

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS SURDAS
POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RIO DE JANEIRO

2021

Luana Paula de Figueiredo Correia

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS SURDAS
POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito obrigatório à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia de Assunção Ferreira.

RIO DE JANEIRO
2021

CIP - Catalogação na Publicação

dL926r de Figueiredo Correia, Luana Paula
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO À SAÚDE DE
PESSOAS SURDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE / Luana
Paula de Figueiredo Correia. -- Rio de Janeiro,
2021.
167 f.

Orientadora: Marcia de Assunção Ferreira.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

1. Psicologia Social. 2. Pessoas com Deficiência
Auditiva. 3. Surdez. 4. Língua de sinais. 5.
Assistência à Saúde. I. de Assunção Ferreira, Marcia
, orient. II. Título.

Luana Paula de Figueiredo Correia

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS SURDAS
POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito obrigatório à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Profª Drª Márcia de Assunção Ferreira - EEAN/UFRJ - Presidente

Profº Drº Alessandro Silva Coura - UEPB - 1º Examinador

Profª Drª Ana Cristina Guarinello Barusso – UTP - 2º Examinador

Profº Drº Rodrigo Nogueira da Silva – UERJ - 3º Examinador

Profº Drº Rafael Celestino Silva - EEAN/UFRJ - 4º Examinador

Profª Drª Ana Beatriz Azevedo Queiroz – EEAN/UFRJ - Suplente

Profº Drº Luiz Fernando Rangel Tura – IESC-UFRJ - Suplente

DEDICATÓRIA

A minha mãe, meu pai (in memorian) e meu irmão, meus grandes amores. Se meu sonho é voar, vocês são o impulso para meu bater de asas.

A minha pequena, Sami (in memorian). O ser com quem mais aprendi sobre cumplicidade, o valor precioso de tudo que nos rodeia e a aproveitar cada segundo que a vida nos dá.

AGRADECIMENTOS

Essa tese tem participação vasta de cada pessoa aqui citada. Vocês estão em cada pedacinho disso tudo. Vocês estão também em mim, como diz Vigotski “Através dos outros, nos tornamos nós mesmos”. Gratidão!

A Deus, que me apresenta em cada limite uma missão; em cada dor, um aprendizado; em cada encontro, mais e mais vida. Graças por toda força e fé dadas para viver as oportunidades, com amor e em busca de sabedoria.

A minha mãe, Gracinha, quem me ensinou a ser fortaleza e resiliência, meu amparo e minha grande motivação; a meu pai, Paulinho (*in memorian*) “sempre alerta”, por me incentivar a sonhar e mais que isso, lutar para concretizar meus sonhos. Não tem um dia que você não se faça presente em meus pensamentos ou minhas palavras; e ao meu irmão, Tiago, meu ombro amigo, pela torcida e por ser meu ponto de apoio, sempre que preciso, sempre que eu precisar.

A minha Sami (*in memorian*), “serumaninho” precioso, que trouxe leveza para esse percurso, que esteve ao meu lado em todo o processo de leitura, de escrita, enquanto a casa dormia e a noite virava dia. Minha companhia, gratidão pelo afeto, pelo amor, pela parceria. Saudade já e para sempre.

A Rodrigo (meu socorro em diversos momentos de tensão com as tecnologias utilizadas no desenvolvimento deste trabalho) e Guigui, família que escolhi, pelo carinho, escuta, estímulo e, principalmente pela amor compartilhado.

A Ritinha, Dasdores, Ju, Carol, Dona Ana, Dani e Amanda pelas orações, acolhimento, cuidado e amizade, por estarem ao meu lado quando eu mais precisei.

A Daniela Nascimento, que me recebeu botão, num terreno arenoso e regou. E eu voltei a sentir potência. Floresci! Muito obrigada por me ajudar a enxergar o poder no pouco, o movimento na constância, a respeitar meu tempo e entender a necessidade de olhar para dentro de mim.

A professora Márcia, por aceitar o desafio de orientar uma fonoaudióloga no Doutorado em Enfermagem da Anna Nery! Pela paciência durante um certo período de caos e por ser muito mais que orientadora (minha “inspiradora”). Você foi calma em meus momentos de desordem e agitação nos de desânimo. Você foi equilíbrio. Gratidão pela oportunidade de conviver com você, por todos os ensinamentos, que transbordaram a academia e seguirão para toda a vida.

Ao “Tá com Tudo”: Rosa, Edilene, Samia, Jandra, Macela e, em especial à Clenilda (minha grande companheira desde o mestrado), colegas de doutorado, de SESAU e amigas para toda a vida, pela motivação diária, pela melhor convivência no Rio de Janeiro e principalmente, por segurarem o rojão que foi escrever uma tese e ao mesmo tempo enfrentar a pandemia de COVID-19, cada uma em sua unidade, apoiando umas às outras nos momentos de maior tensão. Vocês são joias raras.

Ao “Lute Arjuna”, Jaque e Dani, pelo encontro filosófico que tanto contribuiu com o início de nossa jornada. As dificuldades não nos paralisaram e cá estamos, finalizando esse ciclo!

A Turma DINTER UNIR/UFRJ, vocês foram casa! Obrigada pelo aprendizado, pela parceria e pelos sucos de laranja que hidrataram e inspiraram a escrita da tese!

À professora Aparecida, pelo acolhimento desde o princípio da nossa trajetória, quem me fez enxergar o porquê eu poderia aprender e contribuir com a Enfermagem. Encontro feliz, divisor de águas em minha vida, que me possibilitou momentos ímpares, aprendizados únicos, além de conhecer e conviver com pessoas que levarei para vida. Sou eternamente grata!

A Tia Ana que me encorajou a iniciar essa jornada, quando minha preocupação se centrava no tempo a ser investido. Obrigada tia, por me lembrar que o tempo passa do mesmo jeito, seja em ação ou inércia.

A Caca, pelo apoio técnico em diversos momentos da construção da Tese. Você não é somente amiga e afilhada, é anja!

Ao tio Marco e família, pela recepção e assistência no Rio, pelos fins de semana de alegria e descontração, tão necessários durante esse processo.

A Tia Lúgia, Tio Alípio e Vó Aparecida pelo apoio durante os estágios no Rio. Vocês são família, de Norte a Sudeste desse Brasil.

A comunidade acadêmica da Escola de Enfermagem Anna Nery por nos receberem e nos acolherem tão bem, por nos apoiarem durante os estágios e pelos momentos de convivência e troca, que tanto contribuíram com nossa formação.

À professora Ana Maria (*in memorian*) e a professora Kátia, por me acompanharem desde o mestrado e me incentivarem a seguir para o doutorado, mesmo diante de minhas dúvidas, inseguranças e incertezas.

A Mirlene, Isabela, Jarbas e Maiorquim pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio durante o doutorado. Seria um caminho mais difícil se não houvesse o suporte de vocês.

A Livia e Renatinha, companheiras de trabalho, pelo esteio, incentivo e torcida durante grande parte do desenvolvimento da discussao desta tese, construida em meio a tormenta da pandemia de COVID-19.

A Desiree e Cella, por me apresentarem ao tema e serem inspiracao profissional e pessoal.

A comunidade surda brasileira, sua forca, resistencia, luta, pela oportunidade de conhecer e pesquisar sobre inclusao social de surdos e lingua de sinais. Que com essa pesquisa possamos contribuir com a melhoria da assistencia a saude de pessoas surdas e valorizacao da difusao da Libras no Brasil.

Aos trabalhadores brasileiros, em especial os do SUS, os professores e pesquisadores, que diariamente contribuem para o desenvolvimento do Brasil, mesmo diante dos ataques sofridos, da diminuicao dos investimentos, desvalorizacao salarial e falta de condicoes de trabalho. Voces nao sao herois, sao forca de trabalho que move esse pais.

Há que se revelar
Um novo mundo surge!
Um útero, um gineceu!
Vida nova, Ser meu, ser seu.

Ser nosso, ser do mundo.
Fruto de amor profundo!
Da paquera, do fica, do namoro
Do fundo mais profundo.

E há que se revelar
Em todos os sentidos
Como já disse um poeta,
Na terra, na água, no ar.

É o fruto do que somos,
Do que queremos,
Do que sonhamos
Do que partilhamos.

Há que se revelar,
Porque assim o queremos.
Não apenas desejamos:
Queremos, queremos, queremos.

Falta pouco, muito pouco
Há que se revelar.
Nada mais queremos.
Há que se revelar.
(Paulo Correia)

CORREIA, Luana Paula de Figueiredo. **Representações sociais do cuidado à saúde de pessoas surdas por profissionais de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

RESUMO

Profissionais de saúde pouco conhecem sobre a comunidade surda e suas necessidades de saúde. Crenças baseadas em senso comum podem influenciar nas concepções sobre este grupo, com consequências no processo de cuidar. Nesse sentido, conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado às pessoas surdas e as potenciais repercussões no cuidado à saúde pode contribuir com novos atos de cuidar, implementação de políticas públicas de inclusão social e de formação no campo da saúde. Para isso, foi desenvolvida uma pesquisa de caráter qualitativo, com aplicação da Teoria das Representações Sociais em sua abordagem processual. Realizou-se entrevista em profundidade com 37 profissionais de saúde de um hospital em Rondônia, dentre eles enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Os dados oriundos da entrevista em profundidade foram analisados por meio do Alceste 2012 e os provenientes do instrumento de caracterização dos participantes foram submetidos à análise estatística. No material não aproveitado pela análise lexical realizada pelo Alceste aplicou-se análise de conteúdo temático-categorial. Como resultados, após a rodagem no software, o corpus dividiu-se em três classes. O Bloco 1 abrangeu a Classe 1 a qual resultou no tema “Cuidado ao surdo no serviço de saúde: um clamor silenciado”, que apresenta representações sociais do cuidado à saúde da pessoa surda, sua dimensão simbólica, associada a interdição da comunicação, afetiva, demonstrando sofrimento, angústia e receio em atender usuários surdos, comportamental, ao se afastarem, evitarem atender ou dedicando mais tempo e atenção durante o cuidado e atitudinal, em que os profissionais se utilizavam de seu arsenal de estratégias na tentativa de estabelecer comunicação durante o atendimento, seja por meio de leitura labial, acompanhante, português escrito, gestos, dentre outros. O Bloco 2 resultou no tema “Demandas dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao surdo” e abrangeu a Classe 2 – “O cuidado de agora: o que os profissionais demandam” em que se apontou as necessidades dos profissionais para atendimento aos surdos situados temporalmente no presente e a Classe 3 – “O cuidado do futuro: o que a formação

necessita”, situada no futuro, no que pode ser feito durante a formação do cidadão e do profissional de saúde para melhoria da inclusão social de pessoas surdas na sociedade. A partir dos resultados encontrados e da discussão com a literatura, elaborou-se propostas de intervenção para qualificação do cuidado à saúde de pessoas surdas com vistas à acessibilidade nos serviços de saúde, para disciplina de Libras para graduações em saúde e para educação permanente de profissionais de saúde. Conclui-se que a representação do cuidado à saúde do surdo centraliza-se na dificuldade comunicacional entre profissional de saúde e pessoa surda. A abordagem da temática na graduação e em educação permanente são fundamentais para mudança dessa realidade, assim como garantir acessibilidade nas unidades de saúde.

Descritores: Psicologia Social, Pessoas com Deficiência Auditiva, Surdez, Língua de Sinais, Assistência à Saúde.

CORREIA, Luana Paula de Figueiredo. **Social representation of health care for deaf people by health professionals**. Thesys (Doctorate in Nursing) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

ABSTRACT

Health professionals understand very little about the deaf community and their health needs. Many beliefs based on common sense can influence the conceptions about this group, with consequences in the care process. In this sense, knowing the social representations of health professionals about the care for deaf people and its potential repercussions on health care can contribute to new acts of care, as well as implementation of public policies for social inclusion and training in the health field. In order to understand this gap, a qualitative research was developed, with application of the Theory of Social Representations in its procedural approach. In-depth interviews were carried out with 37 health professionals from a hospital in Rondônia State, amongst which there were nurses, doctors, physical therapists, and nursing technicians. The data from this in-depth interview were analyzed using Alceste 2012 and the characterization instrument of the participants was submitted to statistical analysis. Thematic content analysis was applied to the material that was not used by the lexical analysis performed by Alceste. As results, after running the software, the corpus was divided into three classes. Class 1 resulted in the theme "Care for the deaf in the health service: a silenced clamor", which presents the social representations of health care for the deaf person, its symbolic dimension, associated with the interdiction of communication, affective, showing suffering, anguish and fear in attending deaf users, as well as behavioral, by moving away, avoiding attending or devoting more time and attention during care and lastly attitudinal, in which professionals used their arsenal of strategies in an attempt to establish communication during care, either through lip reading, companion, written Portuguese, gestures, among other strategies. Block 2 resulted in the theme "Demands of health professionals on deaf care" and included the Class 2 - "The care of now: what professionals demand" in which the needs of professionals for care to the deaf were pointed out, situated temporally in the present and Class 3 - "The care of the future: what training needs", situated in the future, in what can be done during the training of citizens and health professionals to improve

the social inclusion of deaf people in society. From the results found and the discussion with the literature, we developed intervention proposals for qualification of health care for deaf people with a view to accessibility in health services, for offering the course of Libras for graduates in health and continuing education for health professionals. It is concluded that the representation of health care for deaf people is centered on the difficulty of communication between health professionals and deaf people. The approach of the theme in undergraduate and continuing education is essential to change this reality, as well as to ensure accessibility in health units.

Key words: Psychology Social, Persons with Hearing Impairments, Deafness, Sign Language, Delivery of Health Care

CORREIA, Luana Paula de Figueiredo. **Representaciones sociales del cuidado a la salud de personas sordas por profesionales de salud**. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2021.

RESUMEN

Los profesionales de la salud conocen poco sobre la comunidad sorda, sus necesidades de salud. Las creencias basadas en el sentido común pueden influir en las concepciones sobre este grupo, con consecuencias en el proceso de cuidado. En este sentido, conocer las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre el cuidado de las personas sordas y las posibles repercusiones en el cuidado de la salud puede contribuir con nuevos actos de cuidado, implementación de políticas públicas de inclusión social y de formación en el campo de la salud. Para ello, se desarrolló una investigación de carácter cualitativo, con aplicación de la Teoría de las Representaciones Sociales en su enfoque procesal. Se realizó una entrevista en profundidad con 37 profesionales de la salud de un hospital del Estado de Rondônia, Brasil, entre ellos enfermeros, médicos, fisioterapeutas y técnicos de enfermería. Los datos provenientes de la entrevista en profundidad fueron analizados por medio del Alceste 2012 y los procedentes del instrumento de caracterización de los participantes fueron sometidos al análisis estadístico. En el material no aprovechado por el análisis léxico realizado por Alceste se aplicó el análisis contenido temático. Como resultados, después del rodaje en el software, el corpus se dividió en tres clases. La Clase 1 resultó en el tema "Cuidado al sordo en el servicio de salud: un clamor silenciado", que muestra representaciones sociales del cuidado de la salud de la persona sorda, su dimensión simbólica, asociada a la interdicción de la comunicación; afectiva, manifestando sufrimiento, angustia y temor de atender a los usuarios sordos, conductuales, al apartarse, evitar atender o dedicar más tiempo y atención durante el cuidado y actitudinal, en que los profesionales se utilizaban de su arsenal de estrategias en el intento de establecer comunicación durante el atendimento, sea por medio de lectura labial, acompañante, portugués escrito, gestos, entre otros. El bloque 2 resultó en el tema "Demandas de los profesionales de salud sobre el cuidado al sordo" y abarcó la Clase 2 - "El cuidado de ahora: lo que los profesionales demandan" en donde fueron señaladas las necesidades de los profesionales para atender a los

sordos situados temporalmente en el presente y la Clase 3 - "El cuidado del futuro: lo que la formación necesita", situada en el futuro, en lo que se puede hacer durante la formación del ciudadano y del profesional de la salud para mejorar la inclusión social de personas sordas en la sociedad. A partir de los resultados encontrados y de la discusión con la literatura, se elaboraron propuestas de intervención para la calificación del cuidado de la salud de personas sordas con énfasis a la accesibilidad en los servicios de salud, para la asignatura de Libras (Lengua de Señas Brasileña) para carreras del área de la salud y para la educación permanente de profesionales de la salud. Se concluye que la representación del cuidado a la salud del sordo se centra en la dificultad comunicacional entre profesional de salud y persona sorda. El enfoque de la temática en la carrera y en educación permanente son fundamentales para cambiar esa realidad, así como garantizar accesibilidad en las unidades de salud.

Descriptor: Psicología Social, Personas con Deficiencia Auditiva, Sordera, Lengua de Signos, Atención a la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Linha do tempo pessoas com deficiência a partir da Modernidade	38
Figura 2	Número de UCE e número de palavras analisáveis por classe	70
Figura 3	Divisão de Classes – Classificação Hierárquica Descendente	71
Figura 4	Dendrograma: Organização das classes a partir da análise lexical das entrevistas pelo programa Alceste	72
Figura 5	Rede da forma "entend" da classe 1	76
Figura 6	Classificação Hierárquica Ascendente	76
Figura 7	Esquema sobre as representações sociais do cuidado às pessoas surdas	100
Figura 8	Rede da forma "profissionais" da classe 2	103
Figura 9	Classificação Hierárquica Ascendente	103
Figura 10	Rede da forma "curs" da classe 3	108
Figura 11	Classificação Hierárquica Ascendente	109
Figura 12	Relação Temporalidade X Espaço no cuidado às pessoas surdas	113
Figura 13	Esquema das representações sociais do cuidado às pessoas surdas	131
Figura 14	Campo das Representações Sociais	142

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1	Campanha da Feneis por profissionais capacitados em Libras	84
Imagem 2	Muro com grafite escrito “plante amor” em LS	90
Imagem 3	Intérprete de Libras no trio elétrico de Saulo	91
Imagem 4	Personagem de série de TV	126
Imagem 5	Vídeo de atriz que interpreta personagem surda na novela Malhação comunicando-se por Libras	126
Imagem 6	Campanha Nacional reivindica escola bilíngue para surdos	128

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição do número de participantes segundo a profissão, Porto Velho, Rondônia, 2020	65
Gráfico 2	Distribuição do número de participantes quanto a experiência de atendimento às pessoas surdas no serviço de saúde, Porto Velho, Rondônia, 2020	66
Gráfico 3	Distribuição do número de participantes quanto a apresentação de Formação em Libras, Porto Velho, Rondônia, 2020	66
Gráfico 4	Distribuição do número de participantes conforme o tipo de formação em Libras, Porto Velho, Rondônia, 2020	67
Gráfico 5	Distribuição do número de participantes segundo o conhecimento/convivência com pessoas surdas, Porto Velho, Rondônia, 2020	67
Gráfico 6	Distribuição do número de participantes segundo o âmbito de convivência com pessoas surdas, Porto Velho, Rondônia, 2020	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resumo dos achados segundo profissão, Porto Velho, Rondônia, 2020	69
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição e codificação das variáveis do corpus submetidas ao Software Alceste	61
Quadro 2	Organização dos resultados segundo as classes	73
Quadro 3	Palavras representativas da classe 1	74
Quadro 4	Palavras representativas da classe 2	101
Quadro 5	Palavras representativas da classe 3	107
Quadro 6	Descrição das categorias de análise	134
Quadro 7	Libras na graduação em saúde	137
Quadro 8	Educação permanente e cuidado à saúde de pessoas surdas	138
Quadro 9	Estratégias para inclusão de surdos no serviço de saúde	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASL	American Sign Language
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID	Classificação Internacional de Doenças Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e
CIF	Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INES	Instituto Nacional de Educação de Surdos
Libras	Língua Brasileira de Sinais
LS	Língua de Sinais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTF	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIR	Universidade Federal de Rondônia.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	23
1.1 Objeto	29
1.2 Questões Norteadoras	29
1.3 Objetivos	30
1.4 Relevância e Contribuições.....	30
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	32
2.1 Os Paradigmas de Saúde e os Modelos de Deficiência: Relações com a Prática do Cuidar	32
2.2 A Língua de Sinais e a Pessoa Surda	41
2.3 Teoria das Representações Sociais e seu potencial para o debate da questão do cuidado a pessoas surdas.....	49
CAPÍTULO III - MÉTODO	55
3.1 Delineamento da Pesquisa	55
3.2 Campo da Pesquisa	55
3.3 Participantes	57
3.4 Produção de dados	58
3.5 Tratamento e Análise dos Dados.....	59
3.6 Procedimentos Éticos.....	64
CAPÍTULO IV - CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	65
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO GLOBAL DOS RESULTADOS.....	70
CAPÍTULO VI - O CUIDADO À PESSOAS SURDAS NO SERVIÇO DE SAÚDE: UM CLAMOR SILENCIADO	74
Discussão	83
CAPÍTULO VII - DEMANDAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO A PESSOAS SURDAS	101
Resultados da Classe 2 – “O cuidado de agora: o que os profissionais demandam”	101
Resultados Classe 3 – O cuidado do futuro: o que a formação necessita	107
Discussão	112

CAPÍTULO VIII - PROPOSTAS PARA QUALIFICAR O CUIDADO À PESSOAS SURDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	132
Resultados da Análise Temática de Conteúdo – “Demandas dos profissionais de saúde sobre o cuidado às pessoas surdas”	133
Discussão	136
CAPÍTULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	158
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	159
APÊNDICE C - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	160
APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	161
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	164

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Mais de um bilhão de pessoas no mundo possuem algum tipo de deficiência, sendo que dessas, 200 milhões convivem com dificuldades funcionais consideráveis. Em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor, e taxas de pobreza mais elevadas quando comparadas às pessoas sem deficiência. Pessoas com deficiência enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde, educação, emprego, transporte, e informação, agravando-se nas comunidades mais pobres (OMS, 2012).

No Brasil, aproximadamente 12,7 milhões de pessoas, ou seja, 6,7% do total da população registrada pelo Censo Demográfico 2010 possuem deficiência. Proporcionalmente, distinguindo-se por tipo de deficiência, são 3,4% de pessoas com deficiência visual, 1,1% com deficiência auditiva, 2,3% com deficiência motora e 1,4% com deficiência intelectual (IBGE, 2018). Durante séculos, pessoas com deficiência foram marginalizadas, sendo sua história no mundo marcada pela exclusão.

A imagem da pessoa com deficiência sofreu modificação no decorrer do tempo, influenciada pelo momento histórico-cultural de cada época. Na Modernidade, com o avanço da medicina, as deficiências passaram a ser vistas como problemas médicos, originando o modelo organicista ou biomédico da deficiência. A compreensão da deficiência dentro do aspecto social acompanhou o surgimento da contemporaneidade, principalmente nas áreas médicas e educacionais, por meio da integração e da inclusão (ARANHA, 2001).

