Saúde-Doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v. 36, Supl. 1, p. 40–50, 2012.
- 10 FONSECA, A.F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- 11 GOMES, H.F. A mediação da informação, comunicação e educação na construção do conhecimento. *Revista de Ciência da Informação*. v. 9, n.1, 2008.
- 12 IANNI, A.; PEREIRA, P.C.A. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009, p. 89-92.
- 13 JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.
- 14 LACERDA, C.B.F. Tradutores e intérpretes de Língua Brasileira de Sinais: formação e atuação nos espaços educacionais inclusivos. *Cadernos de Educação*, Pelotas, n. 36, p.133 - 153, 2010.
- 15 LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 1, p.12-7, 2007.
- 16 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Nova York: ONU, 2006.
- 17 PEREIRA, P.C.A.; FORTES, P.A.C.A Communication and information barriers to health assistance for deaf patients. *American Annals of the Deaf*. v. 155, n. 1, 2010.
- 18 SCHEIER, D.B. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *Journal of the New York State Nurses Association*, v. 40, n. 1, p 4-10, 2009.

- 19 SCHIRMER, C.R. Acessibilidade na comunicação é um direito – comunicação alternativa é um caminho. *Teias*, Rio de Janeiro, a. 9, n. 17, p. 3-11, 2008.
- 20 SERAFIM, R.A. Teoria da comunicação social do conceito de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*. v.12, n. 1, 2010.
- 21 SILVA, A. B. P.; PEREIRA, M. C. C.; ZANOLLI, M. L. Mães ouvintes com filhos surdos: Concepção de surdez e escolha da modalidade de linguagem. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 23, n. 3, p. 279-86, 2007.
- 22 WINNINGHAM, A. et al. Lessons learned from more than two decades of HIV/AIDS prevention efforts: implications for people who are deaf or hard of hearing. *Am Ann Deaf*, v. 153, n. 1,p. 48–54, 2008.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes deste estudo apresentaram características como o predomínio de sujeitos do sexo masculino, com idades variando de 23 a 44 anos, sendo, em sua maioria, SUS-dependentes, com renda familiar média de dois salários mínimos, e quase todos tendo concluído o ensino médio. Quanto à surdez, se nota uma maior prevalência de sujeitos que foram diagnosticados ao nascer, tendo sido resultado de problemas perinatais e por isso sem familiares surdos. Relataram que aprenderam a língua de sinais só na adolescência, depois da frustração com a leitura labial e a oralização. Talvez, por isso, expuseram que poucos familiares, ou nenhum, sabiam se comunicar em língua de sinais, mesmo residindo com cerca de quatro familiares.

Ao analisar as falas dos sujeitos, observam-se importantes relatos sobre a acessibilidade nos serviços públicos de saúde; a comunicação com os profissionais de saúde ou suas estratégias para a assistência; a presença do mediador ouvinte, familiar ou intérprete de Libras; e o conhecimento dos surdos sobre saúde e doença e suas fontes de informação.

Destaca-se a acessibilidade dos surdos aos serviços de saúde, marcada por avanços e retrocessos. Como avanços, os sujeitos identificaram a gratuidade dos serviços públicos de saúde, apontada como único meio de ter assistência em saúde, e a Estratégia de Saúde da Família próxima aos domicílios, o que facilitou a formação de vínculos com os profissionais de saúde, uma maior compreensão sobre o atendimento a pessoas surdas e um aumento no acesso aos serviços de saúde. Como retrocessos, identificaram a existência de obstáculos, desde os comuns a todos, como a morosidade no atendimento e a formação de filas que desestimulam a procura por serviços públicos de saúde, até dificuldades inerentes à pessoa surda, como o despreparo e o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a cultura surda e a língua de sinais, dificultando o atendimento adequado aos surdos.

De modo que, como alternativa para prestar assistência, os profissionais de saúde utilizam estratégias de comunicação como a escrita e a presença de um acompanhante ouvinte, para mediar o encontro clínico, tornando o surdo passivo nesse processo. Entretanto, essas estratégias foram avaliadas como ineficientes, sendo relatada a perda da privacidade e do protagonismo dos sujeitos quanto ao entendimento sobre o cuidado com seu próprio corpo.