A inclusão social tem como alicerce o modelo social da deficiência, em que a sociedade deve visualizar a incapacidade (ou desvantagem) no desempenho de papéis sociais das pessoas com deficiência e, neste sentido, as atitudes da sociedade e o ambiente necessitam se transformar para incluí-los. Ressalta-se que a inclusão social possui um papel importante para o enfrentamento do estigma e do preconceito, que não são estanques, sendo influenciados pelo momento histórico e sua cultura, portanto passíveis de modificação (SASSAKI, 2009).

Neste contexto, destaca-se a implantação de políticas públicas para a garantia de direitos e efetivação das mudanças necessárias para superar as barreiras impostas a esta população, conquistadas mediante reivindicações dos movimentos sociais de

peças com deficiência. Atualmente, as políticas públicas para pessoas com deficiência são destinadas a assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício de seus direitos e das liberdades fundamentais, visando à sua inclusão social e cidadania, compreendendo a necessidade de reduzir as barreiras relacionadas às atitudes e ao ambiente (BRASIL, 2015).

Direcionando o tema de forma específica aos surdos, a inclusão se dá através de meios comunicativos visuais e principalmente, no caso de surdos usuários de língua de sinais (LS), da acessibilidade linguística. No Brasil, aproximadamente 2,2 milhões de pessoas possuem deficiência auditiva severa/profunda (IBGE, 2018). Esse número reforça a necessidade de se transpor barreiras comunicacionais para alcançar a inclusão dos surdos na sociedade, com políticas públicas que assegurem a qualidade de vida e o respeito a sua dignidade.

Como o foco desse trabalho são pessoas com surdez usuárias da língua de sinais, é oportuno destacar que esse grupo de pessoas compõe uma comunidade linguística minoritária, caracterizadas preferencialmente por suas diferenças linguísticas e culturais. Nessa concepção, os surdos são reconhecidos pela sua identidade e seus valores culturais, e não somente pelo déficit auditivo. Por este motivo, para compreender as pessoas surdas usuárias da língua de sinais é primordial respeitar suas necessidades linguísticas e culturais (SANTOS et al, 2020).

Apesar da dominância da concepção clínica da surdez em nossa sociedade, em que o sujeito surdo é caracterizado exclusivamente pelo déficit sensorial, em uma perspectiva terapêutica curativista, para qual a surdez é uma doença e o surdo um sujeito patológico (SKLIAR, 1997), esta pesquisa concebe a surdez para além da deficiência sensorial, compreendendo-a como uma diferença linguística e cultural de um grupo.

Dentre as políticas públicas que tratam especificamente da LS e inclusão de pessoas surdas no Brasil, tem-se a Lei de Libras (BRASIL, 2002a) que a reconhece como meio de comunicação e expressão, constituindo um sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria e o Decreto 5.626/2005 que a regulamenta. Estas legislações estabeleceram um marco histórico na luta dos direitos dos surdos, ao oficializar a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como língua e a incorporando nas matrizes curriculares das graduações no país, sendo obrigatória nos cursos de Licenciatura e Fonoaudiologia e optativa nos demais.

O Decreto 5.626/2005 tratou também da garantia ao tratamento na saúde diferenciado aos usuários surdos, com funcionários capacitados para utilizar Libras e realizar sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005), visando atender ao direito à saúde integral, à equidade e universalidade do acesso. Apesar de a legislação ter sido publicada há mais de 10 anos, o que se observa ainda é um distanciamento entre o que está escrito e sua aplicação. Também se visualiza certa contradição quando este exige acessibilidade linguística nas unidades de saúde, e ao mesmo tempo determina que a disciplina de Libras seja obrigatória somente para cursos da área da Educação e Fonoaudiologia, não incluindo os cursos da área da saúde.

É necessário também refletir sobre o que se apresenta nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde. As DCNs, efetivadas pelo Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, possuem função de reorientar a formação em saúde, propondo e regulando modificações nos currículos das graduações em saúde com vistas ao SUS, ou seja, as necessidades sociais (BATISTA, 2013).

Ao lançar um olhar crítico às DCNs verifica-se que em geral inclui, dentre competências e habilidades do profissional da saúde, a comunicação (verbal e não verbal), devendo os profissionais ser acessíveis e prezar por confidencialidade das informações, valorizando o conhecimento de uma língua estrangeira (BRASIL, 2001; 2002b; 2003; 2014a). Em nosso país existem duas línguas oficiais: o Português e a Libras, e se as DCNs definem como relevante o conhecimento de uma língua estrangeira, isto nos permite inferir que as línguas oficiais do nosso país devem ser também consolidadas para os profissionais. Porém, somente a DCN do curso de Medicina reconhece a necessidade de conhecimento da língua de sinais pelo futuro profissional.

As questões expostas até o momento evidenciam um impasse na saúde de pessoas surdas no Brasil: se por um lado, houve crescimento da oferta dos serviços de concessão de aparelhos auditivos e terapia fonoaudiológica para habilitação/reabilitação auditiva como consequência das políticas públicas, como por exemplo, com o Plano Viver sem Limite e a criação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, por outro, a acessibilidade comunicacional e o cuidado inclusivo pouco evoluíram. O foco em intervenções reabilitadoras superando ações que visem à integralidade do cuidado à pessoas surdas revela a força do modelo organicista da deficiência, que dialoga intimamente com a formação biomédica na saúde.

Assim, perpetua-se a discriminação de surdos no campo da saúde, pois o sistema desconsidera algo fundamental no processo do cuidado: a comunicação. Os trabalhadores da saúde precisam compreender que a habilitação/reabilitação tem sua importância no processo de cuidar, mas praticar a inclusão supera este aspecto. Não basta o acesso à saúde estar contemplado no desenvolvimento de políticas para inclusão social de pessoas surdas se o preparo adequado dos profissionais de saúde não recebe a relevância que deveria, pois desta forma, os trabalhadores tendem a atuar com as noções de normalidade e desvio baseadas no senso comum, o que influencia na qualidade do cuidado prestado as pessoas com deficiência (ARAUJO, et al 2015).

Por vivenciarem o mundo por meio do canal visual, o atendimento deve favorecer a experiência visual e o uso da LS. Porém, observa-se que os profissionais de saúde utilizam como estratégia para o atendimento a comunicação escrita, a presença de um familiar ou acompanhante, uso de gestos, leitura labial (mesmo com dificuldades, pois há uso de máscaras, fala rápida para os surdos acompanharem) e intérprete. Todavia, essas estratégias foram apontadas como ineficientes para uma comunicação efetiva e para promover a participação plena dos sujeitos envolvidos. (COSTA et al., 2018; OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

Como consequência, os surdos perdem a privacidade e, principalmente, o protagonismo sobre seu processo saúde-doença, tornando-se passivos na relação do cuidado. Não é à toa que pessoas surdas preferem ser atendidas por profissionais de saúde que utilizam a língua de sinais, no sentido de estabelecer uma comunicação direta, mantendo sua privacidade e independência (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015). Além disso, o acesso a informações em saúde fica comprometido, com danos relacionados a diagnóstico incorreto, tratamento, prevenção e promoção de saúde, causando também sentimentos de incerteza, ansiedade e frustração. Ou seja, o comprometimento comunicacional e suas experiências negativas no serviço reprimem a procura dos usuários surdos ao serviço de saúde (FRANÇA et al., 2016; OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

Os profissionais de unidades de saúde referem que o atendimento a usuários surdos não ocorre de forma satisfatória em virtude desses não estarem suficientemente preparados para cuidar de pessoas surdas, justificando que na formação acadêmica o currículo não contempla as habilidades necessárias para atender essa população (ARAUJO et al., 2015)

A dificuldade para estabelecer um meio de comunicação comum e consequentemente um atendimento humanizado e de qualidade atinge não só os usuários do serviço, mas também os profissionais, provocando angústia e ansiedade e impedindo o acolhimento e uma relação dialógica (KUENBERG; FELLINGER; FELLINGER, 2016; ORRIE; MOTOSHI, 2018). Vale ressaltar que a ampla maioria dos profissionais pouco conhecem sobre a comunidade surda, suas peculiaridades, a LS e sua compreensão sobre pessoas surdas pode estar imersa em estigmas, baseadas em senso comum, entre outros fatores subjetivos, que podem interferir no cuidado às pessoas surdas (ARAUJO et al., 2015).

Neste sentido, o ato de cuidar de pessoas surdas em um serviço de saúde suscita discussões e pensamentos, que refletem dialeticamente em novos atos de cuidar, permeados por fenômenos afetivos, comportamentais e culturais. É neste contexto que se insere o cuidado à saúde de pessoas surdas como um objeto de representação social.

Buscaglia (1993, p. 24), em sua obra *‘Os deficientes e seus pais’*, afirma que “grande parte da psicologia do deficiente é essencialmente psicologia social, fundamentada antes de tudo na interação com as outras pessoas no ambiente pessoal e próprio de cada indivíduo”. Compreender o cuidado à pessoas surdas pela via das representações sociais traz à tona as relações e interações que constroem as ações e o cuidado em saúde.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem sido empregada em diversos campos do conhecimento, como na comunicação, educação e saúde, por exemplo. Nesta última, se destaca por abordar fenômenos socioculturais, relacionados à vida social de grupos, expressas por meio de valores, que orientam as relações entre as pessoas e com o mundo, influenciando condutas, comportamentos e comunicações sociais (FERREIRA, 2016).

Considerando que as representações sociais são uma forma de saber prático construído e compartilhado pelos grupos, e que orienta as ações das pessoas no mundo (JODELET, 2001), pesquisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre o cuidado à pessoas surdas possibilitará apreender os conhecimentos, afetos, sentidos, significados que permeiam seus comportamentos e práticas frente ao atendimento à pessoas surdas e como essas questões são compartilhadas entre estes sujeitos.

Ressalta-se que a saúde da pessoa com deficiência vem ampliando o interesse em estudos e discussões, refletindo na implantação de políticas públicas que garantam a inclusão dessas pessoas. Por outro lado, este fato não tem sido acompanhado pela devida preparação dos profissionais de saúde para recebê-las, já que durante sua formação não é comum a presença de disciplinas no currículo mínimo de cursos da área da saúde que trate de concepções de deficiência, o que acarreta profissionais que lidam com essa população baseados em senso comum (ASSUNÇÃO et al., 2020).

Existem iniciativas por parte de instituições de ensino na oferta de disciplinas que tratam do referido tema, principalmente as que atuam na área de reabilitação, como é o caso do curso de Terapia Ocupacional da UNIFESP¹, do curso de Fisioterapia da UFRN² e do curso de Psicologia com ênfase em Cognição e Personalidade da UERJ³. Tanto a OMS (2012), quanto o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência (2002) incentivam a incorporação de disciplinas e conteúdos sobre deficiência, inclusão, reabilitação e atenção à saúde de pessoas com deficiência, assim como projetos de pesquisa e extensão nesse campo do saber.

Cabe destacar que a disciplina de Libras pode se configurar também em uma ferramenta para oportunizar uma nova perspectiva para as diferenças humanas e a educação permanente em saúde também pode guiar seu olhar para o tema.

Em face do exposto, o pressuposto que conduz esta pesquisa-tese é o de que as representações sociais do cuidado aos usuários surdos de profissionais de saúde com alguma formação (formal, informal aprendida no cotidiano ou autodidata) em Libras diferem das representações daqueles que não tiveram formação, o que potencialmente predispõe os primeiros a uma oferta de cuidado de qualidade diferenciada, tendo em vista as melhores condições de desenvolver relações interpessoais em face do potencial de comunicação que adquiriram.

Assim, este trabalho se justifica pela necessidade de investigar tais representações, que elementos as integram, como podem influenciar as práticas de cuidado às pessoas surdas, com intuito de, ao desvelá-las, contribuir para qualificar a assistência a estes usuários e, também, propiciar um debate sobre a formação dos

¹ <https://www.unifesp.br/reitoria/prograd/consulta-matriz>

² <https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/curso/curriculo.jsf>

³ http://www.psicologia.uerj.br/pdf/ementario_do_IP_2010.pdf

profissionais para melhor atendê-los. No conjunto, possibilita, também, o debate sobre as políticas públicas que tratam da inclusão de surdos nos serviços de saúde.

É oportuna a conjuntura favorável para tais discussões e desenvolvimento de ações na área, considerando a difusão do tema por meio de movimentos sociais surdos e acadêmicos, representados pela Associação de Surdos de Rondônia, Associação Projeto Açaí com Libras (movimento de disseminação e fortalecimento da Libras e da cultura surda, composta por surdos e ouvintes solidários às causas da comunidade surda) e curso de graduação em Letras/Libras da UNIR. Vale lembrar que, em Rondônia, no mês de abril, celebra-se o dia da Libras com o ‘Seminário de Comemoração do Dia da Libras’, em que se discute a LS e a inclusão de surdos na sociedade e a saúde corresponde a um tema constante nesse evento.

Ressalta-se que a temática está incluída na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa, no item 9 - Saúde dos Portadores de necessidades especiais, quanto ao enfoque teórico-metodológico subitem 9.1.1 “Representação social” e quanto à magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas relacionados à saúde, subitem 9.2.4, “Saúde e reabilitação” (BRASIL, 2011). A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde foi construída como um instrumento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, visando proporcionar maior alinhamento entre as prioridades de pesquisa em saúde e os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (GOMES et al., 2017).

1.1 Objeto

Tendo em vista o exposto, o objeto desta pesquisa é o cuidado às pessoas surdas por profissionais de saúde, considerando as suas representações sociais.

1.2 Questões Norteadoras

- Quais são as representações sociais de profissionais de saúde sobre o cuidado às pessoas surdas?
- Quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde para o atendimento das pessoas surdas?
- Quais concepções alicerçam seus saberes e práticas?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado às pessoas surdas e as potenciais repercussões no cuidado à saúde deste grupo humano.

1.3.2 Específicos

- Descrever as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado às pessoas surdas;
- Desvelar as estratégias utilizadas pelos profissionais para lidar com usuários surdos no atendimento em saúde;
- Discutir as concepções que alicerçam as representações sociais do cuidado a surdos;
- Analisar limites e possibilidades do atendimento a surdos em face das representações sociais de profissionais de saúde.

1.4 Relevância e Contribuições

Segundo Cruz et al. (2009) a deficiência auditiva, dentre as deficiências humanas, é considerada uma das mais devastadoras em relação ao convívio social, por interferir no desenvolvimento da linguagem, fala, comunicação interpessoal e aprendizagem, podendo prejudicar o desempenho escolar e profissional da população afetada. Ao refletir sobre essa questão, deve-se ter em mente que não é a limitação sensorial a grande responsável por estes prejuízos, mas as barreiras no acesso a serviços que são garantidos aos cidadãos há tempo, como saúde, educação, emprego, transporte e informação. Em todo o mundo, pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade e de participação econômica, além das taxas de pobreza serem maiores quando comparadas às pessoas sem deficiência (OMS, 2012).

São, portanto, necessárias iniciativas que contribuam com a superação dos entraves, que durante séculos culminam na exclusão das pessoas com deficiência em

nossa sociedade, impedindo que estes se desenvolvam enquanto cidadãos. Nessa perspectiva, o conhecimento sobre a deficiência e sua relação com a pessoa com deficiência possibilita desconstruir estigmas e preconceitos, revelando seus potenciais.

No ano de 2017, a educação de surdos foi tema da redação do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), sofrendo duras críticas por ser algo específico e pouco discutido, mas também elogios, por trazer à tona algo que é amparado por lei há mais de 15 anos, mas que na realidade, ainda se demonstra aquém do desejado. E se o tema abordasse a saúde dos surdos, o que teríamos a dizer?

Esta pesquisa é relevante por possibilitar compreensão dos conhecimentos, sentidos e ações dos profissionais de saúde frente ao cuidado a surdos, em seu contexto histórico-social e profissional, proporcionando uma melhor condução de propostas que visem à melhora do cuidado, partindo das compreensões dos profissionais de saúde, pois as representações alimentam as práticas, que também expressam essas representações e formam representações, numa relação dialética; logo, ao se compreender esta relação, ter-se-á melhores condições para intervir e proporcionar qualidade na assistência aos surdos.

Como contribuições potenciais do estudo para a assistência à saúde, vislumbra-se que as reflexões acerca do cuidado à pessoa com deficiência no contexto da integralidade em saúde são necessárias para que se cumpra a legislação vigente acerca da inclusão e, na gestão em saúde, ao sensibilizar gestores estaduais e municipais para inclusão, por meio do Grupo Condutor da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, possa gerar novas temáticas para área de educação permanente e práticas inclusivistas em saúde; para o ensino, a contribuição para elaboração de propostas curriculares para disciplina de Libras, assim como formação que considere o respeito às diferenças; à pesquisa, ampliar a discussão a respeito da acessibilidade linguística no campo da saúde, relacionando a temática da inclusão aos paradigmas emergentes. Proporcionará, também, contribuições para o Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) ao provocar novos debates e, desta forma novos tópicos para a pesquisa e a formação.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Os Paradigmas de Saúde e os Modelos de Deficiência: Relações com a Prática do Cuidar

Para tratar do cuidado à saúde torna-se indispensável situar o tema de forma ampla, o que envolve os paradigmas de saúde e os modelos de deficiência. As concepções de deficiência se assentam nos paradigmas de saúde e o desenvolvimento do sistema de produção capitalista, e por isso, ao entrar no mérito da discussão destes modelos, seria ingênuo desvencilhar estes elementos. Assim, trataremos inicialmente dos paradigmas de saúde da sociedade moderna e sua relação com as concepções de deficiência, considerando as características socioeconômicas da época.

Para chegar ao que hoje compreendemos na contemporaneidade, a saúde perpassou diversas compreensões. Na Antiguidade, o adoecer relacionava-se a práticas mágicas religiosas, realizadas por feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. Tal perspectiva ainda hoje é adotada por milhares de pessoas e utilizada, por vezes, concomitantemente com elementos da medicina ocidental. Com o desenvolvimento do pensamento médico, a doença passou a perder seu valor sobrenatural, sendo vista como um fenômeno natural. O novo enfoque empírico-racional teve seus primórdios no Egito e se desenvolveu no Ocidente, com auge à época de Hipócrates, persistindo mais ou menos inalterada, até o século XVI (BARROS, 2002).

Há poucos relatos que tratam da configuração das vivências de pessoas com deficiência na Antiguidade Clássica. Esparta, Roma e Atenas trazem contribuições para compreensão desse período, denominado por historiadores como período de extermínio, no qual os indivíduos com deficiência foram aniquilados, associando-se ao ideal de corpos perfeitos exaltados na época, para melhor atuação nas batalhas e conflitos (ALVES, 2017).

A transição para a idade média é assinalada por uma diversidade de fatores, dentre eles a doutrina cristã. Com domínio no campo religioso e econômico, essa foi uma grande influenciadora da época, com impacto também na concepção de deficiência, ao tempo que atribuiu aspecto teológico a ela. Estabelece-se, neste contexto, relação de compaixão e caridade para com essas pessoas, que passam a

ser cuidadas em casas, porões ou vales. Progressivamente, a Igreja contribuiu significativamente com a transformação da representação da deficiência, ao substituir negligência, eliminação e atitudes de desprezo por caridade, cuidado e compaixão (ALVES, 2017).

O crescimento das descobertas científicas e a revolução artístico-cultural advinda do Renascimento marcou o final da Idade Média e início da Modernidade e coloca em xeque o conhecimento medieval, marcado por superstições, crenças dogmáticas e autoritarismo da Igreja em que os se opunham aos conhecimentos amplamente aceitos eram condenados pela Inquisição como hereges (BARROS, 2002).

Neste período se desenvolve então o paradigma dominante da ciência moderna, que se constituiu a partir do século XVI, por meio do modelo de racionalidade, tendo seu apogeu no século XIX. Com características totalitaristas, desconsiderava formas de conhecimento que não fossem pautadas por seus princípios epistemológicos e suas regras metodológicas. Torna-se a grande hipótese universal da época moderna, conhecido como mecanicismo, extrapolando as ciências naturais passando a ser utilizada no estudo da sociedade, ou seja, nas ciências sociais (SANTOS, 2010).

Desta forma, descobertas no campo da física, com Galileu, Copérnico e Newton e da matemática e filosofia, principalmente com Descartes, traçam a linha como a ciência irá se ocupar de explicar o mundo, formando o paradigma clássico, orientando, conseqüentemente os pensamentos médicos daquela época. A compreensão cartesiana, do conhecimento, decorrente do estudo do todo por meio do estudo das partes, refletem no entendimento da medicina, que passa a focar a patologia e ao invés do ser humano integral e a especialização no desenvolvimento do conhecimento médico. A evolução no que tange as ciências biológicas, microbiologia, anatomia e epidemiologia desta época reforçam e fortalecem o paradigma biomédico (BARROS, 2002).

E neste contexto se desenvolve o modelo médico da deficiência. Com a evolução da ciência biológica e médica, as pessoas com deficiência, antes tidos como seres desprovidos de alma (Antiguidade Ocidental)⁴ e ora divinos, ora demoníacos (Idade Média) e, portanto, excluídos da sociedade, passam a ser vistos como pessoas

⁴ Ressalta-se a antiguidade como ocidental, pois há relatos de que no Egito antigo as pessoas com deficiência eram respeitadas cumprindo funções na sociedade.

a serem tratadas pela medicina. A pessoa com deficiência, durante sua história na humanidade, foi marcada por estigmas e preconceitos, que permearam sua relação com a sociedade.

A relação das pessoas com deficiência e a sociedade a partir de então, passou a se diversificar, caracterizando-se por ações de institucionalização, cuidados médico e de melhores estratégias de ensino. Inclusive, um dos primeiros passos nesta direção diz respeito aos esforços de Jacob Rodrigues Pereira, 1747, que se propôs a ensinar surdos congênitos a se comunicar. Como as tentativas foram bem sucedidas, houve encorajamento para expandir a busca de maneiras para lidar com pessoas com outros tipos de deficiência (ARANHA, 2001).

Dentro do modelo biomédico, inicialmente as pessoas com deficiência eram retiradas de suas comunidades de origem e levadas às instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, havia então isolamento da sociedade, para tratamento, proteção ou até mesmo para serem inseridas em processo educacional. Porém esse sistema sofreu duras críticas por entenderem que o contexto vivido dentro destas instituições de nada se parecia com o mundo externo e, portanto, estas eram segregadas, não havendo preparo de fato para conviver em sociedade. Este fato também foi referendado pelo modo de produção capitalista, pois manter estas pessoas institucionalizadas e sem produzir correspondiam a ônus para o sistema. Em um segundo momento, iniciou-se um movimento pela desinstitucionalização, baseado na ideologia da normalização, com tentativa de integrar pessoas com deficiência na sociedade sendo tratadas em centros de reabilitação, na tentativa de aproximar ao máximo dos padrões de vida da sociedade (ARANHA, 2001).

Porém, o processo da busca por normalização não se mostrou factível a partir do momento que, pela exigência do paradigma de a pessoa com deficiência se assemelhar a pessoa sem deficiência, ou seja, existir uma referência pautada na pessoa sem deficiência verificava-se que as dificuldades para inserção inclusive em atividades laborais ainda ocorriam. Esse tipo de pensamento desvaloriza não só a pessoa com deficiência, mas também toda e qualquer diferença entre os indivíduos, diferenças estas importantes para o desenvolvimento da sociedade.

Também foram vivenciadas contradições na produção da ciência que levou a crise do paradigma dominante, tanto por questões teóricas quanto por questões sociais. Nos aspectos teóricos, tem-se a teoria da relatividade, a mecânica quântica, avanços tecnológicos da microfísica, química e biologia. Os limites e insuficiências do

paradigma moderno foram resultantes do grande avanço científico que ele mesmo proporcionou. Nos aspectos sociais, a ciência, que até então pautava o distanciamento entre sujeito e objeto, a não influência por vícios e preconceitos, passou a ser influenciada pelo capital, assumindo compromisso com o poder econômico, social e político, os quais interviêm nas prioridades científicas (SANTOS, 2010). A partir desses desdobramentos, abre-se espaço para emergir um novo paradigma científico.

O paradigma emergente não pode ser somente científico, mas também um paradigma social e desta forma, todo conhecimento científico-natural é científico-social. Assim, a distinção entre as ciências naturais e as ciências sociais perde o sentido e utilidade, vigorando a compreensão do ser humano em sua integralidade, além da valorização do todo para compreender o problema e não o reducionismo mecanicista de outrora (SANTOS, 2010).

Com o modelo de deficiência não foi diferente. As grandes guerras ocorridas no século XX contribuíram com as mudanças na participação da pessoa com deficiência na sociedade. Inicialmente, com um grande contingente de homens deslocados para combate houve necessidade de ampliar a mão de obra, que passou a abranger também pessoas com deficiência. Além disso, como consequência das batalhas, muitos retornaram com deficiência e precisavam ser absorvidos no mercado de trabalho (ALVES, 2017). A forte influência do paradigma dominante da ciência e biomédico da saúde trouxe a perspectiva do corpo com deficiência como uma máquina com defeito, que precisava ser corrigida para integra-se a sociedade e ser produtivo economicamente.

Com a criação da Declaração dos Direitos Humanos (1948) e com o surgimento e fortalecimento dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, começa-se a desenhar novos rumos para a perspectiva do tema na sociedade, o Modelo Social da Deficiência. Em um primeiro momento, com organizações marxistas, ao expor a deficiência como algo social, devido a opressão gerada pela incompatibilidade entre o corpo com lesão e exigências do capitalismo, e a inexistência de adaptação às diversidades corporais nos ambientes sociais. Em um segundo momento, como crítica ao modelo social exposta pelos marxistas, aparece o movimento feminista que também combatia as opressões e desigualdades sociais, mas também compreendiam a necessidade do cuidar e olhar para a lesão, sem se encerrar nela (DINIZ, 2007).

Inicia-se então o diálogo e a reivindicação pela inclusão das pessoas com deficiência na sociedade, como parte do discurso amplo da inclusão social, superando a integração do modelo médico da deficiência. Em 1975, publica-se a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, marco histórico na luta desse grupo, ao se tornar princípio da defesa da cidadania e a assegurar a eles os mesmos direitos que os demais cidadãos (ALVES, 2017).

No Modelo Social, a deficiência passa a ser encarada não mais como algo individual, mas social. Este fato abre caminho para que a sociedade reflita e se adeque para melhor receber estas pessoas em seu seio. Nesta perspectiva, há uma relação mútua entre sujeito e sociedade. O sujeito, demonstrando seus interesses para o cuidado e a sociedade, adequando-se para receber as diversidades, superando as barreiras arquitetônicas, físicas, comunicacionais, socioeconômicas, possibilitando condições de acesso à vida em comunidade.

Assim como o modelo médico da deficiência não foi capaz de resolver os problemas que acometiam esta população em relação à sociedade, o paradigma biomédico não se mostrou suficiente para resolver os problemas de saúde. O avanço científico trouxe consigo novos problemas, principalmente de ordem social como as grandes desigualdades, originadas da mundialização da economia e impulsionada pela supremacia do capital financeiro e pelas transformações tecnológicas na indústria e nos serviços, desvelando os princípios de igualdade e fraternidade como um ideal inatingível (ZEN, 2010).

Os custos de novas tecnologias aquém das possibilidades da população e do setor público também contribuíram para desestabilizar o paradigma biomédico. O interesse do capital, em que a saúde se torna mercadoria, gera pressão para cumprimento da oferta, e assim proporcionar lucro para poucos e sensação de ampliação de cuidado para muitos. Isso também se vê no processo de medicalização da sociedade (BARROS, 2002).

O fenômeno da medicalização da sociedade, termo que passou a ser utilizado no final da década de 1960, evidenciou o fortalecimento da intervenção política da medicina no corpo social, ao estabelecer normas morais de conduta e de comportamentos, decorrendo em indivíduos dependentes dos conhecimentos produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos. Diante disso, desconsidera a complexidade dos fenômenos da vida, reduzindo-os a um caráter biológico, orgânico, centrado no indivíduo (GAUDENZI, ORTEGA, 2012).

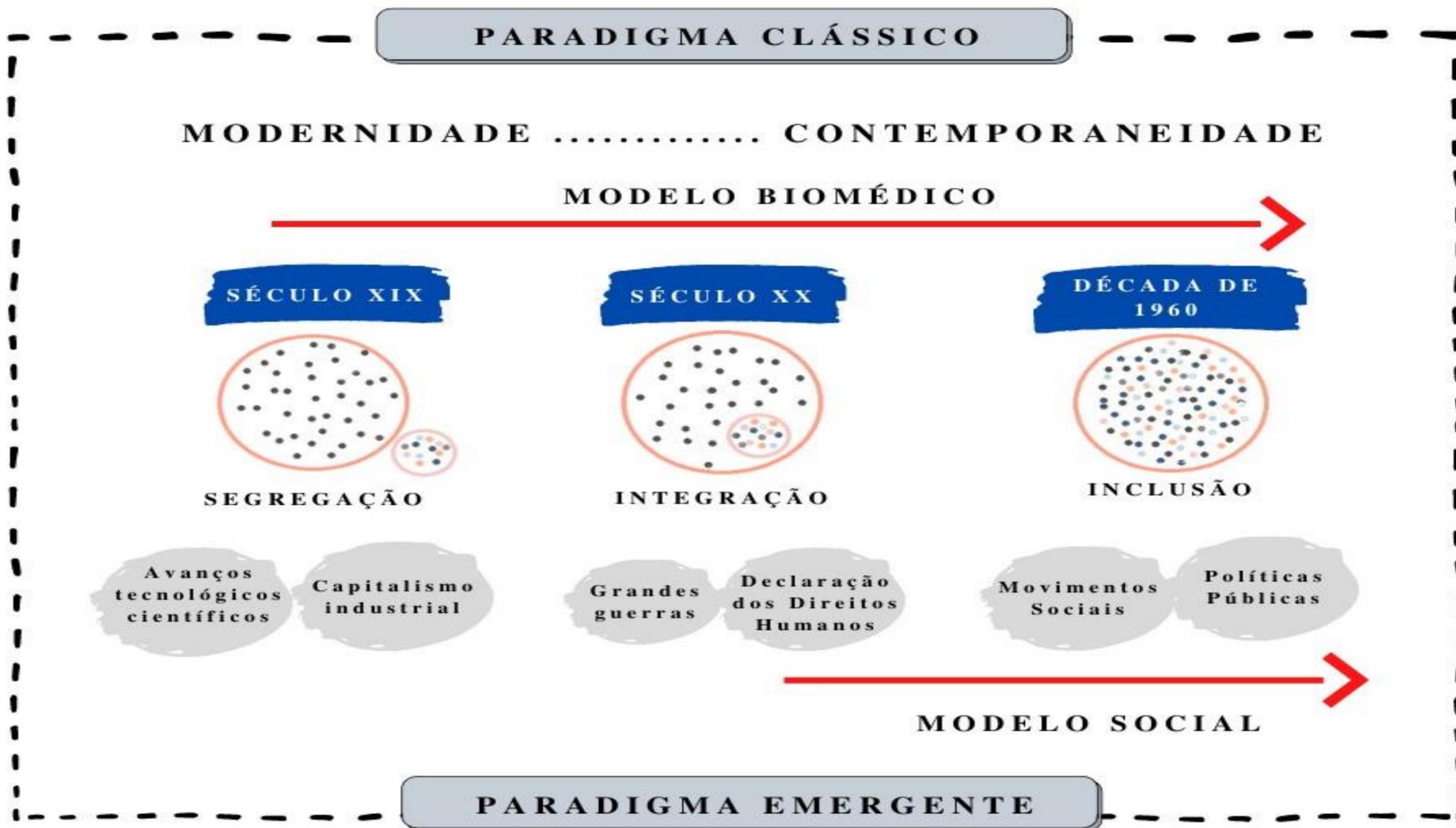
Relacionando a pessoa com deficiência, vimos nos últimos anos ampliação da oferta de serviços de reabilitação, graças a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (ampliação de tecnologias de cadeiras de rodas, aparelhos auditivos como sistema FM, por exemplo), porém no quesito acessibilidade nos serviços por pessoas com deficiência ainda há um longo caminho a ser percorrido (ALBUQUERQUE et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2016).

Apesar da limitação a qual o paradigma biomédico responde frente às necessidades da sociedade, suas contradições ao conviver com novas ideias como o modelo social da deficiência e da ideia inclusivista, ele resiste, o que mostra a necessidade de transformar atitudes e estruturas para superá-lo. Esse fato pode ser visto durante a atuação do profissional de saúde ao lidar com pessoas com deficiência, visualizando-os como passivos no processo de cuidado, focalizando a lesão e não o indivíduo a ser cuidado em sua integralidade.

Neste sentido, ter a inclusão social como pauta permite que a sociedade receba pessoas com deficiência em seus sistemas sociais, assumindo papéis, superando barreiras e equiparando oportunidades, ao reforçar a ideia de que os problemas da pessoa com deficiência não estão nela tanto quanto estão na sociedade (SASSAKI, 2009). As políticas de inclusão social são importantes para o enfrentamento do estigma e do preconceito.

Ao realizar uma retrospectiva histórica, percebe-se mudança na forma como a sociedade lida com a deficiência e com as pessoas com deficiência, movimentando-se da exclusão para a inclusão. Porém a imagem social das pessoas com deficiência, ainda se associa fortemente a incapacidade, baseadas no senso comum. Entretanto, as mudanças mesmo que discretas, demonstram que a cultura não é estanque e que essas políticas contribuem para transformação, desde que sejam postas em prática.

Figura 1: Linha do tempo Pessoa com deficiência a partir da Modernidade



Fonte: Própria pesquisadora, 2021.

Dentre as políticas lançadas nesse campo no Brasil, destaca-se a Lei 13.146/2015 conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência e na saúde, a Portaria 793/2012 que trata da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência. Essas não foram as primeiras a tratarem da pessoa com deficiência no Brasil, mas são importantes pelo detalhamento de ações para por em prática a inclusão social deste grupo.

A Portaria 793/2012, ao tornar o cuidado à pessoa com deficiência parte de uma rede de atenção do SUS, inclusive com recursos próprios de incentivo a prestação de serviço, traz destaque a um serviço que durante anos foi negligenciado da agenda de saúde do Brasil. As tentativas anteriores eram fragmentadas, isoladas e desarticuladas dos pontos de atenção do SUS, o que dificultava ainda mais o acesso aos serviços por pessoas com deficiência (BRASIL, 2015; 2012).

Acompanhando a Portaria 793/2012 foram lançadas diretrizes de cuidado para pessoas com deficiência e os Instrutivos de Reabilitação Física, Auditiva, Intelectual e Visual que além de tratar do desenho dos serviços de habilitação/reabilitação, trazem também conceitos importantes para o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (BRASIL, 2012).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo (o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos), resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007). Organiza-se em quatro momentos:

1. Diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário;
2. Divisão de metas: propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas entre sujeito e equipe;
3. Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza;
4. Reavaliação: discussão a respeito da evolução e devidas correções de rumo, se houver necessidade.

Esses elementos que compõe o PTS contribuem para a integralidade do cuidado, dando ao usuário/coletivo o protagonismo em relação à saúde, pois considera as preferências e características do sujeito/coletivo, que participa

diretamente do processo junto a equipe multidisciplinar e interdisciplinar, correspondendo a um avanço na atenção a saúde da população, tendo destaque na Rede de Cuidados Pessoa com Deficiência, necessitando de maior aplicação na prática, ao envolver todos os níveis de atenção da rede.

Outro conceito referenciado pela Portaria 793/2012 corresponde ao CIF que se constitui como instrumento fundamental para avaliação das condições de vida e promoção de políticas de inclusão social. Neste modelo, a funcionalidade e a incapacidade das pessoas são determinadas pelo contexto ambiental vivido. Com ele, o sentido negativo da deficiência/incapacidade é sobreposto por uma visão positiva, pois não delimita a definição de quem é deficiente e quem não é, reconhecendo aspectos e graus de deficiência/incapacidade ao longo de toda a população. Ressalta-se a CIF e a Classificação Internacional de Doenças (CID) se complementam, tendo funções distintas. Por outro lado, tem-se relatado a dificuldade do seu uso, pela sua complexidade, exigência de maior tempo para realização e por ser uma classificação recente (FARIAS; BUCHALLA, 2005, ARAUJO; BUCHALLA, 2015).

Apesar das iniciativas do setor público ainda há um distanciamento entre o que se pauta nas legislações e o que se pratica nos serviços de saúde. Compreender o contexto e a relação entre os envolvidos, usuários e profissionais, pode favorecer a superação. Sobre esse cenário, expõe Mendes (2014, p.41):

Isso é algo que chama atenção no processo: as dificuldades apontadas por profissionais e gestores na implementação dessa Rede, para além dos desafios comuns à implementação de qualquer Rede de Atenção à Saúde, apoiam-se, com frequência, no imaginário de que as deficiências introduzem complexidades adicionais no cuidado à saúde, o que causaria obstáculos relevantes à implementação dessa Rede em particular. O discurso que deriva desse imaginário, narra dificuldades que revelam desconhecimento e falta de experiência no trato com as pessoas com deficiência. Daí a sensação de medo e de insegurança que este tipo de discurso traz à tona. O problema é que essa narrativa da dificuldade, em alguns casos, naturaliza-se, como se fosse verdadeira. No entanto, implementar essa Rede não é mais difícil, nem é mais complexo, tampouco menos viável do que qualquer outro trabalho em saúde. Sistemas universais e processos de trabalho em saúde são sempre complexos e desafiadores. Nesse sentido, é sempre melhor pensar no desafio que representam e não nas dificuldades que trazem. Lidar com a pessoa com deficiência, no âmbito da saúde, não impõe nada de intransponível. O que há são especificidades e, às vezes, insuficiência de abertura, de escuta e desconhecimento sobre as necessidades desse grupo populacional. É justamente isso o gerador de insegurança e de angústia que permeia certos discursos. O desafio é, então, entrar em contato com as pessoas com deficiência, suas necessidades singulares e, sobretudo, suas capacidades e potencialidades, verificando que elas são pessoas como quaisquer outras.

Coadunando com o exposto, em pesquisa realizada com mulheres com deficiência, verificou-se que, em relação à atenção à saúde, falta acessibilidade física e comunicacional, além de haver atitudes pouco receptivas nos serviços. Isso mostra a dificuldade em lidar com a pessoa com deficiência em sua integralidade e falta de empatia. O olhar estigmatizado a pessoa com deficiência encontra-se na sociedade como um todo e isso reflete nas atitudes dos profissionais de saúde, porém estes têm o papel social de cuidar sem discriminação, de promover a saúde em sua complexidade. Atuar na formação profissional é crucial para a resolução desta problemática (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2011).

Para mudança de perspectiva em relação à prática em saúde às pessoas com deficiência, para além da implementação de políticas públicas, é necessário atuar na educação dos indivíduos e, no campo da saúde, que este conteúdo se integre na graduação. Pesquisas demonstram que quando se discute o tema na graduação há mudança atitudinal por parte dos estudantes para lidar com o público em questão. É necessário também que haja educação permanente em saúde para trabalhadores a respeito da temática, além de investimento em pesquisas que tratem do número de pessoas com deficiência; o estado de saúde dessas pessoas, fatores sociais e ambientais que influenciam a saúde, acessibilidade aos serviços de saúde, pesquisa de satisfação da assistência prestada (OMS, 2012).

Para finalizar, trago o depoimento do escritor, ator, artista plástico, dançarino e professor da Faculdade de Dança da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Carlos Eduardo Oliveira do Carmo, ou Edu O., como é conhecido, que possui deficiência física: “O meu corpo tem todas as potências e possibilidades de falar sobre ele, eu não preciso repetir padrões de um corpo que não é o meu. Eu quero ser protagonista da minha fala, da minha vida, da minha história”⁵. Não há nada para comparar, mas muito para refletir, compreender, aprender e atuar.

2.2 A Língua de Sinais e a Pessoa Surda

Para se adentrar a temática do cuidado às pessoas surdas é necessário situar os conceitos relacionados ao assunto, que o embasam e que o tornam relevante para ser abordado e articulado em pesquisa e políticas públicas. Dentre esses conceitos

⁵ Fala extraída de entrevista realizada pela Organização Internacional do Trabalho, divulgada na página de rede social <https://www.facebook.com/oitbrasil/videos/1410094055710523/>

temos as identidades surdas, a Língua Brasileira de Sinais-Libras, suas características linguísticas, além dos mitos e preconceitos que a rodeiam e sua história. Iniciaremos pelos aspectos históricos que findam por nortear toda a compreensão dos demais aspectos aqui apontados.

O ensino formal de surdos em classes coletivas e públicas teve seu início na França, em 1750, a partir da LS falada nas ruas de Paris e gramática sinalizada da Língua Francesa, pelo professor abade L'Épée, ao fundar a primeira escola para surdos de Paris. A escola francesa influenciou a educação de surdos também nos Estados Unidos da América. Nesta época a língua de sinais era valorizada e o aperfeiçoamento da escolaridade de pessoas surdas possibilitou melhor colocação no mercado de trabalho, inclusive como professores dessas escolas. (GOLDFELD, 1997).

Apesar dessas conquistas dos surdos mediadas pela LS, a visão clínica da surdez, em que pessoas surdas eram vistas como deficiente/doente e que necessitava ser curado, se intensificou nos países europeus. Tanto que, em 1880, realizou-se o Congresso de Milão, e nele o uso da língua de sinais foi abolido da educação de surdos, restringindo o ensino à utilização do método oralista. O método oralista defendia que a forma de ensino mais eficaz para educação de surdos correspondia a oralização e desta forma, os surdos deveriam aprender a falar. Ao receber apoio de Alexander Graham Bell no Congresso de Milão o método ganhou ainda maior repercussão e força (ARAUJO; BRAGA, 2019).

Outro fato relevante diz respeito aos professores surdos presentes no referido Congresso, os quais foram impedidos de votar e contribuir com a escolha do método mais adequado para educação de surdos, ou seja, a decisão a respeito do ensino de surdos e do uso da LS não pode ser decidida pelas pessoas diretamente envolvidas no processo: os próprios surdos (LACERDA, 1998). Havia também a crença de que a LS prejudicaria o desenvolvimento da oralidade e assim como a adaptação a sociedade ouvinte.

Porém, o processo pedagógico dos surdos por meio do método oralista e a proibição do uso da língua de sinais acarretaram uma acentuada deterioração do aproveitamento educacional dos surdos em geral, e os avanços conquistados passaram a sofrer duras perdas (SACKS, 2010). O que se questiona, portanto, é o que motivou pessoas ouvintes a decidirem o rumo da educação de surdos, excluindo os próprios surdos do processo de escolha do método para seu ensino formal? A

provável resposta se insere no contexto filosófico/científico e sociocultural da época, o paradigma mecanicista da ciência moderna, no qual o paradigma biomédico se insere.

Neste contexto, o surdo trabalhador é substituído pelo surdo deficiente, perdendo o direito de vender a sua força de trabalho e dependendo de instrumentos médicos para curar aquilo que lhe falta: a audição (SILVA, 2006). O paradigma biomédico da saúde, o modelo médico da deficiência, o ouvintismo e o oralismo são influenciados pela mesma fonte, o paradigma dominante mecanicista da ciência.

O ouvintismo corresponde às representações dos ouvintes sobre a surdez e os surdos, e o oralismo a forma institucionalizada do ouvintismo, um método de educação de surdos. Para essas compreensões, pessoas surdas devem falar e ser como um ouvinte. É por isso que se pode afirmar que apesar de se configurar como um momento decisivo da história, o Congresso de Milão foi apenas a legitimação oficial do que já era uma tendência mundial, a oralização dos surdos (SKLIAR, 2013). O ouvintismo e a oralização eram reforçados pelo avanço e prestígio da ciência e da medicina por parte da sociedade da época.

Assim, desde o Congresso de Milão, até fins de 1970, o oralismo se espalhou pela Europa e EUA, com práticas que descaracterizavam os surdos e subordinava sua educação à aquisição da expressão oral, e os adultos surdos, que antes participavam do processo educativo foram excluídos das escolas para surdos. Diante disso, há fortalecimento da visão clínica da surdez e ênfase na reabilitação/cura da pessoa surda.

Apesar da imposição do uso da língua oral aos surdos nas salas de aula, a LS continuou viva na mão dos surdos, porém de forma clandestina perante a sociedade. Surgem nesse contexto, movimentos de resistência à pressão ouvintista, como associações de surdos (SKLIAR, 2013). Porém, somente na década de 1960, ou seja, um século após a proibição do uso da LS, com o linguista William Stokoe, a LS, passou a ser estudada cientificamente. Concluiu-se que essa não se resumia a gestos, pantonímias ou iconografias, como se pensava na época, mas atendia aos critérios de uma língua legítima, fortalecendo as reivindicações do movimento social surdo (SACKS, 2013).

Voltando-se para a história da educação de surdos no Brasil, o desenvolvimento da Libras, assim como da ASL nos EUA, teve forte influência da LS da França. Em 1856, o francês Ernest Huet, com apoio de Dom Pedro II, inaugurou o

Imperial Instituto dos Surdos Mudos⁶, atual Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES). Os alunos provenientes de várias regiões do Brasil e que ali estudavam internos, ao retornarem para suas casas, contribuíram para a difusão da LS no Brasil. Vale ressaltar que, nesta época, a LS não fazia parte do currículo formal do Instituto, mas era aceita e reconhecida neste ambiente. O Instituto visava ofertar educação literária e profissionalizante, assim como na França (MAZZOTA, 2011; SOUZA, 2009).

Como ocorreu com o mundo, o Brasil também sofreu influências dos encaminhamentos do Congresso de Milão e teve o uso da LS proibido na educação de surdos. Porém, os incipientes resultados da abordagem oralista geraram descontentamentos e reivindicações por parte de movimentos sociais de surdos e de acadêmicos da área da linguística, para o reconhecimento da LS e pela inclusão social de surdos. Entretanto, o processo no Brasil se desenvolveu lentamente durante anos devido ao período da ditadura militar (BRITO, 2013).