Os sujeitos relataram, também, que a presença do acompanhante, geralmente um familiar, contribui significativamente para serem compreendidos pelos profissionais de saúde,

expor o que sentem e entenderem o que é dito no seu atendimento clínico. Todavia, aludiram ressalvas por gerar dependência do acompanhante, perda da privacidade e da autonomia. Por isso, os participantes salientaram que preferiam ser atendidos por profissionais de saúde que soubessem língua de sinais, para poderem estabelecer uma comunicação direta, mantendo a sua privacidade e independência. Alguns deles referiram preferências por serviços de saúde que disponibilizam o serviço de interpretação de Libras, obedecendo à legislação brasileira. Fato que não vem sendo cumprido como deveria, já que ainda há poucos locais que disponibilizem este serviço.

Como resultado desta miscelânea de fatores que atrapalham os surdos nos serviços de saúde, os surdos apresentaram pouco conhecimento sobre o processo saúde-doença, e, em alguns casos, expuseram não ter qualquer conhecimento sobre o assunto. De modo que demonstraram ter pouca noção de cuidados preventivos ou de promoção da saúde, aprendidos por meio da escola, dos livros, de familiares, em especial a mãe, e de amigos como fontes de informações. Mencionaram outras fontes de informação, disponíveis para todos, todavia, inacessíveis a eles, devido à barreira da comunicação.

A assistência à saúde para os surdos é respaldada por importantes avanços legislativos, como o direito da população surda em ser atendida por profissional que se comunique em língua de sinais, seja ele o próprio profissional de saúde capacitado, seja o profissional intérprete de Libras.

Salienta-se que a gestão do SUS deve promover a acessibilidade aos serviços públicos de saúde para toda a população brasileira, não só no que diz respeito à acessibilidade geográfica e organização, mas, especialmente, sociocultural, esta última imprescindível para a comunidade surda, já que sua cultura e sua língua ainda são pouco difundidas. Sugere-se a qualificação dos profissionais que estão em serviço, e, antes disso, a formação em nível de graduação ainda na faculdade para aqueles que encontram-se no processo de formação profissional. Assim, se minimizariam tantas dificuldades relatadas pelos sujeitos surdos que buscam os serviços públicos de saúde.

Destaca-se que, mesmo o trabalho tendo sido realizado em uma instituição que atende a todo o estado paraibano, sabe-se que os habitantes de cidades do alto sertão paraibano não conseguem chegar a tal instituição devido à distância e, por isso, este estudo apresentou a limitação de não alcance em todo o estado. Sendo assim, recomendam-se estudos complementares que alcancem lugares distantes dos grandes centros urbanos, onde notoriamente não se consegue usufruir da gama de recursos para o atendimento da população da capital.

6 REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 1-2, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 dez 2011.
2. ARANHA, M.S.F. Paradigmas da relação da sociedade com as PcDs. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, ano XI, n. 21, 2001, p. 160-173.
3. BARBOSA, M.A.; OLIVEIRA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; DAMAS, K.C.A.; PRADO, M.A. Língua Brasileira de Sinais: um Desafio para a assistência de enfermagem. **R Enferm UERJ**. n. 11, 2003, p.247-51.
4. BARNETT, S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. **Acad Med**. v. 77, n. 7, 2002, p.694-700.
5. BARNETT, S.; FRANKS, P. Health care utilization and adults who are deaf: relationship with age at onset of deafness. **Health Serv Res**, v. 37, n. 1, 2002; p. 103-18.
6. BERNARDES, L.C.G. et al . PcDs e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 dez. 2011.
7. BISOL, C.; SPERB, T.M. Discursos sobre a surdez: deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 1, Mar. 2010.
8. BISOL, C.A.; SIMIONI, J.; SPERB, T. Contribuições da psicologia Brasileira para o estudo da surdez. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2008, v.21, n.3, p. 392-400. ISSN 0102-7972.
9. BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; MONTAGNOLI, A.P. Representações sociais da surdez. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 40, n. 2, 2007, p. 243-9.
10. BRASIL. **Lei n.º 7.853 de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social. Brasília, DF, 1989.
11. BRASIL. **Lei n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF, 2000.
12. BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 2002 a.
13. BRASIL. **Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, DF, 2002 b.

14. BRASIL. **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 [On-line], 2005. [citado 2011 fev. 10]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>.
15. BRASIL. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 a.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 b. 16p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009 a. 72 p. – (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 978-85-334-1399-3
18. BRITTO, F.R.; SAMPERIZ, M.M.F. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. **Einstein**. v. 8, 2010, p. 80-5.
19. CAMPOS, M.L.I.L. **Cultura Surda: Possível Sobrevivência no Campo da Inclusão na Escola Regular?** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. 2008.
20. CARDOSO, A.H.A.; RODRIGUES, K.G.; BACHION, M.M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 4, 2006.
21. CHAVEIRO et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enferm**. v. 15, n. 4, 2010, p.639-45.
22. CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M.A. A surdez, o surdo e seu discurso. **Rev Eletrônica Enferm** [periódico na Internet]. 2004 [citado 2007 jan. 15];6(2):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/surdez.html>
23. CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M.A.; PORTO, C.C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008.
24. CHAVEIRO, N; BARBOSA, MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n.4, 2005, p. 417-22.
25. CHAVEIRO, N; PORTO, C.C.; BARBOSA, MA. Relação do paciente surdo com o médico. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v. 75, n. 1, 2009, p. 147-50.
26. CORRER, R. Deficiência e Inclusão Social: Construindo uma nova comunidade. **Edusc**. Bauru, 2003.
27. COSTA, L.S.M. et al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Rev Bras Clin Med**. v. 7, 2009, p.166-170.

28. CROMACK, E.M.P.C. Identity, deaf culture and the building of subjectivity and education: crossings and social implications. **Psicol. cienc. prof.** [online]. 2004, vol.24, n.4 [citado 2011-05-04], pp. 68-77. ISSN 1414-9893.
29. CRUZ, M.L.C.M.; LOPES, V.M. Inclusão social do deficiente auditivo: uma reflexão do atendimento do psicólogo na internação hospitalar. **CES Revista**, v.21, 2007, p.191 - 202.
30. DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W.R. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**. v. 6, n. 11, 2009, p. 65-77
31. FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, 2006, p. 532-7.
32. GESUELI, Z.M. Língua(gem) e identidade: a surdez em questão. **Educ. Soc.** [online]. 2006, vol.27, n.94 [cited 2011-05-09], pp. 277-292. ISSN 0101-7330.
33. IANNI, A.; PEREIRA, P.C.A. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009, p. 89-92.
34. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico Brasileiro 2000**. [On-line]. 2000. [citado 2011 jun. 10]. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/>>
35. _____. **Censo Demográfico Brasileiro 2010: Resultados Preliminares da Amostra**. [On-line]. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtml>. Acesso em: 30 nov 2011.
36. KLEIN, M.; LUNARDI, M. L. Surdez: um território de fronteiras. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, v.7, n.2, 2006, p.14-23. ISSN: 1676-2592.
37. LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010.
38. MARIN, C.R.; GÓES, M.C.R. A experiência de pessoas surdas em esferas de atividade do cotidiano. **Cad. Cedes**, v. 26, n. 69, 2006, p. 231-249.
39. MARTINELLI, Maria Lúcia. Pesquisa Qualitativa - Um Instigante Desafio, São Paulo, Veras, 1999. In: RIBEIRINHO, C.M.C. **Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio**. Dissertação apresentada ao júri do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 2005, 299p.
40. MEADOR, H.E.; ZAZOVE, P. Health care interactions with deaf culture. **J Am Board Fam Pract**, v. 18, n. 3, 2005, p. 218-22.
41. MENDES, E.V. O sistema único de saúde um processo social em construção. In: _____. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec.1996, p. 45-64.