No final dos anos 1980, os surdos lideraram o movimento de oficialização da LS, que ganhou corpo por todo o território nacional, culminando na criação da Lei nº 10.436/2002. Essa lei reconheceu a Libras enquanto língua dos surdos do Brasil, seguida pelo Decreto nº 5.626/2005, que a regulamentou (ROCHA, 2007).

A oficialização da Libras foi consequência da luta dos surdos organizados que exigiram o seu reconhecimento enquanto meio de comunicação e expressão no Brasil, referendados pelos estudos linguísticos da Libras, realizados por Lucinda Ferreira Brito, Eulália Fernandes e Tanya Amara Felipe, que comprovavam a importância desta para o desenvolvimento cognitivo, linguístico e social de pessoas surdas, o que justifica que ela tenha se mantido viva, mesmo que clandestinamente, após a provação da sua restrição por quase um século (SILVA, 2015). Por isso, pode-se dizer que a história da língua de sinais no mundo tem o peso da resistência.

Vimos que, por séculos, a educação dos surdos foi subordinada a uma visão hegemônica em torno da aprendizagem da língua oral. Atualmente, vislumbra-se a defesa do uso da LS na formação desses sujeitos, ainda de forma emergente, mas com tendência ao fortalecimento cada vez maior. Essas mudanças se constituem em rupturas com os saberes postos e cristalizados e só foram possíveis devido às lutas

⁶ O termo mudo foi mantido por se tratar do nome da instituição, porém cabe aqui ressaltar que se configura como inadequado, devendo-se utilizar somente o termo surdo para designar pessoas com restrição sensorial da audição e que vivenciam o mundo de forma visual.

dos próprios surdos, que motivaram estudos linguísticos sobre a temática (LINS; NASCIMENTO, 2015).

A mudança de compreensão referente a Libras e seu papel mediador no desenvolvimento das pessoas surdas tem refletido no campo da ciência, expandindo o interesse e o número de produções sobre o tema e sua relação com a inclusão social de surdos. Esse crescimento ocorreu após a publicação da Lei de Libras (2002) e do Decreto 5.626/2005, sendo que o maior número de publicações está no campo da Educação (LINS; NASCIMENTO, 2015).

Apesar da ampliação das pesquisas a respeito da LS, ainda há muitos mitos a seu respeito sendo difundidos, havendo necessidade de esclarecer e assim avançar nas conquistas e mudanças de práticas nas relações que se estabelecem com os surdos na sociedade (DINIZ, 2010). Dentre os principais mitos propagados, temos:

1. Há uma língua de sinais universal, utilizada pelos surdos em todos os países;
2. A LS corresponde a uma representação manual das línguas orais;
3. LS seria um tipo de pantomima, ou seja, comunicação por mímica, expressando somente questões concretas.

Como qualquer outra língua, inclusive as orais, as LS são expressas de maneiras distintas em países diferentes. Inclusive, dentro de um mesmo país ela apresenta variações dialetais, não sendo, portanto, universal. Não são representações de línguas orais, pois possuem características linguísticas próprias, a começar pelo meio de propagação que é espacial, tendo estrutura gramatical distinta da língua oral. Outro ponto relevante corresponde aos sinais arbitrários (que não possuem relação com significado ao qual se refere) que as LS possuem e a reprodução de conceitos abstratos independentemente da iconicidade da palavra, o que contraria a afirmação de que seja apenas mímica (DINIZ, 2010).

Romper com esses mitos contribui com a superação do estigma de pessoas surdas como seres incompletos, incapazes, centrado na concepção médico terapêutica, que trouxe como consequência violências tanto de cunho físico quanto simbólico para essa população, como reclusão em casa, proibição do uso da LS, segregação em escolas especiais (WITKOSKI, 2009). A LS traz consigo a possibilidade de construir uma imagem do surdo para além da deficiência sensorial, a partir do momento que este sujeito se desenvolve em seus aspectos cognitivos, de linguagem, sociais e laborais mediados pela LS. Hoje vemos surdos professores,

mestres, doutores, tivemos o primeiro surdo aprovado para curso de medicina (UFRJ) no ano de 2018, fatos que vem desconstruindo estigmas e preconceitos sobre a surdez.

É no encontro com o outro e nas relações sociais, no viver em sociedade, assim como ao ter experiências com as diferenças que as identidades das pessoas se constituem. E é por meio principalmente da mediação da LS que se desenvolvem elementos de afirmação e de resistência referente a aspectos de identidades, os quais mobilizam imagens de pertencimento e distanciam as comunidades surdas falantes de LS do estigma sustentado pela visão patológica da surdez (ARAUJO; RAMOS, 2020).

Perlim (2013), ao estudar a história de vida de pessoas surdas, identificou categorias de identidades surdas, citando-as no intuito de mostrar a heterogeneidade destas, sendo elas:

Identidades surdas: Presentes nos grupos de surdos que se utilizam da experiência visual propriamente dita. Reclamam à história e alteridade surda. Identidade fortemente centrada no ser surdo.

Identidades surdas híbridas: Pessoas que nasceram ouvintes e que se tornaram surdos por algum motivo. Apresenta duas línguas, porém se identificará com a identidade surda.

Identidades surdas de transição: Como geralmente acontece com pessoas surdas, se apresenta na situação de surdos filhos de pais ouvintes. Crescem imersos na hegemonia do ouvintismo, com educação oralista e passam por uma transição quando do encontro com a comunidade surda, a “desouvintização”. Apesar desse processo, observam-se sequelas da representação ouvintista evidenciadas em sua identidade em reconstrução nos diversos momentos da vida.

Identidades surdas incompletas: Presentes em pessoas surdas que vivem sob o comando de uma ideologia ouvintista latente, que atua de forma a socializar os surdos compativelmente à cultura dominante. A hegemonia ouvinte neste caso exerce poder de tal maneira que dificulta o encontro do surdo com o “ser surdo”.

Identidades surdas flutuantes: Vivenciadas por surdos imersos na ideologia ouvintista, manifestando-se a partir dessa visão hegemônica. Possibilita um posicionamento “consciente” de ser ou não ser surdo. Corresponde a muitos surdos que não tiveram êxito em estar a serviço da comunidade ouvinte por dificuldade de comunicação e nem à comunidade surda, por ausência de LS.

O exercício da autora supracitada em demonstrar a multiplicidade das identidades surdas nos permite iniciar uma compreensão dos diversos entendimentos de pessoas surdas sobre seu estar no mundo. Por outro lado, Urenha e Jesus (2018) destacam que, embora a classificação de Perlim apresente rótulos variados, as identidades podem misturar-se e dificilmente permitem um enquadramento perfeito, já que cada sujeito é único e carrega a multiplicidade própria da identidade/identidades. Para os autores a constituição da identidade do sujeito surdo se associa às práticas discursivas e às diversas interações sociais no cursar da vida, seja ao conviver em família, na escola, no trabalho, no círculo de amigos.

Em relação aos aspectos culturais, sabe-se que esta pode ser entendida como uma instância histórica, plural e dinâmica, em contínua formação. Por isso, considerar uma cultura surda como homogênea, estável e única incorre na armadilha da uma percepção reducionista. Desta forma, consideram-se como processos fundamentais o reconhecimento da condição cultural como híbrida e múltipla, assim como da circulação e apropriação de bens simbólicos, além da instabilidade do desenvolvimento cultural em sua profundidade e complexidade. Cabe assumir que muitas das manifestações advindas de comunidades surdas, seus costumes, vivências e práticas visuais se resguardam por meio da LS (ARAUJO; RAMOS, 2020).

Na saúde, tendo em vista a forte influência da formação pautada no paradigma dominante, há necessidade de desconstruir a visão reducionista médico terapêutica do surdo e apropriar-se das questões apresentadas a respeito da diferença, das identidades, das manifestações provenientes da comunidade surda.

Atualmente, há tecnologias disponíveis no SUS para detecção e intervenção precoce da surdez, como a triagem auditiva, próteses auditivas e implante coclear, porém estes não devem ser vistos como única alternativa para o desenvolvimento dos surdos. Reconhece-se a importância do desenvolvimento de habilidade auditiva de fala e linguagem oral utilizando-se a evolução tecnológica, mas o processo depende de fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito, tais como capacidade de memória auditiva, adequada estimulação no ambiente familiar e acesso a intervenção fonoaudiológica (VALADÃO et al., 2012).

Por esses motivos, é válido ter em mente que, mesmo favoráveis ao desenvolvimento auditivo por crianças surdas por intermédio de reabilitação auditiva, deve-se reconhecer que o acesso a LS não inviabiliza o uso da fala, podendo associada a aquisição da língua oral (BENTO, 2014). Os surdos não devem ser

privados da possibilidade da aquisição e do desenvolvimento da linguagem, pois podem fazer isso utilizando o canal visual, além de outra forma de comunicação, a LS (VALADÃO et al., 2012).

Neste sentido, há emergência de novas práticas de cuidado e de um novo sujeito surdo, o implantado bilíngue, cujos pais optaram por uma abordagem dupla e simultânea das possibilidades, ao oportunizarem o implante coclear e o aprendizado da LS para as crianças. As famílias optam por oferecer à criança as tecnologias da atualidade para que, no futuro, elas possam optar ou criticá-las, exercendo sua subjetividade com independência. Além disso, reconhecem a LS como mediadora de uma comunicação efetiva que proporciona desenvolvimento e aprendizagem escolar, assim como formação identitária e subjetiva (NASCIMENTO; LIMA, 2015).

Verifica-se, na atualidade, portanto, uma mudança de paradigma na abordagem à pessoas surdas, percorrendo profundas transformações socioculturais, científicas e políticas, juntamente com a atuação dos direitos humanos. Essas transformações se relacionam com o avanço do conhecimento, colaborando com a queda de conceitos enraizados sobre os surdos. Anteriormente a era digital, a fala era a principal manifestação do pensamento e da linguagem e hoje ela corresponde a mais uma forma de expressão humana. Os surdos, ao se comunicarem com a LS e utilizarem tecnologias para interação, referendam esse fato e contribuem com novas perspectivas para esse processo (ISAAC; VALADÃO, 2014).

Tais mudanças enraízam-se nas lutas e conquistas das comunidades surdas, que se fortalecem nos encontros dos surdos com seus pares, com ouvintes que apoiam a causa surda, no crescimento do movimento social surdo. É neste contexto que a comunidade surda transforma a identidade de grupo estigmatizada para um grupo valorizado contra as injustiças presentes na sociedade (PERLIM, 2013).

O campo da saúde, considerando os princípios que norteiam o SUS, deve atender a todos sem distinção, considerando suas características individuais, territoriais, culturais, tendo em vista que o sujeito traz consigo uma história e um contexto que o significa no mundo e, ao considerar esses aspectos no cuidado a saúde, se alcança uma atenção à saúde pautada na integralidade.

No que tange aos sujeitos surdos, somente quando houver respeito às peculiaridades desta população, sua língua e sua vivência de mundo, ocorrerá uma assistência integral, humanizada e de qualidade. Reconhecemos as conquistas legais, porém ainda existem desafios a serem superados, atribuídos, sobretudo, às barreiras

atitudinais, de comunicação e informação ocorrentes na relação interpessoal, o que restringe o exercício da autonomia, uma das diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa como Deficiência (NOBREGA; MUNGUBA; PONTES, 2017).

Pimenta (2001, p. 24), surdo, ator e produtor literário, afirma: “Eu nasci surdo, e como só se perde aquilo que se tem, nunca perdi a audição, pois nunca a tive. Eu tenho o direito de viver assim e o mundo tem o dever de aceitar minha diferença”. A compreensão pelo campo da saúde (e da própria sociedade também) da surdez inserida num paradigma emergente, numa perspectiva social, não pautada em uma referência comparativa aos ouvintes, pode vir a propiciar a superação da exclusão diária dos surdos em nossos serviços de saúde, proporcionando inclusão social.

2.3 Teoria das Representações Sociais e seu potencial para o debate da questão do cuidado a pessoas surdas

Tendo em vista a conjuntura vivenciada na atualidade, de mundo globalizado, agilidade na difusão de informações, constantes transformações, a Teoria das Representações Sociais (TRS) é uma ferramenta para compreender fenômenos sociais, em sua pluralidade e dinamicidade.

A TRS foi proposta por Serge Moscovici em 1961, na publicação *La psychanalyse, son image et son public*, obra seminal que anuncia a RS como objeto de estudo (MOSCOVICI, 2012)⁷. Seu intuito era compreender a difusão da psicanálise na sociedade parisiense, de que modo os sujeitos a apreendiam, orientando suas formas de pensar, sentir e agir. A partir de então, iniciou-se um promissor campo de pesquisa sobre as formas de pensamento dos grupos, de seus sentimentos e ações, que oportuniza apreender a realidade materializada na vida das pessoas (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

A TRS reforça a necessidade de romper com as dicotomias da ciência psicológica, como a fronteira entre razão e senso comum, razão e emoção, sujeito e objeto. Propõe uma psicossociologia do conhecimento, considerando os processos subjetivos e cognitivos para seu desenvolvimento. Assim, valoriza também o saber

⁷ A obra seminal da TRS “*La psychanalyse, son image et son public*”, de 1961, foi traduzida parcialmente pela Editora Zahar com título “Representações Sociais da Psicanálise” em 1978. Somente em 2012 a obra completa foi traduzida para o português, pela Editora Vozes, que manteve seu título original, “Psicanálise, sua imagem e seu público”.

popular, as crenças o senso comum na produção do conhecimento social (ARRUDA, 2002).

Nesta teoria, parte-se da premissa de que há diferentes maneiras de conhecer e comunicar a respeito de fatos do mundo, com objetivos diferentes, mas que convivem em nossa sociedade: o universo consensual e o científico/reificado. Os propósitos são distintos, mas isso não estabelece relação hierárquica entre eles, pelo contrário, ambos são necessários na vida humana e intercomunicantes. O universo consensual se constitui na vida cotidiana, nas conversações de caráter informal, enquanto o universo reificado se concretiza no espaço científico, com linguagem e hierarquia interna. As representações sociais se edificam essencialmente no universo consensual (ARRUDA, 2002).

Desta forma, o intuito das representações sociais, essencialmente, é tornar familiar o não familiar, refletir e emitir opiniões a respeito de assuntos, estando situadas no universo consensual e permitindo que a dimensão sensível do conhecimento se torne inteligível (OLIVEIRA; WERBA, 2003). Porém, deve-se ter em mente que a representação social não se compromete com a verdade, não sendo um retrato ou uma tradução da realidade e sim uma interpretação dela, realizada por determinado grupo social, ou seja, grupos compostos por pessoas detentoras de experiências sociais e padrões de linguagem comuns.

Assim, para compreender o não familiar, dois processos podem ocorrer para proporcionar o desenvolvimento das representações sociais: a ancoragem e a objetivação. Na ancoragem, procuramos classificar, encontrar um lugar para algo, visando enquadrar o não familiar. Quando podemos falar sobre algo, avaliá-lo mesmo superficialmente, há possibilidade de representar o não usual em nosso mundo familiar, como réplica de um modelo familiar, sendo capazes de representá-lo (MOSCOVICI, 2004). A ancoragem quase sempre envolve juízo de valor, pois ao ancorarmos uma pessoa, objeto ou ideia a uma classificação nossa preexistente, situamos esse conhecimento em uma categoria que historicamente abrange esta dimensão qualificadora (OLIVEIRA; WERBA, 2003).

A objetivação é o processo em que tentamos dar concretude a uma realidade ainda abstrata, transferindo algo que está na mente em algo que já exista no mundo. Procuramos associar um conceito com uma imagem, descobrir seu valor icônico, material ou de uma ideia, como por exemplo, quando associamos a ideia de “Deus” como “pai”, materializando a figura do divino, que não pode ser visualizado

(OLIVEIRA; WERBA, 2003). A ancoragem e a objetivação são processos constitutivos de representações sociais associando-se a processos de aprendizagem, mediados por interações sociais permeados por características históricas e culturais.

As representações sociais correspondem a formas de conhecimento socialmente elaboradas e compartilhadas contribuindo para a construção de práticas comuns a um determinado conjunto social. Insere-se no saber do senso comum, diferenciada do saber científico, porém tão importante de se considerar quanto ele. Por possuir valor na vida social, torna-se um objeto de estudo relevante para elucidação de questões que envolvem comportamentos sociais e compreensões da realidade, já que mediam nossa relação com o mundo e com o outro (JODELET, 2001). Assim, são elementos simbólicos construídos socialmente expressos por meio da linguagem, seja ela oral ou escrita, e traduzindo percepções, opiniões a respeito de um objeto ou até mesmo um fato.

Tendo em vista que as representações sociais correspondem a saberes práticos que envolvem sujeito e objeto há, portanto, elementos e relações que caracterizam essas representações, sendo que a representação social sempre será a representação de alguma coisa e de alguém (relação sujeito/objeto); ela tem com seu objeto uma relação de simbolização e de interpretação (da realidade); e se torna uma forma de saber, qualificada como prática devido à experiência a partir da qual é produzida, em que lugar se configura, suas condições de produção, para agir sobre o mundo e o outro (JODELET, 2001). São construídas historicamente, associando-se intimamente com os aspectos culturais, socioeconômicos, refletindo nas práticas sociais.

Por serem complexas e exigirem profundidade, as representações sociais proporcionam diversos níveis de discussão, a saber, o nível fenomenológico, teórico e metateórico. No nível fenomenológico, as representações sociais são objetos de investigação, componente da realidade social, saberes populares legitimados na interação social cotidiana, cujo objetivo é compreender pensamentos e ações sociais. O nível teórico refere-se às definições conceituais e metodológicas, além de construtos, generalizações e proposições relacionados às representações sociais. Já no nível metateórico, abrange o campo de discussões da própria teoria, com críticas e novas proposituras para a mesma.

Em relação ao nível fenomenológico, vislumbra-se como um campo rico para enfrentamento de questões relacionadas à saúde, ao passo que possibilita

entendimento de comportamentos e atitudes dos envolvidos no processo de cuidado, adesões ou não adesões a tratamentos, proporcionando espaço para novas propostas embasadas nas respostas advindas do estudo destas representações. A utilização dessa teoria nos estudos de cuidado em saúde oportuniza compreensão sobre as pessoas, seus afetos, suas ações, contribuindo com a produção do cuidado numa terapêutica fundamentada na perspectiva do outro, a quem de fato este se destina (FERREIRA, 2016).

Assim, no campo da saúde, questões que tenham relevância cultural ou acadêmica podem ter contribuição da aplicação da teoria das representações sociais para solução de problemáticas, mas isso por si só não ratifica a necessidade de um fenômeno de representação social se tornar um objeto de investigação. É necessário que elas emergjam de determinadas condições sociais, como a dispersão da informação (como determinado grupo dissipa o conhecimento para compreender o problema), focalização (interesse pelo tema considerando estes imersos num dado período sócio-histórico e cultural) e pressão por inferência (imposição do grupo com intuito de suscitar posicionamento do grupo a respeito da temática problematizada). Neste contexto os grupos participam da construção de conhecimentos mediados pela interação dos seus indivíduos (SÁ, 1998).

Relacionando à vivência de pessoas surdas na sociedade, a língua de sinais, por muitas vezes é inferiorizada, tendo em vista que o senso comum a delimita como mímica e gestos, desconhecendo a complexidade linguística que a compõe, como enfatizado por Sacks (2013, p.78):

Encontramos na língua de sinais em todos os níveis - léxico, gramatical, sintático - um uso linguístico do espaço: um uso que é espantosamente complexo, pois boa parte do que na fala ocorre de forma linear, sequencial, temporal, na língua de sinais torna-se simultâneo, coincidente, com múltiplos níveis. A “superfície” da língua de sinais pode parecer simples para um observador, como a dos gestos ou mímica, mas logo descobrimos que isso é uma ilusão, e o que parece tão simples é extraordinariamente complexo, consistindo em inúmeros padrões espaciais encaixados de forma tridimensional um ao outro.

Exercer a inclusão social implica também na superação do capacitismo, exposto por barreiras atitudinais, estereótipos, estigmas e preconceitos. O estigma associado a pessoas surdas de um ser incompleto, incapaz, deficiente, marcado pela visão biomédica da surdez trouxe como consequência violências tanto físicas e simbólicas como reclusão em casa, proibição do uso da língua de sinais e até mesmo

segregação em escolas especiais (WITKOSKI, 2009). Muitas delas persistem até a atualidade, contudo, a existência de políticas públicas que tratam da inclusão de surdos nos remete a uma perspectiva futura de transformação, contribuindo para ultrapassar essas barreiras.

Considerando as premissas aqui expostas sobre a constituição de um fenômeno de representação social como um objeto de pesquisa e questões referentes à vivência dos surdos e a língua de sinais, pode-se refletir acerca do cuidado à pessoas surdas como um objeto de pesquisa em representação social.

A temática possui relevância social vide ênfase com que tem sido discutida na mídia, em programas televisivos, novelas, *youtubers* surdos, páginas no Instagram para a difusão da Libras, filmes como “A família Bélier”, “Um lugar silencioso”, “Words”, publicação de legislações e normativas, que traz o peso da dispersão da informação.

A relevância acadêmica se comprova pelo quantitativo de pesquisas realizadas a respeito da LS e acessibilidade linguística dos surdos na sociedade (LINS, NASCIMENTO, 2015; SANTOS, OLIVEIRA, 2017), a ampliação de oferta de cursos de Letras/Libras no Brasil em mais de 200% nos últimos 10 anos, assim como o assunto ter sido tema da redação do ENEM em 2017. Além disso, em 2018, ocorreu o 1º Congresso Nacional de Saúde em Libras. O 2º estava agendado para o ano de 2020, mas houve cancelamento devido à pandemia de COVID-19. Esses fatos demonstram a pressão à inferência.

O tema abrange duas áreas que têm sido foco das pesquisas em TRS, segundo Sá (1998): a saúde e sua associação com a doença, assim como a exclusão social, ambas imersas nas contradições da relação entre o Modelo Biomédico e o Modelo Social da saúde, o que decorre no processo de focalização pela vinculação à inclusão social (MARTINS, CARVALHO, ANTUNES-ROCHA, 2014; FREITAS et al., 2019).

Especificamente em relação à saúde, observa-se o crescimento do interesse na área de cuidado à saúde de pessoas surdas, com pesquisas que tratam das barreiras para a prestação da assistência, das dificuldades vivenciadas por profissionais de saúde e por usuários surdos, assim como os desafios para o acesso, acessibilidade e integralidade à saúde desse público.

Entretanto, no que tange a aplicação da TRS em relação à surdez e às pessoas surdas, as publicações científicas, em geral, voltam-se para a área da educação. Expandir as pesquisas para o campo da relação entre TRS e cuidado às pessoas surdas, ao discutir assuntos tabus, que envolvem o corpo, a normalidade versus o

patológico, possibilita acessar crenças, informações, atitudes, compreender as práticas e reconfigurá-las.