42. OLIVEIRA, H. R.; LOPES, K. S.; PINTO, N. M. M. Percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência prestada ao deficiente auditivo. **Rev. Enferm. Integrada – Ipatinga**, v. 2, n. 1, 2009. p.165-175.
43. OMOTE, S. Normalização, integração, inclusão... **Ponto de Vista**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 4-13, 1999.
44. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil**: Monitoração e análise dos processos de mudança. Washington, D.C.: OPAS, 2008.
45. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Deafness and hearing impairment**. Fact Sheet, Geneva, n. 300, Apr. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>>. Acesso em: 10 dez 2011.
46. PAGLIUCA, L.M.F; FIÚZA, N.L.G.; REBOUÇAS, C.B.A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm USP**. v. 41, n. 3, 2007.
47. PARAÍBA. **Edital 002/2009 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS / FAPESQ**, 2009.
48. POLIGNANO, M.V. **História das Políticas de Saúde no Brasil** – Uma pequena revisão. Disponível em: <ftp://ftp.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 18 dez 2011.
49. SANTANA, A.P.; BERGAMO, A. Cultura e identidade surdas: encruzilhada de lutas sociais e teóricas. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 26, n. 91, 2005, p. 565-582.
50. SANTOS, E.M.; SHIRATORI, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.68-76, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>.
51. SOUZA, M.T.; PORROZZI, R. Ensino de Libras para os Profissionais de Saúde: Uma Necessidade Premente. **Revista Práxis**. ano I, n. 2, 2009.
52. STEINBERG, A.G.; BARNETT, S.; MEADOR, H.E.; WIGGINS, E.A.; ZAZOVE, P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. **J Gen Intern Med**. v. 21, n. 3, 2006, p. 260-6.
53. VAGHETTI, H.H.; COELHO DE SOUZA PADILHA, Maria Itayra and CAMARGO MAIA, Ana Rosete. Geertz's theoretical - methodological teference as an option for studying culture in hospital organizations. **Cuad. Adm.**, Jul./Dec. 2006, vol.19, no.32, p.179-194. ISSN 0120-3592.
54. VERÍSSIMO, H. Inclusão: a educação da pessoa com necessidades educativas especiais: velhos e novos paradigmas. **Rev Benjamin Constant**. n. 18, 2001, p. 6-10.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Yanik Carla Araújo de Oliveira, mestranda da Pós-graduação em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba, participo do projeto de pesquisa ASSISTÊNCIA À SAÚDE: perspectiva de surdos, que objetiva Compreender a assistência à saúde, a partir de experiências de surdos em serviços públicos; Caracterizar os sujeitos de pesquisa; Descrever a acessibilidade da população surda à rede pública de serviços de saúde; Revelar como os surdos percebem a comunicação com os profissionais de saúde na assistência pública à saúde; Compreender o significado da presença de um acompanhante oralizado como interlocutor, durante atendimento na rede pública de serviços de saúde e Compreender o conhecimento dos surdos sobre saúde e doença e suas fontes de informações. Para desenvolvimento do estudo solicitamos sua participação, esclarecendo que:

- 1) Após minha entrada no serviço serão marcados encontros para realização da entrevista de coleta de dados. Estas conversas abordarão o tema, em seus aspectos teóricos e práticos e, serão realizadas em locais, dias e horários de sua conveniência.
- 2) Tudo que conversarmos será gravado, em vídeo para depois ser apreciado por juiz bilíngue e, lido por mim, por você ou por alguém de sua confiança, para que possa conferir, corrigir, acrescentar ou retirar informações. Só então, será utilizado como dado para o trabalho final. Poderá ainda ser apresentado em encontros de profissionais que estudam o assunto ou ainda ser publicado em uma revista da área de saúde.
- 3) Assumo o compromisso de guardar segredo de seu nome / endereço e das informações que me falar, para que não possa ser identificado por qualquer outra pessoa, além da equipe envolvida no processo de coleta de dados.

Se tiver alguma dúvida, no início, no curso ou ao término da pesquisa, ou não quiser mais fazer parte da mesma, a qualquer momento, pode entrar em contato comigo, pelo telefone (83) 88845582 e parar sua participação sem qualquer prejuízo para seu atendimento na unidade de saúde. Poderá ainda, entrar em contato, com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

Eu, _____

Assisti ao vídeo do TCLE em LIBRAS e fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “ASSISTÊNCIA À SAÚDE: perspectiva de surdos” no que se refere ao objetivo, técnicas utilizadas para coleta dos dados, bem como, futura utilização dos mesmos, somente após minha conferência e autorização, sendo garantido total segredo de meu nome e das informações que falei (com referência apenas as características demográficas) e o direito de desistir a qualquer momento sem que isto represente qualquer custo e/ou prejuízo na minha assistência à saúde nos serviços. Ciente dos aspectos descritos antes concorda em participar do estudo, assinando o presente termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra comigo.

(local e data)

Informante _____

Testemunha _____

Pesquisadora _____



YANIK CARLA ARAÚJO DE OLIVEIRA
IDENT. 2710778 SSP/PB
CREFITO: 119233- PB

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Código: _____

Caracterização dos sujeitos
Sexo: Feminino () Masculino () Idade: _____
Escolaridade: () analfabeto () alfabetizado () ensino fundamental () médio () superior
Renda Familiar: () 1 a 2 salários mínimos () 3 a 4 salários () mais de 5 salários
Plano de Saúde: Sim () não()
Você recebe benefício (Benefício Prestação Continuada)? () sim () não
Estado Civil: Solteiro () casado () união estável () divorciado () viúvo () Seu companheiro é ouvinte ou surdo? _____
Filhos: Sim () não () Quantos: _____ Têm algum caso de surdez na família, além do seu? Quem? _____
Diagnóstico da surdez foi realizado há quanto tempo? _____
Com que idade você aprendeu a LIBRAS? _____
Como você se comunicava antes de aprender LIBRAS? _____
Quantas pessoas moram na sua casa? _____
Alguém na sua família sabe LIBRAS? Quem? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questões Norteadoras

- O que você entende por saúde?
- O que você entende por doença?
- A partir de suas experiências em serviços públicos de saúde fale sobre a assistência prestada.
- Como você faz para ter acesso aos serviços públicos de saúde - hospital, ambulatórios, unidades de saúde?
- Como você faz para obter informações sobre saúde?
- Como você percebe a comunicação com os profissionais de saúde durante atendimento na rede pública de serviços de saúde
- Para você, qual o significado da presença do intérprete como mediador, entre usuários e profissionais, durante atendimento na rede pública de serviços de saúde?

ANEXOS

ANEXO A – COMPROVANTE SISNEP CAAE/CEP/UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP

 Andamento do projeto - CAAE - 0448.0.133.000-11 

Título do Projeto de Pesquisa				
ASSISTÊNCIA À SAÚDE: perspectiva de surdos				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	06/09/2011 14:20:26	27/09/2011 12:24:39		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	01/09/2011 13:03:45	Folha de Rosto	FR459580	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	27/09/2011 12:24:39	Folha de Rosto	0448.0.133.000-11	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	06/09/2011 14:20:26	Folha de Rosto	0448.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Dornúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Assunto:	Novo artigo (CSP_1376/12)
De:	Cadernos de Saude Publica (cadernos@ensp.fiocruz.br)
Para:	yanikaraujo@yahoo.com.br;
Data:	Terça-feira, 18 de Setembro de 2012 1:55

Prezado(a) Dr(a). Yanik Carla Araújo de Oliveira:

Confirmamos a submissão do seu artigo "ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO SURDA À REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE" (CSP_1376/12) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof^ª. Marília Sá Carvalho
Prof^ª. Cláudia Travassos
Prof^ª. Cláudia Medina Coeli
Editoras

**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123

Ciência & Saúde Coletiva
para a sociedade

ABRASCOS

REVISTAS

Meus Artigos

Desconectar

Sobre a Revista

Orientações Sobre Números Temáticos

Edições e Assinatura

Artigos e Avaliação

Corpo Editorial

Parcerias

Fale Conosco

A revista "Ciência e Saúde Coletiva" já está disponível também no site "SciELO Public Health".

Artigos

1713/2012 - COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA ESSENCIAL PARA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DOS SURDOS
COMMUNICATION AS A TOOL FOR ESSENTIAL HEALTH CARE TO DEAF PEOPLE

Yanik Carla Araújo de Oliveira - Oliveira, Y.C.A. - Universidade Estadual da Paraíba - <yanikaraujo@yahoo.com.br>
http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4239297U6

Co-autores

Gabriela Maria Cavalcanti Costa - Costa, G.M.C. - Universidade Estadual da Paraíba - <gabymcc@bol.com.br>
Inacia Sátiro Xavier de França - França, I.S.X. - Universidade Estadual da Paraíba - <inacia@uepb.edu.br>
Lorita Marlena Freitag Pagliuca - Pagliuca, L.M.F. - Universidade Federal do Ceará - <pagliuca@ufc.br>

Conflito de Interesse?
Não

Opção de Submissão
Trabalho Novo

Área Temática
Avaliação de Serviços de Saúde

Resumo

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Assunto: [Physis] Agradecimento pela Submissão

De: Kenneth Rochel de Camargo Jr (suporte.aplicacao@scielo.org)

Para: yanikaraujo@yahoo.com.br;

Data: Terça-feira, 18 de Setembro de 2012 2:46

Srta. Yanik Oliveira,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: CONHECIMENTO E FONTE DE INFORMAÇÕES DE SURDOS" para Physis: Revista de Saúde Coletiva. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/physis/author/submission/102241>

Login: yanik

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Kenneth Rochel de Camargo Jr
Physis: Revista de Saúde Coletiva

Physis

<http://submission.scielo.br/index.php/physis>