O cuidado às pessoas surdas, como já relatado, vem sendo questão de pesquisa em que se mostra estarmos aquém do exigido nas políticas públicas. Cuidar de uma pessoa surda no serviço de saúde envolve não só conhecimento técnico para o desenvolvimento das ações, mas também demandas de caráter subjetivo, relacionados à experiência de vida, afeto, ideologias, reforçando a necessidade de estudá-lo como objeto de pesquisa por meio de uma Teoria de Representação Social, com vistas a contribuir com o entendimento de pensamentos coletivos e superar entraves para à integralidade do cuidado, ao propor ferramentas de transformação social.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Delineamento da Pesquisa

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo explicativa, com aplicação da Teoria das Representações Sociais. A abordagem em questão se justifica nesta pesquisa porque o que se busca é a dimensão sociocultural do objeto a ser desvelado, expressa em “crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas” (MINAYO, 2017, p. 1). A escolha da pesquisa explicativa ocorreu pela compreensão de que esta descreve fatos, analisando e interpretando-os, explicando suas causas. Esse tipo de pesquisa visa ampliar generalizações e definir modelos teóricos, exigindo reflexão a partir do objeto de estudo.

No que se refere à Teoria das Representações Sociais, será aplicada a abordagem processual, que busca a gênese ou a compreensão dos processos de formação das representações sociais. Na abordagem processual a matéria-prima a ser acessada corresponde ao discurso dos participantes. Dessa forma eles foram estimulados a se pronunciar sobre o objeto, externar seus saberes, afetos, sentidos, ao explicar os significados que o objeto tem para si e seu grupo social, além de expor como isto reverbera nas suas práticas cotidianas profissionais. Nesta abordagem há intenção de acessar o processo de construção das RS, cujos dois principais processos geradores são a objetivação e ancoragem.

3.2 Campo da Pesquisa

O campo da pesquisa correspondeu a um hospital estadual situado no município de Porto Velho, Rondônia. Porto Velho foi criado por volta de 1907 por desbravadores, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira - Mamoré, sendo oficializado em 02 de outubro de 1914. Localiza-se na Amazônia Ocidental, na margem direita do rio Madeira, um dos principais afluentes do rio Amazonas (IBGE, 2021). Possui território de 34.090,954 km² e densidade demográfica de 12,57 hab/km². Sua população registrada em 2010 foi de 428.527 habitantes, com estimativa de

539.354 habitantes para 2020. Possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal mais elevado do Estado, de 0,736 IBGE 2010).

No que tange a população residente com deficiência, das 92.369 pessoas que declararam ter algum tipo (entre visual, auditiva, física, intelectual) no município de Porto Velho, 16.740 afirmaram ter deficiência auditiva (em grau leve, severo e profundo, descritos subjetivamente no Censo como “alguma dificuldade, grande dificuldade e não consegue de modo algum”). Dessas, 3.265 tem maior dificuldade sensorial em ouvir (grau severo a profundo) (IBGE, 2010).

O hospital definido como campo de pesquisa, referência no Estado para atendimentos em gestação de alto risco, serviços médico cirúrgicos, transplantes de órgão, UTI adulto e neonatal, psiquiatria, nefrologia, cirurgias, diferencia-se dos demais por ser o maior hospital terciário de Rondônia, e segundo o site do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, em outubro de 2020, possuía 570 leitos e 2.735 profissionais. Mantem parceria com instituições de ensino superior pública e privadas, caracterizando-se como campo de estágio para os estudantes e residentes. Atende, para além da população do Estado de Rondônia, municípios de fronteira de estados vizinhos (Acre, Mato Grosso, Amazonas) e Bolívia.

A escolha por ambiente hospitalar se deveu ao fato de possuir maior potencial para captação de participantes e pela possibilidade de se obter discursos mais densos, com mais experiências, tendo em vista as publicações a respeito da frequência em que surdos procuram serviços de saúde. Sabe-se que sua procura é menor quando comparada a ouvintes, ou seja, essa procura possivelmente se associa à resolução de problemas instalados em saúde, pela dificuldade de acesso às informações de prevenção e pela barreira comunicativa da assistência (KUENBERG; FELLINGER; FELLINGER 2016), o que favorece a procura por ambiente hospitalar.

Ressalta-se que o hospital que compôs o campo da pesquisa demandou ao Estado a necessidade de curso de Libras para seus profissionais, demonstrando interesse institucional pela língua e pela acessibilidade no ato de cuidar de pessoas surdas.

3.3 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais de saúde de nível superior médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos além de profissionais de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam no hospital estadual definido como campo de pesquisa. A escolha por estas categorias profissionais se deu por dois motivos: por serem profissionais que lidam diretamente no cotidiano de assistência ao usuário e por serem os que apresentam magnitude numérica nos hospitais, o que oportuniza uma amostra metodologicamente significativa. Aceitaram participar da pesquisa nove médicos, 10 enfermeiros, 10 fisioterapeutas e oito técnicos de enfermagem. Ressalta-se que não houve participação de profissionais psicólogos, pois nenhum dos convidados aceitou participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais fonoaudiólogos por possuírem formação peculiar no que tange ao cuidado aos surdos, o que poderia causar viés na pesquisa.

- Critérios de inclusão: profissionais que atuem na área da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnico e auxiliar de enfermagem); com mínimo de um ano de experiência profissional de atendimento; com a comunicação verbal preservada; que esteja atuando no serviço na fase de produção de dados.

- Critérios de exclusão: afastados do serviço por férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados..

A quantidade de participantes formou uma amostra de 37 pessoas, representativa dos grupos. A pesquisa investiu na conjugação da quantidade com a qualidade das informações produzidas para aclarar o objeto, com atenção as dimensões, abrangência e aprofundamento do fenômeno investigado. Portanto, buscou-se a lógica interna nos depoimentos, suas conexões e interconexões para se alcançar o delineamento empírico da pesquisa e a resposta aos objetivos, alcançando-se, portanto, a saturação, sendo esse o critério para se encerrar a captação de participantes (MINAYO, 2017). A amostra desta pesquisa responde por uma quantidade consensualmente aceita para qualquer tipo investigação qualitativa, de acordo com os estudos expressos por Minayo (2017).

A captação dos participantes ocorreu a partir da seguinte estratégia:

- Visita aos campos da pesquisa para levantamento, no setor de recursos humanos, dos profissionais, áreas e postos de atuação e turnos de trabalho.

- Visita aos postos de atuação dos profissionais com uma breve apresentação da pesquisadora e sondagem junto aos profissionais sobre a experiência de ter atendido usuários surdos ou realizado curso de Libras, em que se percebeu maior contato com surdos na maternidade e na clínica médica do hospital.

Para a fase de produção de dados, a pesquisadora recorreu à estratégia da “bola de neve” (VINUTO, 2014), acessando a rede de relações dos profissionais, consultando-lhes se conheciam e poderiam indicar colegas que já tivessem realizado curso de Libras ou atendido surdos, nas condições especificadas nesta pesquisa. Desta forma, a pesquisadora investiu diretamente em potenciais participantes, sendo essa uma vantagem dessa estratégia de captação. A participante semente da pesquisa correspondeu a uma enfermeira da maternidade do campo de pesquisa, que iniciou indicando uma enfermeira e três técnicas de enfermagem.

- Após esta identificação, houve a checagem dos demais critérios de inclusão e a entrega de uma carta de apresentação da pesquisadora com uma breve explanação sobre a pesquisa;

- Aos que aceitaram participar, fora realizado o agendamento da entrevista e no momento imediatamente antes de iniciá-la entregou-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para assinatura.

3.4 Produção de dados

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas em profundidade realizadas com os participantes da pesquisa. A escolha dessa técnica é feita quando o pesquisador precisa que as respostas sejam profundas e fidedignas e somente as pessoas que conhecem o tema são capazes de opinar concretamente sobre ele (ROSA; ARNOLDI, 2006).

O uso de material espontâneo possibilita acessar a interação das pessoas com o objeto investigado, por meio de sua própria linguagem e em seus termos, ainda mais quando se trata de uma pesquisa de representações sociais, uma vez que a conversação está no epicentro do universo consensual, moldando as representações, sendo, portanto, uma técnica de excelência em pesquisas de representações sociais (SILVA; FERREIRA, 2012).

As entrevistas ocorreram individualmente, no local de trabalho dos participantes da pesquisa, em ambiente privado, com horário previamente agendado,

sendo gravadas com equipamento digital de áudio e transcritas na íntegra por uma equipe de três pessoas incluindo a pesquisadora. A duração média das mesmas foi de aproximadamente 35 minutos.

Com vistas a melhor atender ao planejamento da fase de produção de dados, seus prazos, assim como não perder possíveis participantes devido à agenda dos mesmos, escolheu-se priorizar a realização das entrevistas de forma não simultânea às transcrições e, portanto, as transcrições foram realizadas tanto no decorrer da realização das entrevistas, quanto após o término desta etapa. O contato com os participantes se deu apenas no momento da entrevista, não havendo retorno posterior à transcrição.

O instrumento de produção de dados foi composto de duas partes: a primeira com perguntas objetivas com vistas à caracterização dos participantes da pesquisa para melhor compreender o contexto que envolve o profissional entrevistado, com questões que abordam os dados sociodemográficos, de formação e atuação profissional; a segunda com questões abertas, semiestruturadas, que objetivam a exploração do objeto de estudo (APÊNDICE C e D). Nessa parte da entrevista toda vez que houve necessidade, a pesquisadora reformulou ou ampliou a questão de exploração do objeto, sem perder de vista o escopo das perguntas do roteiro, de modo a não causar assimetria em relação às entrevistas com os outros participantes.

A caracterização dos participantes deve ser feita nas pesquisas de representações sociais porque estas são construídas e partilhadas socialmente, logo, é importante contextualizar as representações, saber quem fala e de onde se fala, captar as suas condições de produção (ARRUDA, 2002; SILVA; FERREIRA, 2012), para que as mesmas possam ser mais bem compreendidas e as explicações sobre o objeto sejam mais amplas.

3.5 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados provenientes do instrumento de caracterização dos participantes foram analisados estatisticamente de modo a subsidiar a análise qualitativa, favorecendo a compreensão do contexto de produção das informações produzidas nas entrevistas e será apresentado no Capítulo 4. Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos ao software de análise lexical Alceste 2012 (Analyse lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte), que permite realizar

análise de dados textuais baseadas na identificação das palavras mais significativas. Cada entrevista corresponde a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI) e o conjunto dessas UCIs corresponderá ao *corpus* de análise (CAMARGO, 2005).

O Alceste corresponde a uma importante ferramenta de pesquisa dentre os Softwares de Análise de Dados Qualitativos Assistidos por Computador (CAQDAS). Esses sistemas permitem que os autores organizem, compilem, codifiquem e gerenciem vários tipos de dados. Possibilitam o aumento da velocidade de separação dos dados e codificação, tornando-a mais coerente, concisa, compreensível, segura e confiável. Os CAQDAS contribuem com a ampliação da capacidade de produção, o que auxilia na criação de um arcabouço mais rico para a temática buscada, consequentemente trabalhos mais robustos, o que impulsiona a valorização de pesquisas qualitativas (CANUTO et al, 2020).

O software Alceste atende satisfatoriamente à condição de respostas advindas de perguntas abertas, entrevistas, narrativas orais, dados de mídia, artigos ou capítulos de livros a partir de um foco comum (AZEVEDO et al., 2013).

Após as transcrições das entrevistas, visando construir o corpus para submeter ao programa e ter um aproveitamento favorável, estas foram organizadas da seguinte forma:

1. Revisão do texto, com exclusão dos vícios de linguagem e expressões onomatopeicas, além da retirada de acentos, hífen e aspas.
2. Atendimento das regras do programa para execução da rodagem: texto sem parágrafo, com a substituição do hífen pelo underline, fonte Courier, tamanho 10.
3. Separação das entrevistas por meio de uma linha de comando contendo variáveis de interesse provenientes do instrumento de caracterização dos participantes, sendo elas:

Quadro 1: Descrição e codificação das variáveis do corpus submetidas ao Software Alceste

Variáveis	Código	Identificação
Profissionais	(prof)	1- Enfermeiro 2- Médico 3- Técnico de Enfermagem 4- Fisioterapeuta
Indivíduo	(ind)	Numerados conforme realização das entrevistas
Formação em Libras	(libr)	1- Sim 2- Não
Convivência com surdos	(csur)	1- Sim 2- Não
Atendimento a surdos	(asur)	1- Sim 2- Não
Religião	(rel)	1- Evangélico 2- Católico 3- Espírita 4- Sem religião

Fonte: Própria Pesquisadora, 2020.

O software aplica testes estatísticos para análise dos dados textuais, considerando a coocorrência das palavras, o que resulta em distribuição das palavras em classes lexicais, relacionadas por meio do contexto semântico em que estas se inserem. Após o processamento das UCI, o software divide o material em Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são fragmentos extraídos das entrevistas que subsidiam a formação das classes lexicais. As formas reduzidas (radicais) das palavras organizam as classes lexicais e as palavras plenas lhes dão sentidos quando contextualizadas nas UCE.

Para análise do material, o programa executa quatro etapas (CAMARGO, 2005):

1. Leitura dos textos e cálculo dos dicionários, que envolve o preparo do corpus pelo programa, reconhece as UCI, realiza a primeira

- segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função das suas raízes e realiza o cálculo de suas frequências;
2. Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE, que visa obter classes de UCE que, concomitantemente, apresentam semelhança entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes.
 3. Descrição das classes de UCE: fornece os resultados mais importantes, em que o programa apresenta o dendrograma da classificação hierárquica descendente, que ilustra as relações entre as classes.
 4. Cálculos complementares, que correspondem a um prolongamento da etapa anterior, em que com base nas classes de UCE escolhidas, o programa calcula e apresenta as UCE mais características de cada classe, o que permite contextualizar o vocabulário típico de cada classe resultante na operação anterior. Fornece também a Classificação Hierárquica Ascendente para cada classe, possibilitando o estudo das relações dos elementos intraclasse.

Utilizou-se como fontes de análise os dendrogramas gerados com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Ascendente (CHA), evidenciando a presença dos léxicos nas classes, as relações intra e entre as classes e as relações que as palavras mantêm entre elas, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, tudo isso devidamente subsidiado pelos textos das UCE.

A CHD visa repartir os enunciados em classes caracterizadas pelo contraste do vocabulário. Assim, há formação de classes de UCE com palavras semelhantes entre si e distintas em relação as UCE de outras classes. Por outro lado, a CHA possibilita compreender as relações entre os léxicos no interior de cada classe.

Portanto, a CHD possibilita apreender as relações entre as classes, de oposição e similaridade, enquanto CHA oportuniza o entendimento da dinâmica das coocorrências intraclasses. Ambas contribuem para explicitar os mundos lexicais, os enunciados dos sujeitos e o lugar de fala, sentidos assentados na impressão de mundo do sujeito. Dessa forma, o uso do software Alceste pode ser aplicado em estudos de RS, pois permite ao pesquisador, por meio da interpretação das figuras geradas contendo os léxicos com maior significância presentes nos textos, identificar e analisar a construção do conhecimento, seus valores e sentidos desenvolvidos pelo

sujeito em sua fala e na interação com os grupos, captando os pensamentos, ações e sua relação dialética a respeito do objeto explorado.

Os Capítulos VI e VII estão compostos pelos resultados oriundos dos dados processados pelo Alceste. Não obstante, frente aos resultados do Alceste e ao se tratar de aspectos referentes às necessidades dos profissionais de saúde sobre o atendimento a surdos, foram identificados discursos em que os participantes apresentaram impressões, reflexões e sugestões para a formação e para tornar inclusivo o atendimento aos surdos no serviço de saúde. Tais discursos não foram aproveitados pelo software e representava 25% do *corpus*, formando o que se denomina tecnicamente de *material cinza*. Em busca de proporcionar maior riqueza à construção de uma proposta de intervenção, com elementos advindos dos próprios participantes, optou-se por aproveitar também esse material, aplicando-lhe as técnicas de análise de conteúdo de Bardin (2016).

Nesse sentido, o Capítulo VIII trata de propostas para educação em Libras para profissionais da saúde, construída com base nas discussões dos Capítulos VI e VII agregadas aos textos não processados pelo software considerados oportunos a fim de melhor subsidiar uma proposta contributiva para a formação e melhoria do cuidado às pessoas surdas.

Ressalta-se, portanto, que nesta pesquisa aplicou-se a análise temática (BARDIN, 2016) conjugada com a análise lexical (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Neste *material cinza* efetuou-se a categorização com temas definidos a priori, já que a análise do material possuía um objetivo específico e claramente pré-definido. Como o intuito da análise foi subsidiar uma proposta de intervenção, as categorias foram determinadas *a priori* considerando temáticas relacionadas a: 1) Formação profissional em nível de graduação para o cuidado a pessoas surdas; 2) Ações de educação permanente em saúde relacionadas à assistência a pessoas surdas; 3) Estratégias de acessibilidade às pessoas surdas na saúde.

Portanto, organizou-se o material, realizou-se leitura flutuante e aproximação com o conteúdo, suas ideias principais e desenvolvimento das ações de análise. Posteriormente, foi executada a exploração do material, verificando as convergências e divergências no conteúdo e codificando-o, a partir das unidades de registro relacionadas às categorias pré-definidas.

Destarte, os elementos do conjunto foram classificados e reagrupados em eixos temáticos que se aproximavam semanticamente. Por fim, mapearam-se os conteúdos definindo as subcategorias com os conteúdos expressos pelos participantes da pesquisa.

Cumprir informar que imagens públicas veiculadas em diversas mídias foram captadas, para ilustrar alguns dos resultados gerados nesta pesquisa. Tais imagens materializam muitas das ideias que os participantes veicularam nas entrevistas, contribuindo para melhor compreensão das representações sociais que circulam sobre pessoas surdas, as relações estabelecidas com ela e o cuidado à sua saúde.

3.6 Procedimentos Éticos

A pesquisa atendeu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital São Francisco de Assis, Rio de Janeiro.

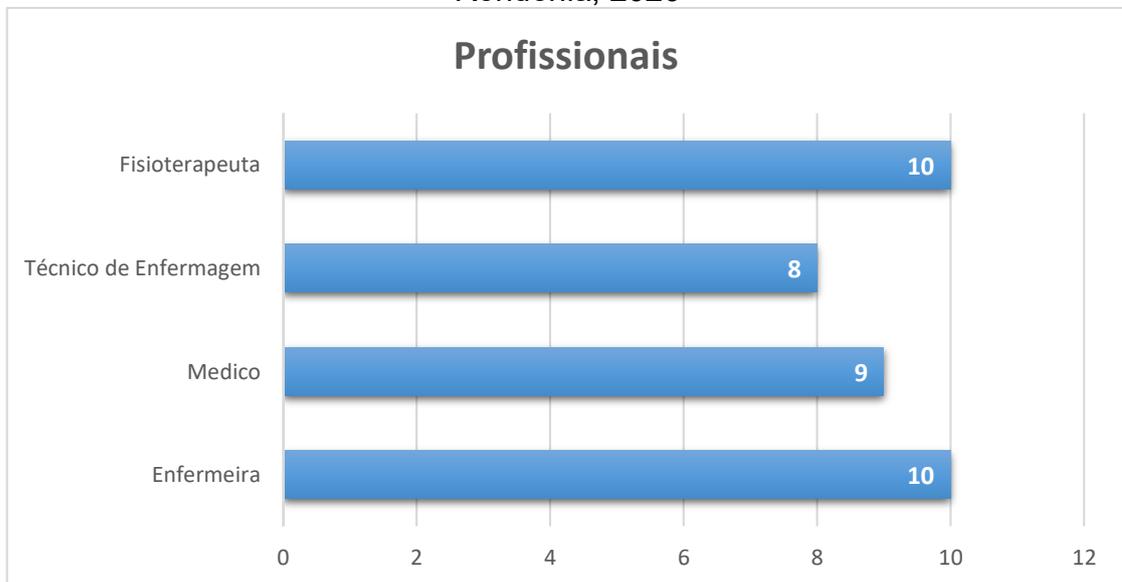
A participação na pesquisa foi voluntária, não havendo gastos nem benefícios financeiros pela participação. Garantiu-se a confidencialidade das informações, com as entrevistas sendo identificadas por meio de códigos alfanuméricos. A produção de dados teve início logo após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido de acordo com o que se preconiza o dispositivo ético-legal supracitado (APÊNDICE A).

CAPÍTULO IV

CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

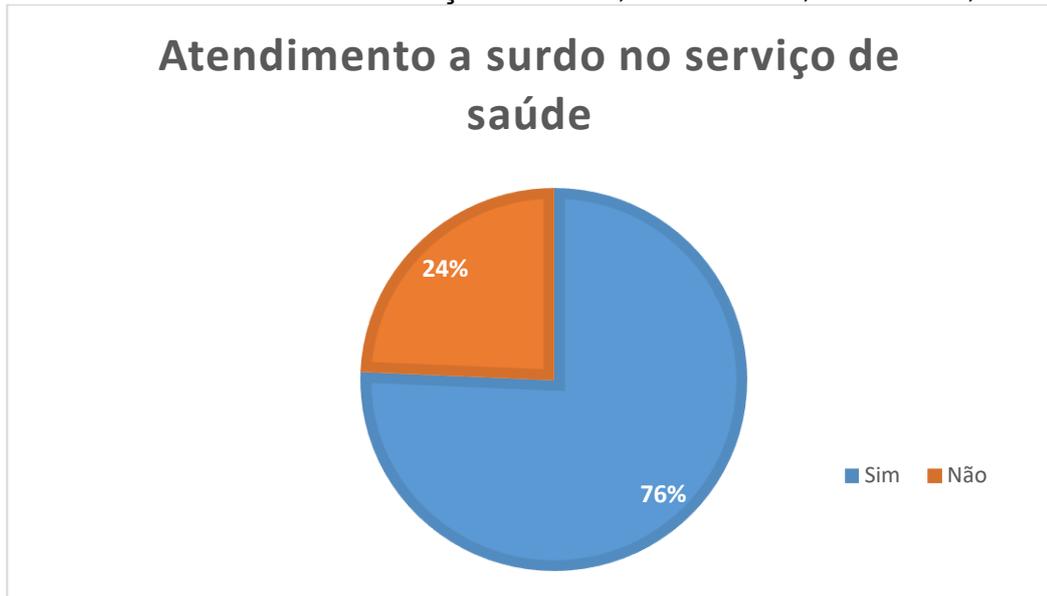
Tendo em vista o método dessa pesquisa, que se utiliza da abordagem processual das representações sociais, faz-se fundamental contextualizar o objeto e o sujeito imersos nas condições que as constroem. Ter acesso as condições de produção das representações sociais possibilita captar o percurso do pensamento do sujeito e a dinâmica de suas ações (FERREIRA, 2016). Dessa forma, serão apresentados os elementos que podem influenciar a produção e conformação dos conteúdos de representação social, que permeiam as informações, os campos e as atitudes dos participantes.

Gráfico 1-Distribuição do número de participantes segundo a profissão, Porto Velho, Rondônia, 2020



Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

Gráfico 2 – Distribuição do número de participantes quanto a experiência de atendimento a surdos no serviço de saúde, Porto Velho, Rondônia ,2020



Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

Gráfico 3 – Distribuição do número de participantes quanto a apresentação de Formação em Libras, Porto Velho, Rondônia, 2020



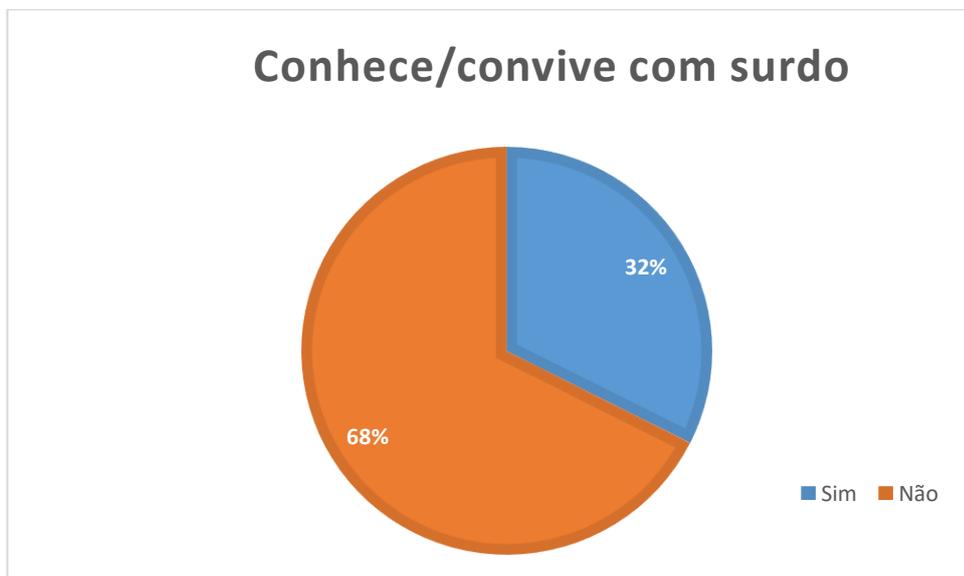
Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

Gráfico 4 – Distribuição do número de participantes conforme o tipo de formação em Libras, Porto Velho, Rondônia, 2020



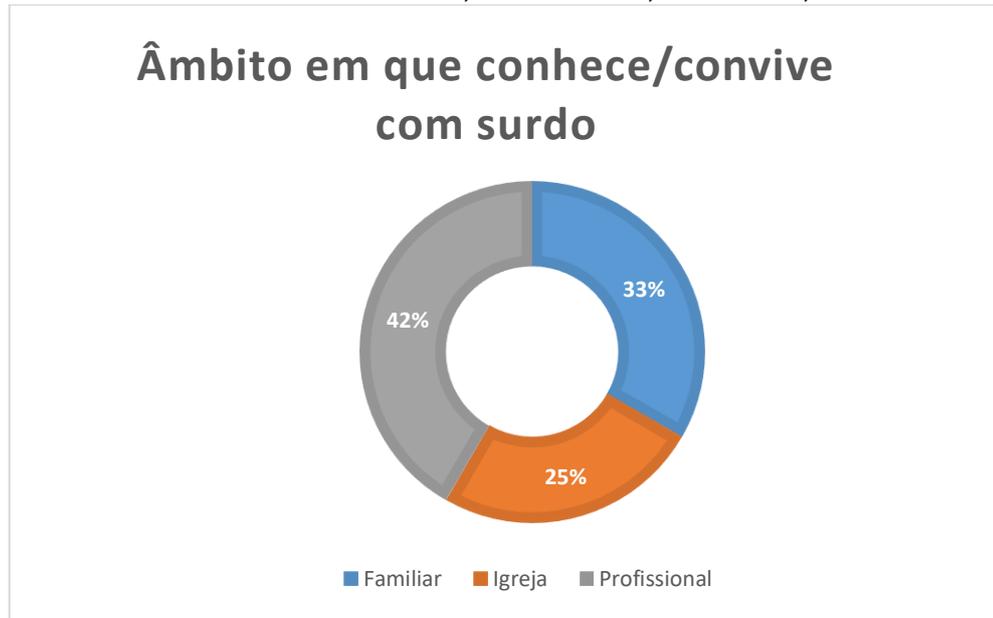
Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

Gráfico 5 – Distribuição do número de participantes segundo o conhecimento/convivência com surdos, Porto Velho, Rondônia, 2020



Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

Gráfico 6 – Distribuição do número de participantes segundo o âmbito de convivência com surdos, Porto Velho, Rondônia, 2020



Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

Conforme apresentado no Gráfico 1, a distribuição dos participantes quanto à profissão foi equiparada, fruto do processo de captação relatado no Capítulo 3, assim como a variável “Formação em Libras”, cuja diferenciação relacionada ao formato em que esta ocorreu teve destaque para a disciplina de Libras durante a formação profissional (n=10).

A maioria dos entrevistados possui religião, com predominância da evangélica, apesar de no município de Porto Velho a religião com maior número de pessoas autodeclaradas corresponder a católica. Protestante encontra-se em segundo lugar. Ressalta-se, contudo, que houve crescimento do número de evangélicos no Estado de Rondônia (IBGE, 2010). Outro ponto relevante corresponde ao fato de que o Estado de Rondônia instituiu o dia 18 de junho como dia do evangélico, sendo feriado em território estadual.

Em relação ao atendimento a usuários surdos, 76% dos participantes prestaram assistência a esse público no serviço de saúde, com destaque para os fisioterapeutas. Quanto a convivência, 32% dos participantes convivem com surdos principalmente em âmbito profissional (Escola Bilíngue para surdos de Porto Velho como campo de estágio e clínica particular) e religioso. Vale ressaltar que a convivência relatada em âmbito religioso diz respeito à religião evangélica.

A Tabela 1 apresenta o resumo dos achados que compõem as condições de produção de representações sociais.

Tabela 1 – Resumo dos achados segundo profissão, Porto Velho, Rondônia, 2020

	Enfermeiro		Médico		Técnico de Enfermagem		Fisioterapeuta	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Formação em Libras	5	5	5	4	4	4	5	5
Convive com surdos	2	8	4	6	2	6	2	7
Atendeu surdos	7	3	7	2	6	2	8	2

Fonte: Própria Pesquisadora, 2020

CAPÍTULO V

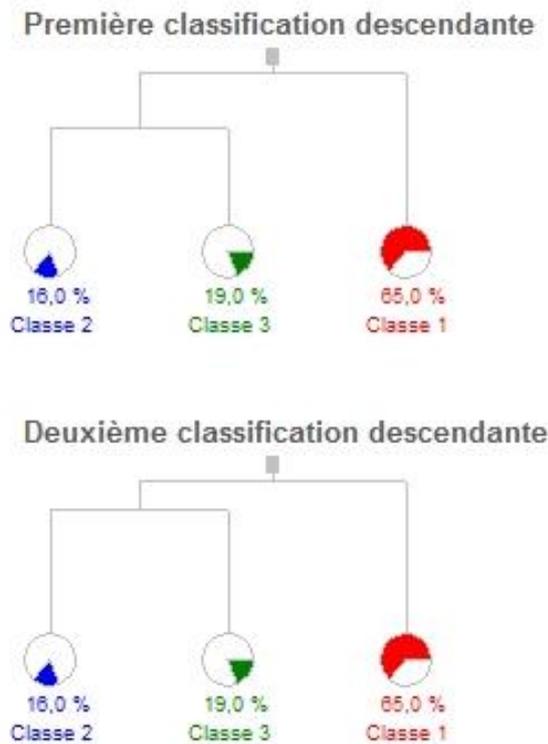
APRESENTAÇÃO GLOBAL DOS RESULTADOS

Este capítulo engloba os resultados do processamento dos dados realizado pelo software Alceste, por meio da análise lexical do tipo padrão ou standard, em que será descrito os conteúdos que formam as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado a surdos. Os próximos capítulos, VI e VII, discutirão de forma mais aprofundada os resultados apontados.

O corpus submetido a análise constituiu-se de 37 unidades de contexto inicial, o qual se subdividiu em 1.995 UCE, formadas por 5.345 palavras ou vocábulos distintas. Logo após, o software reduziu essas palavras em raízes distintas, compondo 1.029 palavras analisáveis (substantivos, adjetivos e verbos) e 286 palavras suplementares (conjunções, artigos ou preposições).

O programa selecionou, das 1.995 UCE, 1.664 para analisar, ou seja, houve aproveitamento de 86% do corpus. A figura 3 representa a distribuição das classes, com seus percentuais de UCE e número de palavras analisadas.

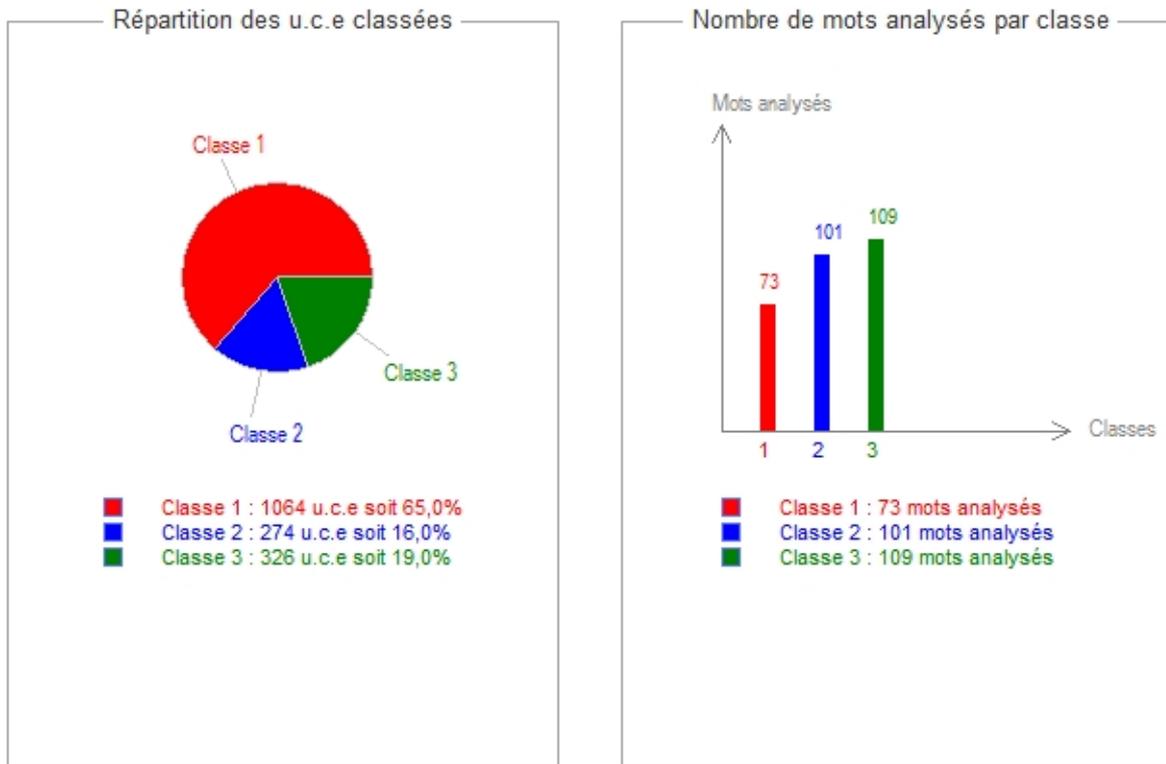
Figura 2 – Número de UCE e número de palavras analisáveis por classe.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2019.

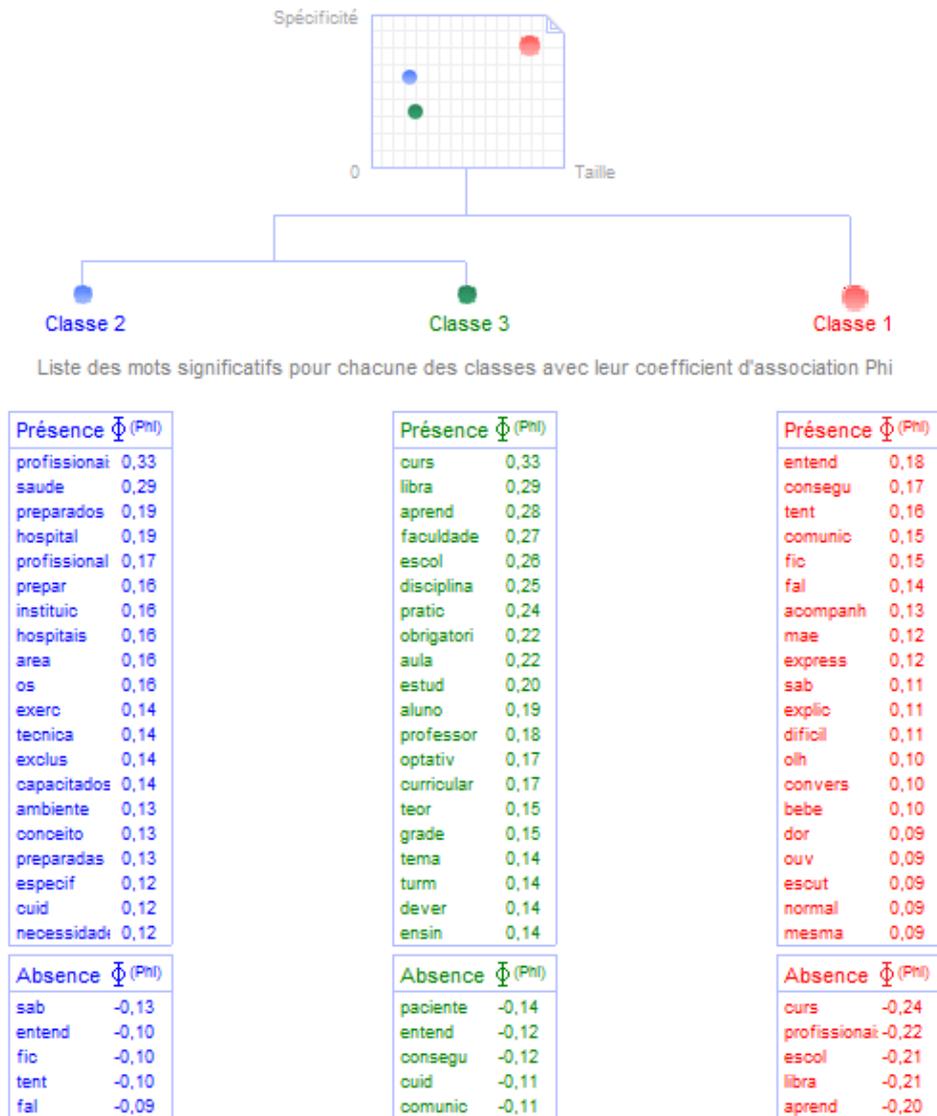
A Figura 4 representa a classificação hierárquica descendente e a organização das classes geradas pelo programa.

Figura 3 – Divisão de Classes – Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2019.

Figura 4 – Dendrograma: Organização das classes a partir da análise lexical das entrevistas pelo programa Alceste



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2019.

O software repartiu o corpus em dois blocos. Inicialmente emergiu o bloco 1 com a classe 1 e, posteriormente, o restante do material passou por outra partição, que deu origem ao bloco 2, dividindo-se em classes 2 e 3. A divisão em dois blocos demonstra que a classe 1 possui significados distintos das outras classes, voltando-se para o cuidado a pessoas surdas, sua prática, crenças e sentimentos.

As classes 2 e 3 se assemelham, pois tratam de necessidades relacionadas ao atendimento a pessoas surdas, porém, há elementos distintivos que geraram a divisão entre as classes 2 e 3. A classe 2 trata especificamente das necessidades pautadas

no atendimento, na prestação do serviço propriamente dito e a classe três trata da necessidade de formação profissional com vistas ao cuidado a surdos. Portanto, o programa dividiu o material em um total de 3 classes.

Quadro 2 - Organização dos resultados segundo as classes

Bloco	Classe Lexical	Título atribuído
Sentimentos, crenças e atitudes no processo de cuidar de pessoas surdas	<u>Classe 1</u>	O cuidado às pessoas surdas no serviço de saúde: um clamor silenciado
Demandas dos profissionais de saúde sobre o cuidado a pessoas surdas	<u>Classe 2</u>	O cuidado de agora: o que os profissionais demandam
	<u>Classe 3</u>	O cuidado do futuro: o que a formação necessita

Fonte: Própria pesquisadora, 2019.

Desta forma, a análise das classes se deu ao utilizar a lista de valores das formas reduzidas mais características e relevantes por classe, baseadas no coeficiente de associação valor de Phi, assim como das formas completas de maior significado das classes.

Além disso, explorou-se a relação intraclasses fundamentada na classificação hierárquica ascendente de cada classe. Por fim, ao analisar a lista de UCE, objetivou-se maior apreensão do contexto em que se inseriam os léxicos constantes nas classes e seus significados.

CAPÍTULO VI

O CUIDADO À PESSOAS SURDAS NO SERVIÇO DE SAÚDE: UM CLAMOR SILENCIADO

Neste capítulo será abordado o conteúdo referente à classe lexical 1, que se distinguiu das demais classes por versar sobre a prática do cuidado à saúde de pessoas surdas e os aspectos que permeiam essa vivência: as atitudes, os sentimentos, comportamentos, crenças e imagens.

A classe lexical 1 formou-se por 1.064 UCE e 73 palavras analisáveis, obtendo 65% do material classificado para a análise. Percebe-se, portanto, que essa se trata da classe com maior relevância em termos de aglutinação de UCE, superior até mesmo que a soma das demais classes.

Para análise dessa classe, considerou-se a lista das palavras reduzidas com maior relevância em função do valor de Phi, as formas completas das palavras mais significativas das classes e a relação entre essas palavras expressas por meio da classificação hierárquica ascendente. Com vistas a aprofundar a análise, fora consultada a lista de UCE pertencentes à referida classe, de modo a compreender os contextos em que os léxicos se inseriam.

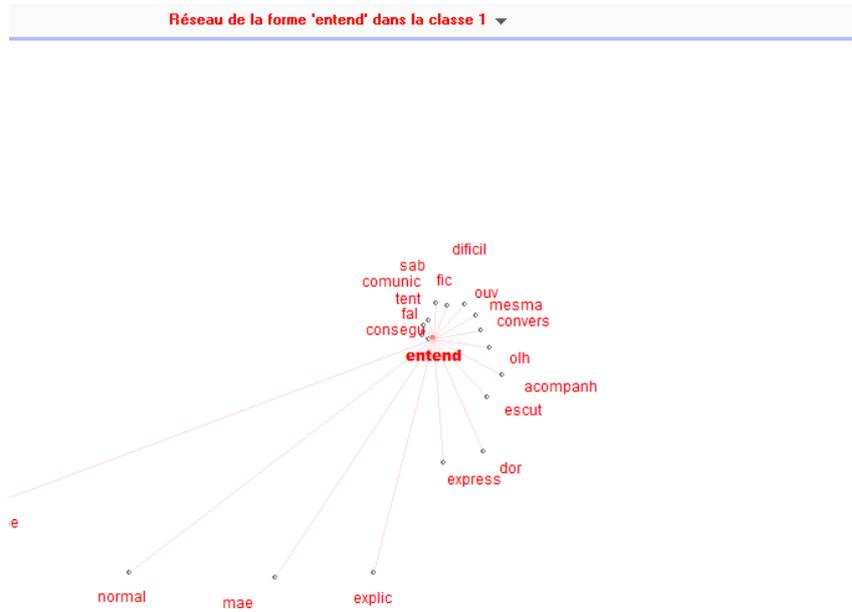
Quadro 3 – Palavras representativas da classe 1

Classe 1 – 1.064 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Phi
Entend	entendam(6) entende(29) entendem(4) entender(145) entenda(10)	0,18
Consegu	consegue(77) conseguem(10) consequia(25) conseguiam(1) consequimos(6)	0,17
Tent	tenta(19) tentado(2) tentam(8) tentamos(3) tentando(29) tentar(55) tentasse(1)	0,16

Comunic	comunica(10) comunicacao(168) comunicado(2) comunicam(4)	0,15
Fic	fica(70) ficado(1) ficam(12) ficamos(2) ficando(2) ficar(39) ficaram(3) ficasse(3)	0,15
Fal	fala(58) falada(1) falado(3) falam(15) falando(74) falante(2) falantes(1)	0,14
Acompanh	acompanha(1) acompanhada(2) acompanhado(2) acompanhando(6)	0,13
Mae	mae(76) maes(5)	0,12
Express	expressa(2) expressado(1) expressam(1) expressando(2) expressao(13)	0,12
Sab	sabe(74) sabem(16) sabemos(2) saber(107) sabia(29) sabiam(4)	0,11
Explic	explica(1) explicacao(3) explicada(1) explicado(2) explicamos(1)	0,11
Difícil	difícil(135)	0,11
Olh	olhada(1) olham(5) olhando(11) olhar(24) olhava(4) olhe(2) olho(4) olhou(3)	0,10
Convers	conversa(22) conversacao(2) conversado(1) conversamos(2) conversando(15)	0,10

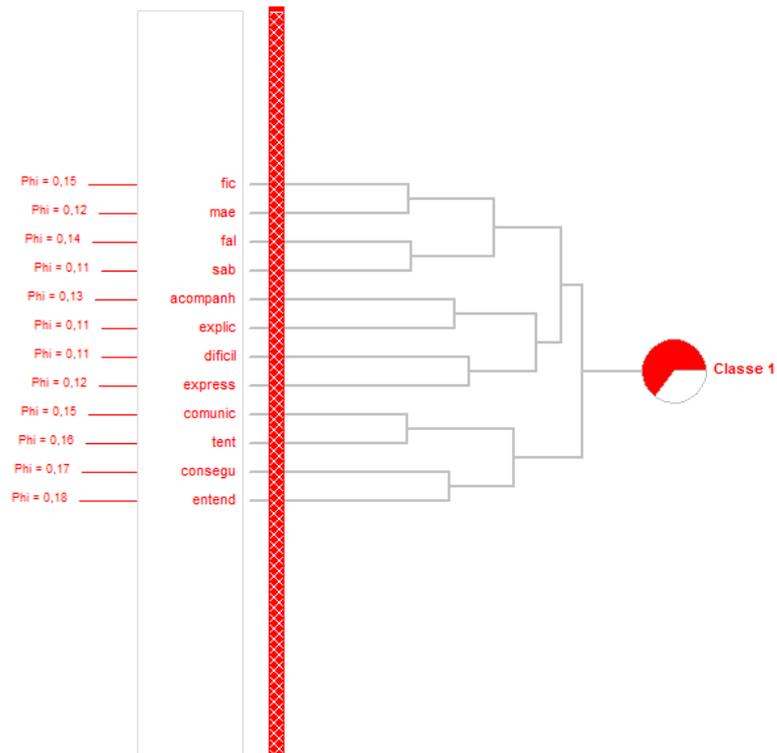
Fonte: Relatório Alceste, 2019

Figura 5 – Rede da forma "entend" da classe 1



Fonte: Relatório Alceste, 2019

Figura 6: Classificação Hierárquica Ascendente



Fonte: Relatório Alceste, 2019

Verifica-se na Figura 5 a centralidade do radical “entend”, cuja forma completa de maior frequência correspondeu ao léxico “entender”. Os termos mais próximos que aparecem são os radicais “consequ”, “fal”, “tent”, “comunic”. Relacionando-os as formas completas e a CHA, percebe-se que a classe 1 volta-se para a prática do cuidado a surdos, e o quanto o valor dessa prática se debruça no ato comunicativo, mais precisamente no impedimento deste pela ausência de uma língua em comum para mediar a relação.

Os pensamentos expressos nos discursos trazem questões referentes aos sentimentos e afetos despertados no encontro entre os sujeitos, os comportamentos, atitudes, as ações e estratégias desenvolvidas para promover o cuidado, que correspondem às dimensões das representações sociais.

A seguir serão expostas as UCE cujos léxicos apontados na Classe lexical 1 foram contextualizados.

Unidades de contexto elementar representativas da Classe 1

Ideia chave: Compreensão do cuidado à saúde de pessoas surdas e seus elementos constitutivos

Paradigmas de cuidado e o direito à saúde e ao cuidado humano

*uce n° 1809 Phi = 0,02 uci n° 36: *ind_36 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_1*
Indivíduo 36, Fisioterapeuta, sem formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, evangélico

A gente chama as pessoas pela doença, isso deixa a gente mais afastado delas. Eu acho que fica mais difícil tratar assim. Eu acho relevante porque agora eles ganharam um pouco mais de notoriedade. A gente não via isso antigamente. Na verdade, a gente nem entendia que era surdo, entendia que era mudo, porque eles não falavam.

*uce n° 339 Phi = 0,02 uci n° 8: *ind_08 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_04 *K_1*
Indivíduo 08, Médico, sem formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, evangélico.

Eu acho que não. Acho que o atendimento é igual, o fato de ser surdo não vai mudar todo o resto do organismo. A única diferença é o jeito que eu vou transmitir as informações para ela, e que ela vai transmitir as informações dela para mim.

*uce n° 48 Phi = 0,01 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*
Indivíduo 01, Enfermeiro, sem formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.
O potencial dela não é diferente do ouvinte, o tipo de assistência e o tipo de comportamento dela, respeitar ou exigir seus direitos... Então tudo para mim ali é igual.

uce n° 185 Phi = 0,01 uci n° 4: *ind_04 *prof_03 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_1

Indivíduo 04, Fisioterapeuta, sem formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Então, a gente tem esse ato de cuidar das pessoas. Para mim já é normal. Eu gosto de cuidar, gosto de ajudar as pessoas. Um ser humano igual a mim. Só tem de diferente que ele é surdo, mas é igual a mim. Tem a capacidade de fazer o que eu faço, mesmo com as limitações dele, mas ele pode ir longe também se quiser.

uce n° 657 Phi = 0,01 uci n° 13: *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2

Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Na enfermagem tudo se dá um jeito, até para se comunicar. Então a gente vai conseguir. A diferença é a comunicação mesmo. Ele não seria desatendido, mas também não seria cem por cento, mas eu tentaria fazer o máximo possível por ele, assim como qualquer outro paciente.

uce n° 689 Phi = 0,01 uci n° 13: *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2

Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Você saber compreender “poxa ele é surdo, eu sei a Libras, eu respeito ela, eu apoio ela independente de ela ser surda, independente do que ela for eu respeito o ser humano dela, faço o atendimento dela, ela vai confiar em mim.

Barreiras comunicacionais e estratégias de solução

uce n° 538 Phi = 0,02 uci n° 1: *ind_11 *prof_03 *libr_01 *csur_02 *asur_02 *rel_01 *K_3

Indivíduo 11, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.

Eu acho que só o fato da comunicação mesmo. A gente se dedicar mais para tentar entender o que eles querem, o que eles estão passando. Eu acho que é só isso. Eu acho que não, porque já entra a diferença, vai diferenciar eles do ouvinte para a situação deles.

uce n° 70 Phi = 0,02 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1

Indivíduo 01, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Também já vi boas experiências. Já vi psicólogo ficar conversando, de você ficar de queixo caído e aprender muito. Poxa que legal de ver a própria pessoa, as vezes acompanhante, dizer “ei, tu não sabe atender, não consegue falar com ela, não... Vai lá e chama aquela outra que atendeu, ela é legal”.

uce n° 1393 Phi = 0,02 uci n° 28: *ind_28 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02

Indivíduo 28, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Mas ela conseguiu entender e para ela mudou muito a questão do tratamento, para nós profissionais também, porque eu consegui me comunicar com ela. Ela queria saber o que estava acontecendo, onde ela estava, porque estava presa. Ela mostrava a barriga, “cadê o bebe?”.

uce n° 1541 Phi = 0,02 uci n° 30: *ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1

Indivíduo 30, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdo, Evangélico.

Eles levantam e mostram para a mãe e ela vê que o bebe nasceu e que ele está fazendo a expressão do choro, isso para ela poder participar daquele momento.

uce n° 90 Phi = 0,01 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1

Indivíduo 01, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

[no atendimento a haitianos] “Venham e aprendam o português, eles que estão na terra estrangeira”. Então, isso para mim foi um choque. E eu associo muito isso ao surdo. Então quando alguém me fala “não tenho paciência para falar com ela porque ela tem essa deficiência auditiva” eu digo “tudo bem, eu vou, porque eu sei que se ela for vai acontecer aquela cena que é muito desagradável, desconfortável para a gente.

*uce n° 340 Phi = 0,01 uci n° 8: *ind_08 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_04 *K_1*

Indivíduo 08, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.

E a transmissão das informações, tanto a coleta da história clínica quanto a minha conduta, porque tudo eu tenho que explicar. Tudo que eu vou fazer eu tenho que ter certeza que o paciente entendeu. Porque a pessoa que eu me comunico bem já não sai direito o que eu falo, imagina a pessoa que não está entendendo, então a dificuldade seria essa.

*uce n° 34 Phi = 0,01 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*

Indivíduo 01, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

É como eu te falei, normalmente eles são muito cooperativos, cooperativos de ter aquela consciência e aceitar a minha dificuldade de me comunicar, porque na verdade eu vejo que muitas vezes o deficiente ali sou eu.

*uce n° 656 Phi = 0,01 uci n° 13: *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2*

Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

O que diferencia é só a comunicação, mas claro que patologias diferentes requerem cuidados diferentes. As pessoas exigem cuidados diferentes dependendo da patologia. Um precisando de máscara de oxigênio, outro não, um precisa de uma cama mais elevada, outro não, mas isso é de cada patologia.

*uce n° 885 Phi = 0,01 uci n° 18: *ind_18 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_2*

Indivíduo 18, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

A gente começa a falar mais alto, como se o paciente fosse escutar, e articulando bem, para ver se ele entende. Na UTI o nosso atendimento, eles vão administrar alguma medicação e falam, ou então nem falam, porque o paciente é surdo mesmo.

Na trama dos conceitos: Acolhimento, integração e inclusão de pessoas surdas no serviço de saúde.

*uce n° 1746 Phi = 0,02 uci n° 34: *ind_34 *prof_03 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1*

Indivíduo 34, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Acolher a gente acolhe, mas como ela merecia eu acredito que não pela tristeza no olhar, pelo medo que ela expressava. O corpo fala. Você olha nos olhos de alguém você sabe quando ele está assustado, desesperado. Na medida do possível foi tentado, mas ainda assim ficou deficiente.

*uce n° 1841 Phi = 0,02 uci n° 36: *ind_36 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_1*

Indivíduo 36, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Como é que você vai acolher alguém que não se comunica direito, não sabe como fazer ou falar com a pessoa. É estranho porque talvez a pessoa até queira ler seus lábios, alguma coisa

desse tipo, e as vezes a pessoa não sabe ler lábios também, só sabe aquela linguagem de sinal.

uce n° 671 Phi = 0,02 uci n° 13: *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2
Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Não deixou de atender. É muito difícil saber se a pessoa surda foi acolhida. O acolhimento vai muito além de você saber compreender a pessoa. Eu sou ouvinte, você é surda, ela não consegue ouvir, eu não falo libras, mas eu tento entender, eu te trato com respeito, eu te trato com educação.

uce n° 1921 Phi = 0,01 uci n° 37: *ind_37 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03 *K_3
Indivíduo 37, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Eu considero que as pessoas surdas foram acolhidas, porque a equipe se mobilizou para fazer o melhor que podia ser feito para aquele paciente. Fugiu inclusive do protocolo para aceitar a acompanhante dentro do leito. Todos ficaram com atenção redobrada, porque havia uma deficiência de comunicação e ficaram com a atenção redobrada.

uce n° 625 Phi = 0,02 uci n° 13: *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2
Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

O cuidado é ver a pessoa como um todo, não só prestar os cuidados físicos, é você entender realmente o que a pessoa quer ou está sentindo. As vezes a pessoa nem é surda, mas não pode realmente falar porque está com algum problema de comunicação, alguma patologia.

uce n° 1520 Phi = 0,02 uci n° 30: *ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1
Indivíduo 30, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

O fato de ter alguém ali que eles possam conversar também com a pessoa. Tudo é diferente. O ouvinte, ele tem privacidade, autonomia, ele fala o que ele quer.

uce n° 759 Phi = 0,01 uci n° 15: *ind_15 *prof_01 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_04 *K_2
Indivíduo 15, Enfermeiro, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, sem religião.

Acho que houve inclusão porque elas foram atendidas. Teve assistência de enfermagem, teve assistência médica, O que nós colhemos de informação, nós tentamos suprir todas as necessidades. Se houve falha, foi pela dificuldade da comunicação, mas o que foi colhido e o que a gente conseguiu conversar e se expressar incluiu a pessoa sim.

uce n° 580 Phi = 0,01 uci n° 12: *ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 12, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Ela foi para uma coleta de preventivo, consulta ginecológica, e ela não queria que o esposo entrasse. O esposo queria entrar, mas ela queria falar algo e não queria que ele ouvisse.

uce n° 1186 Phi = 0,01 uci n° 25: *ind_25 *prof_04 *libr_02 *csur_01 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 25, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Ela não foi, em nenhum momento, excluída. Muito pelo contrário, parece que, assim, as pessoas se preocupavam mais em dar informação, já que ela tinha dificuldade de receber essa informação.

uce n° 677 Phi = 0,01 uci n° 13: *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2
Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Tem duas pessoas, você é ouvinte, e o outro, surdo. Eu acabo só dando atenção para você. Isso já é excluir. Por mais que eu não queira, eu não fui em busca de tentar compreender, em busca de tentar interpretar o que ele queria. Só dei ouvidos a você.

*uce n° 529 Phi = 0,02 uci n° 11: *ind_11 *prof_03 *libr_01 *csur_02 *asur_02 *rel_01 *K_3
Indivíduo 11, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.*

É porque, assim, como eu estou te falando: eu me vejo. Eu jamais faria isso com um surdo. Eu tentaria ajudar, na medida do possível. Se eu não conseguisse entender, eu ia falar para ele que não entendi e que ele procurasse outra pessoa, mas todo mundo é igual.

Ideia chave: Sentimentos e afetos associados ao ato de cuidar de pessoas surdas

A obrigação e o dever de cuidar e os desafios de vencer as emoções

*uce n° 74 Phi = 0,02 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*

Indivíduo 01, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

E a pessoa às vezes sai. Diz “ai fica, que eu não tenho paciência, que bom que você veio”. Então, tem esse tipo de situação que às vezes incomoda bastante.

*uce n° 1711 Phi = 0,02 uci n° 34 : *ind_34 *prof_03 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1
Indivíduo 34, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.*

É tudo, é dor, é alegria, é emoção. Principalmente, você ver tudo aquilo e ter que ser ética acima de tudo. Você tem que conversar e expressar o mínimo de emoção possível para não deixar mais abalada do que ela já está.

*uce n° 75 Phi = 0,02 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*

Indivíduo 01, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Eu fico agoniada quando vejo alguém chegar, porque o que a gente percebe no deficiente é que incomoda ele, o deficiente auditivo. Isso incomoda ele, não conseguir se comunicar às vezes. Porque para ele, ele está fazendo o seu papel bem feito.

*uce n° 1054 Phi = 0,02 uci n° 22: *ind_22 *prof_03 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*

Indivíduo 22, Técnico de Enfermagem, não possui formação em Libras, não convive com surdo, atendeu surdos, Católico.

Eu falava: “meu deus”! Aí eu ia e mostrava. Até que eles compreendiam um pouco, mas depois faziam aquele gesto que eu não estava entendendo. Eu falei: “meu deus do céu”. Aí chamava a doutora. Piorou. A doutora que não sabia mesmo. Nunca fica com eles, só para a visita mesmo.

*uce n° 1719 Phi = 0,02 uci n° 34: *ind_34 *prof_03 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1*

Indivíduo 34, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Às vezes eles te olham, e o olhar deles diz tudo. É uma expressão de dor, de tristeza, de angústia e às vezes ele não consegue falar para a gente. É raro uma pessoa entender o olhar dele, os gestos que eles fazem.

*uce n° 1055 Phi = 0,02 uci n° 22: *ind_22 *prof_03 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*

Indivíduo 22, Técnico de Enfermagem, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Mas é assim. Dificuldade, muita dificuldade. A gente fica nervoso, irritado porque tentamos passar aquilo para a pessoa que não entende. É horrível! Horrível! Muito ruim! Muita coisa diferente, muita. Porque quem escuta, quem ouve direitinho, a gente não tem dificuldade em nada.

*uce n° 291 Phi = 0,02 uci n° 7: *ind_07 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_01 *K_2*
Indivíduo 07, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.

Você fica impotente e restrito, mas eu acho que não conseguiria suprir todas as necessidades deles, porque se você não se comunica, é difícil. Às vezes, pela expressão facial, consegue detectar uma dor, ou um incômodo, mas saber de fato o que as pessoas sentem é só se comunicando, só conversando, só falando.

Ideia chave: Estratégias para assistência ao surdo no serviço de saúde

*uce n° 137 Phi = 0,02 uci n° 2: *ind_02 *prof_03 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_1*
Indivíduo 02, Técnico de Enfermagem, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Como te falei dessa menina que era menor de idade, eu chamei a assistente social e mandei o caso para J. e a J. falou que não tinha o que fazer porque não sabíamos. A gente conseguiu um pouco porque a avó falou que ela sabia ler um pouco seus lábios.

*uce n° 933 Phi = 0,02 uci n° 19: *ind_19 *prof_01 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_2*
Indivíduo 19, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Além de querer que usasse a escrita no papel, eu queria que ele usasse leitura labial. Eu falava para que ele pudesse me entender e ver o que eu estava escrevendo.

*uce n° 589 Phi = 0,02 uci n° 12: *ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02*
Indivíduo 12, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

O mais difícil foi entender o que ele queria dizer do que ele entender o que eu estava orientando, porque como ele faz leitura labial e só falar mais compassadamente que ele conseguia compreender. Agora para que eu compreendesse o que ele queria dizer, ele precisava repetir ou fazer o alfabeto bem devagar.

*uce n° 1515 Phi = 0,01 uci n° 30: *ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1*
Indivíduo 30, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

A gente não conseguia escrever porque ele não conseguia entender. Sempre muito emocionante, eu sinto que estou conseguindo fazer algo a mais do que a medicina pode me oferecer.

*uce n° 1543 Phi = 0,01 uci n° 30: *ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1*

Indivíduo 30, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Tanto pela família, quanto por todo mundo. Eu digo que eu estou na briga, tenho essa bandeira levantada. Toda vez eu digo que a gente devia ter um intérprete de sobreaviso.

*uce n° 69 Phi = 0,01 uci n° 1: *ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_1*

Indivíduo 69, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Desde lá, com o médico ela já vem sendo orientada. O começo da entrevista eu acho que citei um caso de gente que acha que se ficar gritando a pessoa vai ouvir, ficar pulando, dançando a pessoa vai ouvir e não foi uma boa experiência para mim porque naquele momento eu não poderia intervir porque seria até antiético.

uce n° 707 Phi = 0,01 uci n° 14: *ind_14 *prof_02 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_02

Indivíduo 14, Médico, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico. Eu consegui algumas coisas. No outro dia chegou um familiar, consegui me auxiliar e eu consegui terminar de fazer o exame daquela pessoa, mas, de início, consegui somente os principais pontos com a ajuda da internet.

uce n° 810 Phi = 0,01 uci n° 17: *ind_17 *prof_04 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01

Indivíduo 17, Fisioterapeuta, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Como eu acho que ele já estava acostumado com aquilo, ele atendia o meu comando, então quando eu falava, articulava bem as palavras, ele olhava minha boca e fazia o que eu pedia.

uce n° 991 Phi = 0,01 uci n° 20: *ind_20 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03

Indivíduo 20, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Mas acabam sendo atendimentos esporádicos. Você atende paciente enquanto ele está hospitalizado só. Você não está fazendo nenhum tratamento específico para a patologia dele não. E porque acaba sendo bem assim, como eu te falei mesmo, você acaba usando o acompanhante da paciente para traduzir para ti e para o paciente o que você está querendo fazer com ele. Ou acaba sendo por escrito.

uce n° 262 Phi = 0,01 uci n° 6: *ind_06 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_02 *K_2

Indivíduo 06, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Católico.

Então isso pode acontecer também com a limitação da surdez, de chegar ao atendimento médico e precisar de hemodiálise e não ter um familiar para ajudar e aí a única forma possível seria realmente sedando sem conseguir explicar a situação para o doente.

Discussão

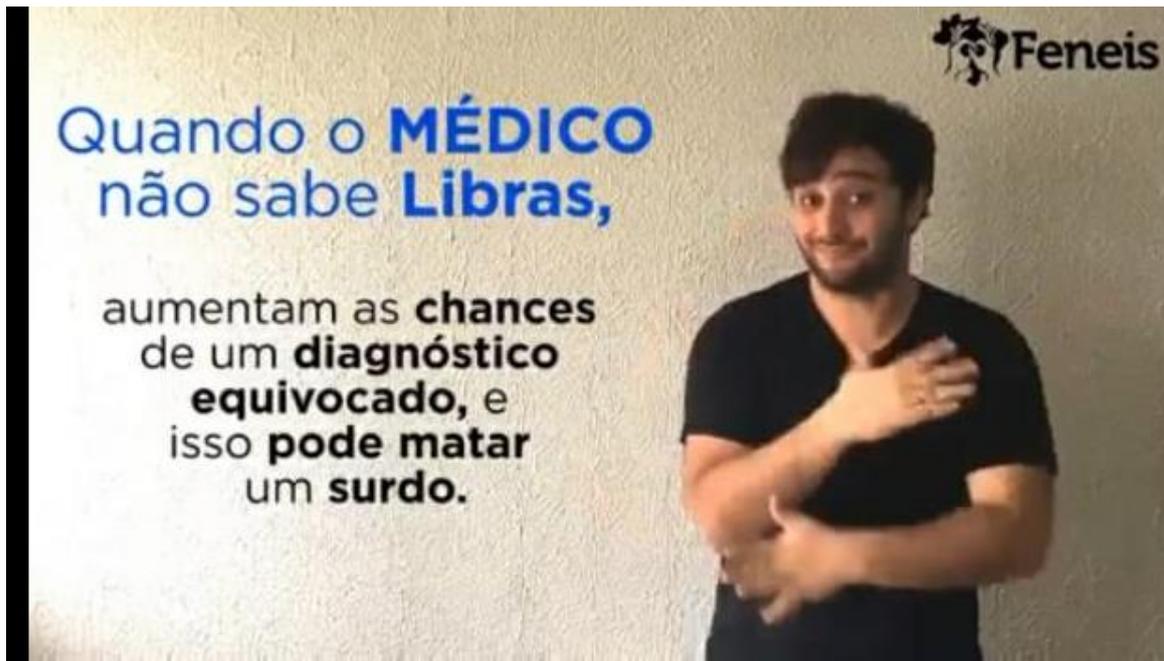
A centralidade da comunicação no processo de cuidar da saúde de pessoas surdas é evidente. Em alguns casos, o termo “comunicação” surge acompanhado por termos como “só”, “único”, como se somente ela fosse prejudicada e que os demais fatores da ação do cuidado fossem garantidos. Entretanto, a tentativa de reduzir a importância da comunicação esconde todos os aspectos que se relacionam intimamente com o cuidado: as relações estabelecidas, vínculo, além do conhecimento de informações que subsidiam as tomadas de decisão referentes ao diagnóstico e tratamento em saúde. Uma compreensão equivocada das queixas, sinais e sintomas do usuário pode prejudicar a assistência.

Ante o exposto, a comunicação é determinante da qualidade e segurança da assistência. Para garantir a efetividade no atendimento, os profissionais devem estar preparados e capacitados para instituir relações estruturadas, com vistas a propiciar a redução dos riscos ao utilizar-se de um conjunto adequado de informações. Por

consequente, proporciona maior segurança e qualidade na saúde e evita danos ao usuário (PENA; MELEIRO, 2018).

Em razão disso, a Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS) lançou uma campanha para alertar os médicos sobre os riscos de não saber a Libras e os danos que podem causar às pessoas surdas que necessita de atendimento (Imagem 1).

Imagem 1: Campanha da Feneis por profissionais capacitados em Libras



Fonte: Instagram @feneis

Apesar de a campanha citar diretamente os médicos, ressalta-se que saber se comunicar com surdos por meio de sua própria língua denota respeito e aumenta a chance de se ter um cuidado mais bem qualificado. As barreiras na comunicação com profissionais de saúde foram evidenciadas por pessoas surdas na atenção à saúde em uma pesquisa realizada em Fortaleza, e delas partiram sugestões de que a LS seja introduzida nos pontos de atenção da rede, por disponibilização de intérpretes ou por profissionais capacitados (NÓBREGA, MUGUNBA, PONTES, 2017).

As representações sociais do cuidado à saúde de pessoas surdas se alicerçam no impedimento do entendimento entre os envolvidos. Para atuar na clínica do cuidado, é imprescindível acessar a informação do usuário do serviço, sejam essas subjetivas ou objetivas. A dificuldade em estabelecer comunicação interdita o processo clínico. Compromete o processo de trabalho e reflete no cuidado, ao afastar

tanto os profissionais dos surdos quanto os surdos dos profissionais e do serviço de saúde.

O processo de comunicação é complexo, dinâmico, flexível. Apresenta elementos estruturados que influenciam de forma negativa ou positiva, cujo propósito volta-se para o entendimento entre as pessoas. Para este fim, as pessoas precisam estar dispostas e atentas ao ato comunicativo em sua totalidade, seja pelo que é verbalizado por fala ou escrita, assim como o que é observado e percebido (BROCA; FERREIRA, 2018).

A base da atuação profissional em saúde se situa na relação entre pessoas, seja relação profissional-usuário ou entre os profissionais da equipe e desta forma, é inconcebível pensar na ação profissional sem considerar a importância da comunicação. Para estabelecer um plano de cuidado coerente com a necessidade do usuário, o profissional deve estar atento tanto aos aspectos verbais quanto não verbais da comunicação (SILVA, 2006).

Neste sentido, a comunicação corresponde a um instrumento fundamental no processo de cuidar, de valor humanizador, ao possibilitar o estabelecimento das relações interpessoais entre cuidador e pessoa cuidada, a partir do momento em que possibilita a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo. Desta forma, a RS do cuidado se alicerça no fato do atendimento encontrar-se interditado pela falta de entendimento entre as partes. O entendimento é acessado pela comunicação que corresponde a um instrumento básico do cuidado.

Atuar na saúde, por desenvolver-se no âmbito das relações, requer práticas de cuidados que considerem as habilidades de comunicação interpessoal. As dificuldades de comunicação e informação entre profissionais que prestam assistência e usuários dos serviços de saúde podem comprometer o cuidado, devido à dificuldade de entendimento mútuo, acarretando falha no atendimento humanizado e inclusivo (NOBREGA; MUNGUBA; PONTES, 2017).

O processo de comunicação só é possível quando as pessoas utilizam expressões e sinais verbais e não verbais que o compõem para que se possa compreender de forma correta aquilo que se quer transmitir para uma comunicação efetiva. Deve-se atentar para que não haja desvalorização da expressão não verbal, tendo em vista sua relevância no processo comunicacional. O tom de voz, o olhar atento para o emissor da mensagem, a distância em relação à pessoa com quem se comunica e o toque foram descritos como importantes elementos não verbais do

processo de comunicação, demonstrando a importância desses aspectos não verbais na comunicação em saúde efetiva (BROCA; FERREIRA, 2014).

A assistência às pessoas surdas pode mobilizar toda a equipe na tentativa de melhor cuidar do usuário. O Decreto 5626/2005, ao tratar da disciplina de Libras na graduação, exigiu caráter obrigatório somente para a Fonoaudiologia, profissão que lida com a saúde da comunicação e neste bojo, a comunicação de pessoas surdas, sua re/habilitação. Mas não são somente pessoas surdas que buscam por serviços de reabilitação e o próprio Decreto reconhecesse isso ao exigir que os serviços tenham em sua equipe profissionais capazes de se comunicar por meio da Libras. Diante dessa contradição, ao exigir serviços com profissionais capacitados em Libras, o Decreto deveria garantir a obrigatoriedade da disciplina às graduações em saúde.

Dentro das equipes de saúde tem-se a equipe de enfermagem. A enfermagem é considerada nuclear na estrutura das profissões de saúde, tanto no Brasil quanto no mundo. Organiza-se internamente em 3 categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem e abrange um contingente de mais de 2 milhões de profissionais. Faz-se presente em todas as estruturas organizacionais do SUS: unidades hospitalares, ambulatoriais, atenção primária, entre outras. Por ser uma profissão que atua nas várias dimensões da saúde e nas diversas fases da vida, atribui-lhe noção sociológica, de essencialidade no âmbito das profissões (SILVA; MACHADO, 2020).

Além disso, a equipe de enfermagem é a que possui o contato mais próximo e de maior convivência com o usuário no SUS. Desta forma entende-se por que se ressaltou o empenho da enfermagem para o cuidado a pessoas surdas para se fazer compreender e ser compreendido, afirmando inclusive que “na enfermagem tudo se dá um jeito” para atender o usuário.

Ao analisar esta classe lexical sobre o cuidado a surdos, observa-se a afirmação de igualdade nos atendimentos, no sentido de que o atendimento realizado a surdos ocorre da mesma forma ao ouvinte. Essa afirmação centrada na igualdade se alicerça na fisiopatologia, com argumento de que os sintomas, sinais, ou seja, a patologia que acomete as pessoas surdas é a mesma que a de uma pessoa ouvinte e, portanto o tratamento dado será o mesmo. Entretanto, essa lógica reduz o cuidado ao aspecto biológico, desconsiderando que a saúde de um indivíduo se insere no social, no território, no comportamento do indivíduo diante da saúde e da doença, na história e a cultura em que este está imerso.

Essa redução mostra a força do paradigma biomédico, que resiste nos serviços, com uma visão de ser humano fragmentado, tendência a desprezar a multidimensionalidade e multiculturalidade do homem, com enfoque na doença e cura, que nos remete a metáfora do homem-máquina, o que não atende ao princípio de integralidade em saúde (ANDERSON; RODRIGUES, 2016). Outra reflexão pode ser feita também no viés emocional. Tentar diminuir o problema à questão da comunicação faz com que ele não gere tantos sentimentos de culpa para o profissional de saúde por não atender da forma como gostaria.

Porém, o fato de haver distinção em um dos instrumentos básicos do cuidar, a comunicação, é condição suficiente para diferenciar o atendimento, pois envolve uma questão cultural e consequências distintas de um atendimento desenvolvido com ouvintes. Além do desconforto que se estabelece entre os envolvidos, por receio de não serem entendidos, por erro no tratamento, e até perda da autonomia e privacidade quando na presença de um terceiro para facilitar a comunicação.

Outro ponto que deve ser enfatizado é que o fato de igualar as pessoas no atendimento pode ter a intenção de não parecer excludente, preconceituoso. Essa perspectiva pode gerar uma emboscada, ao cair no risco de evitar falar a respeito, no negacionismo, e acarretar em ainda mais invisibilidade para esse público. Isso demonstra a necessidade de se trabalhar com os profissionais de saúde os conceitos e práticas que envolvem a igualdade, a equidade, sua intercessão com a in/exclusão e o acolhimento.

A luz da Lei, os surdos gozam dos mesmos direitos e deveres dos ouvintes. Entretanto há políticas públicas que buscam equidade, com vistas a incluir surdos na sociedade, assim como reparar uma exclusão histórica. Nesse contexto, ao pregar a igualdade entre surdos e ouvintes, excluem-se os surdos. Assim a tentativa de minimizar o problema no discurso pode contribuir para a exclusão de pessoas surdas. Essa situação não se restringe a esse grupo, mas às pessoas com deficiência, conforme expõe Courtine (2008):

A redistribuição contemporânea dos limites entre normal e anormal produziu efeitos massivos no campo do olhar lançado sobre o corpo. Isso é verdade primeiramente no domínio das interações sociais: essas de fato são cada vez mais nitidamente marcadas por um esforço de desatenção calculada, pelas formas de uma não atenção polida que visa reduzir os contatos oculares, multiplicar os afastamentos, aliviar o peso dos modos e dos tempos de

observação do corpo de outrem, prolongando assim o antigo processo de distanciamento dos corpos no qual Norbert Elias havia situado as primeiras formas modernas de sociabilidade (COURTINE, 2008, p. 333-334).

Esses fatos já caracterizam discurso de representação, correspondendo a um recurso de diminuir a carga, o peso do problema, minimizá-lo. Não falar a respeito, silenciar o problema, colocando todos os envolvidos no mesmo bojo se apresenta como uma estratégia de lidar com o problema e finda por escamoteá-lo. Deve-se estar atendo ao discurso de igualdade para que este não seja uma armadilha ao negar a diferença. Esquivar-se dos problemas os suavizam e conseqüentemente, protege o profissional de saúde, que já vivencia uma sobrecarga de trabalho e sofrimento psíquico pelas condições de labor.

A intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo e tem levado ao consumo desmedido das energias físicas e espirituais dos trabalhadores. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e sua saúde em ambientes insalubres, de alto risco (SOUZA; PASSOS; TAVARES, 2015). O profissional de saúde sobrecarregado possivelmente terá menor paciência para lidar com as dificuldades que aparecem na rotina de trabalho, assim como terá pouca disponibilidade para capacitações, como, por exemplo, as que tratam sobre inclusão de pessoas surdas no serviço de saúde e Libras.

As lutas travadas em busca de humanização no atendimento, acolhimento, inclusão, até mesmo utilizando-se de políticas de saúde públicas, na prática, sucumbem frente à realidade vivenciada pelos profissionais de saúde em seu cotidiano de atuação, que muitas vezes inviabiliza a implantação das condições que os levariam a empreender plenamente o atendimento baseado em tais conceitos. Com isso, há um verdadeiro dilema, que gera incômodo inclusive para os profissionais. É como tentar alcançar os resultados sem alterar os meios, os contextos em que se inserem esses profissionais. A tentativa de mudar suas práticas sem transformar suas condições de trabalho os coloca como principais responsáveis pelo problema, e não como vítimas de um sistema que os explora.

Os sentimentos de angústia, medo e impotência, acompanhados de irritabilidade e falta de paciência afloram. O profissional de saúde tem que lidar com todas essas emoções e ao mesmo tempo dar atenção e prestar cuidados aos usuários

sem demonstrar às pessoas surdas seus sentimentos, para não gerar insegurança nem os deixar mais sensíveis do que já se encontram por precisarem de assistência à saúde. O sentimento de frustração, a sensação de impotência, a insegurança e a impaciência são devidas aos entraves na comunicação. O prejuízo no aspecto emocional e afetivo atinge a ambos os lados.

Além disso, verifica-se a preocupação com o diagnóstico e o tratamento, ao expor a dificuldade de compreender o que o paciente sente, o que implica diretamente na sua ação diante do problema de saúde. Assim, evidenciam-se o despreparo do profissional e o desconforto mútuo no atendimento às pessoas surdas, interferindo na assistência. Ademais, quanto mais distantes os profissionais de saúde se encontram do universo das pessoas surdas por eles cuidadas, quanto menos conhecem a seu respeito, maiores são os desconfortos quando lidam com essas pessoas (NOBREGA; MUNGUBA; PONTES, 2017).

É preciso reconhecer que o sofrimento atinge também os profissionais de saúde, pois reconhecer uma perda unilateral, apenas para surdos, significa negligenciar as preocupações do profissional, além de desvalorizar seu esforço e dirigir a culpa das falhas no atendimento a eles (FRANÇA et al., 2016). A falha existe, mas deve-se ressaltar que cabe ao Estado colocar em prática suas legislações, ou até mesmo revê-las para qualifica-las, caso assim seja necessário para aprimoramento da assistência.

O tema da inclusão de pessoas surdas vem ganhando evidência social, cada vez mais tem sido abordado e exposto por meio de variadas estratégias, o que tem posto pessoas surdas e a língua de sinais em pautas cotidianas, com maior circulação de informações, o que possibilita maior discussão, esclarecimentos, vivências, proporcionando superar crenças a respeito da surdez. Um exemplo é o de um grafite⁸ feito por Rafael Mattos e Rafael Nogueira, alunos do Centro SUVAG⁹ em um muro de Pernambuco, conforme consta na Imagem 2.

⁸ <https://www.facebook.com/centrosuvagpe/videos/831082590768283>

⁹ Centro SUVAG de Pernambuco foi fundado em 1976, é uma instituição privada sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, fundada em 1976 por um grupo de pais e técnicos, preocupados com a reabilitação da audição e fala das pessoas surdas. Tem por filosofia o bilinguismo. Utiliza a Metodologia Verbotonal do professor Petar Guberina no trabalho com audição e fala das crianças surdas.

Imagem 2: Muro com grafite escrito “plante amor” em LS



Fonte: Instagram, 2020.

Apesar de os profissionais afirmarem que houve inclusão durante o atendimento porque os usuários receberam a assistência, essa preposição por si só não garante a inclusão. Incluir significa, para Sasaki (2009) a superação da unilateralidade da integração, a partir do momento em que a sociedade se adapta para abranger pessoas com deficiência em seus sistemas sociais e as pessoas com deficiência assumem seus papéis na sociedade. Ou seja, participação bilateral na sociedade para superação dos problemas e equiparação de oportunidades.

Um exemplo deste debate pode ser constatado em uma charge que mostra a presença de um intérprete de Libras em um trio elétrico, o que viabiliza a partilha da alegria proporcionada por uma das maiores expressões da cultura brasileira: os festejos de carnaval, como mostra a Imagem 3.

Imagem 3: Intérprete de Libras no trio elétrico de Saulo



Fonte: Instagram, 2020

Quando profissionais acreditam que incluíram e acolheram ao atenderem surdos sem fornecerem acessibilidade linguística ocorre integração, mas não inclusão (BARBOZA; ALMEIDA-JUNIOR, 2017). Isto porque são as pessoas surdas que deverão ter a capacidade de entender o que foi expresso, e não o ambiente e a sociedade que se adaptaram para transpor a barreira imposta para sua inclusão. Esse fato demonstra carência de compreensão sobre o conceito de inclusão e sobre as práticas que a viabilizam por parte de muitos dos profissionais de saúde e a relevância da discussão desse tema na graduação e no cotidiano do trabalho em saúde

Em relação ao conceito de acolhimento, acolher em sua aplicação no campo da saúde corresponde a reconhecer o que o outro apresenta como necessidade de saúde legítima e singular, objetiva a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Para realizá-lo é necessária escuta qualificada, considerando a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2013). Quando o mesmo não ocorre da forma como é proposto, passa a ser fragmentado, podendo transformar-se em um instrumento de exclusão.

No que tange ao acolhimento, o conceito técnico implica em incluir e incluir implica em acolher, em uma relação bilateral, de interdependência, segundo a Política de Humanização do SUS e de inclusão social do usuário (FERREIRA, 2010). Não obstante, o acolhimento é referido pelos profissionais de forma genérica, como oferta de atenção, ter consideração pelo usuário, em um sentido aproximado do que se entende no senso comum. Tanto que há dúvidas sobre se o usuário surdo foi ou não

verdadeiramente acolhido no atendimento e até informação de impossibilidade de acolhê-lo em razão da interdição da comunicação.

O acolhimento e a inclusão se relacionam intimamente com a integralidade do cuidado, ao tempo que prevê superação da fragmentação deste e articulação das ações e serviços necessários em todos os níveis de complexidade (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014). A relação entre esses conceitos na assistência contribui com a promoção de equidade, ao ofertar especificidades a públicos que as demandam, entendendo que a verdadeira igualdade somente será alcançada quando as diferenças forem reconhecidas e consideradas ao cuidar do outro. Acolher, incluir, atender as demandas proporciona olhar e cuidado integral, seja ele focalizado, no encontro entre profissional/equipe/usuário ou ampliado, quando há boa conexão entre os serviços da rede (CECILIO, 2001).

O que os resultados evidenciam é que, na visão de alguns profissionais, por não negarem e realizarem o atendimento aos usuários surdos, há inclusão. O mesmo se observa em relação ao ato de acolher, que se associa ao esforço dos profissionais para realizar o cuidado, apesar do despreparo para lidar com usuários surdos. Entretanto, os termos incluir e acolher na saúde ultrapassam a compreensão de seu cotidiano à luz do senso comum. No campo profissional da saúde, a acolher e incluir se amparam em legislações e portarias, são termos plenos de bagagem técnica, amparados inclusive em princípios e diretrizes do SUS. Os resultados mostram a necessidade de se reforçar o entendimento normativo desses termos na formação em saúde de forma associada à prática, dialeticamente.

A dificuldade de acolhimento e inclusão impacta negativamente no acesso de surdos aos serviços de saúde, em decorrência também da falta de acessibilidade em relação as informações de saúde, como medidas de prevenção de doenças e cuidados para promoção de saúde. De acordo com uma pesquisa realizada no Reino Unido, adultos surdos têm altas taxas de fatores de risco conhecidos para doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e altas taxas de depressão autorreferida. A precariedade de informações em saúde para surdos, o sub diagnóstico e o sub tratamento das condições crônicas podem colocá-los em risco de problemas de saúde evitáveis e expectativa de vida potencialmente reduzida (EDMOND et al., 2015).

Para as pessoas surdas que residem em zona rural ou indígenas a situação é ainda mais desafiadora. É necessário se pensar também em grupos específicos e estratégias de inclusão. Há escassez de estudos a respeito desses grupos específicos

inseridos nessa população. A prestação de serviços alternativos, como teleatendimento e especialistas visitantes, corresponde a propostas que visam melhorar a assistência a serviços nas áreas rurais (BARR, DALLY, DUNCAN, 2019).

Por esses motivos que é tão importante que se discuta os conceitos de acolhimento, inclusão, integralidade, universalidade e equidade, para a população em geral e também no contexto do cuidado a pessoas com deficiência, mas de uma forma que esses conceitos não fiquem apenas no campo das ideias, mas que o extrapole contemplando-os na prática, na assistência, tanto nos espaços de educação permanente quanto em disciplinas na graduação, mesmo que de forma transversal. Tanto a formação no serviço de saúde quanto na graduação são sugeridas pela OMS, no Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012).

Observou-se nos resultados diferenças culturais no atendimento, como no caso do parto de mulheres surdas, que se debruça mais na experiência visual. A mãe surda precisa ver se o filho está bem, pela expressão facial do choro, enquanto com mães ouvintes o foco está no som do choro do bebê - tipo, intensidade e vigor. O choro faz parte do desenvolvimento do bebê e é uma potente forma de comunicação. Sua causa está associada a diferentes estímulos, por isso os pais podem aprender sobre os tipos de choro e identificar as necessidades do bebê por ele (SEABRA, 2009; HALPERN; COELHO, 2016).

Daí a questão ser tão central no caso da maternidade/paternidade de pessoas surdas. Esta situação é tão singular, que foi bem evidenciada na uce nº 1541, da uci nº 30, quando ressalta que a parturiente surda só consegue participar efetivamente do momento de nascimento de seu filho quando os profissionais levantam o bebê para que mãe veja que ele nasceu, pois o choro, no caso, das mulheres surdas, só pode ser visto por meio da expressão facial do bebê e não ouvido. Para as ouvintes, o choro é a primeira evidência do nascimento, antes mesmo que elas vejam o bebê.

Outro ponto que reforça a compreensão de que há diferenças culturais é demonstrada quando os participantes estabelecem ancoragem da Libras com línguas estrangeiras, a exemplo do atendimento à haitianos, venezuelanos e indígenas, e neste contexto, os profissionais se utilizam de suas vivências para construir a compreensão da assistência à saúde de pessoas surdas. O processo de ancoragem possibilita que o acontecimento, ora desconhecido, seja acomodado no sistema de pensamento preexistente da pessoa que o interpreta (JODELET, 2009).

O processo de ancoragem é acionado nas situações novas, provocadoras e ameaçadoras, para aproximar e tornar compreensível o que está fora da nossa capacidade de compreender de imediato. Assim, sem o domínio de um significado inteligível para o nosso sistema sociocognitivo, seria impossível lidar com a realidade posta, demandando recursos para dominá-la (CAMPOS, 2017).

As estratégias utilizadas para estabelecer comunicação com sujeitos surdos demonstram o quanto a dimensão prática da RS se associa aos aspectos históricos e culturais que permeiam a surdez e as pessoas surdas. Quando a comunicação entre esses se centra no português escrito, na oralização/leitura labial, mímica e gestos nos remete há um passado que tem reflexos no presente, desde 1880 com o Congresso de Milão, em que houve o fortalecimento da oralização e proibição do uso da LS. Estarmos tão aquém da inclusão linguística nos aponta o quanto ainda invisibilizamos as demandas dos surdos, o que também descortina nosso capacitismo.

Para realizar o atendimento os profissionais de saúde se utilizam do seu arsenal de possibilidades na tentativa de compreender as demandas expostas pelos usuários surdos, seja envolvendo terceiros para auxiliar no atendimento (acompanhantes, intérpretes, assistente social), ou por meio de outros instrumentos como português escrito, leitura labial, aplicativos de tradução e gestos, ou seja, usam as estratégias que estão ao seu alcance no momento do atendimento.

Contudo, Oliveira, Celino e Costa (2015) concluíram que essas estratégias demonstraram ser ineficientes para uma comunicação efetiva e para promover a participação plena de sujeitos surdos, o que corrobora com os achados dessa pesquisa, ao ser apontado pela maioria dos profissionais a dificuldade de entendimento para realizar assistência apesar do uso das estratégias supracitadas, sendo a experiência, inclusive, associada a sentimentos de frustração.

No que tange ao uso do português escrito, vale ressaltar que a LS se estrutura sintaticamente de forma distinta ao português, o que por vezes pode dificultar tanto a compreensão do profissional de saúde ao ler algo redigido por pessoas surdas como do contrário, quando surdos leem o que o profissional escreveu. Santos e Portes (2019) concluíram que o uso do português escrito foi descrito como a estratégia que mais dificulta a troca de informações no atendimento e este fato pode constranger pessoas surdas, além do que a compreensão do português escrito se relaciona com o nível de escolaridade desses sujeitos.

Em relação à leitura labial, em geral ela é superestimada pelos profissionais de saúde. Surdos que perderam a audição após o desenvolvimento da linguagem oral tendem a ter mais facilidade que surdos congênitos para compreensão (KUENBERG; FELLINGER; FELLINGER, 2016). Ainda mais, não corresponde a uma estratégia tão segura tendo em vista a existência de fonemas que possuem o mesmo ponto articulatorio, o que pode resultar em falhas na comunicação. O uso de máscara também corresponde a um empecilho para a utilização dessa ferramenta.

A inclusão de acompanhantes como amigos e familiares no atendimento a surdos para facilitar a comunicação, apesar de favorecer a compreensão das necessidades de saúde, fere a privacidade, o sigilo, o protagonismo e a autonomia de usuários surdos no serviço de saúde, elementos fundamentais no processo de cuidar (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015).

Unidades de saúde sem sinalizações visuais, profissionais que conheçam Libras e intérpretes disponíveis para mediar a relação entre surdos e o profissional de saúde confere o mesmo peso daquelas que não possuem rampas ou elevadores, por exemplo. É necessário que gestores e profissionais de saúde entendam que o não atendimento às demandas de grupos minoritários tem como desfecho a exclusão social.

Ainda em relação ao intérprete de LS, a sua inserção corresponde a uma das estratégias que os surdos apoiam pela necessidade do uso da língua para mediação do atendimento, porém com ressalvas, devido pelos mesmos motivos dos acompanhantes, somado a falta de confiança, escassez de profissionais e indisponibilidade de tempo e constrangimento de se expor frente ao intérprete e até mesmo o desconhecimento por parte dos usuários sobre as obrigações legais para exigir a presença do profissional (MCKEE et al., 2015).

O Estado de Rondônia, lócus desta pesquisa, não detém o intérprete de LS no seu quadro de recursos humanos da área da saúde. Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, para as coletivas de imprensa, era disponibilizado profissional intérprete de outra secretaria, para tornar acessível as informações diárias do enfrentamento do novo coronavírus.

Atualmente tem-se utilizado também o apoio de aplicativos para tradução da LS durante atendimentos a pessoas surdas, o que é de grande auxílio no entendimento. Pesquisas apontam que o uso da tecnologia pode possibilitar a melhoria da comunicação entre surdos e ouvintes, apresentando-se como uma

ferramenta na promoção da transformação social, por promover a inclusão da pessoa com deficiência (BERNARDO et al., 2021).

Porém, vale ressaltar que o uso de aplicativo, apesar de resolver o aspecto imediatista do problema, desconsidera elementos importantes na comunicação, como as expressões faciais. Ademais, é suscetível a falhas técnicas e pode levar ao descumprimento do disposto no Decreto 5.626/2005 quanto à exigência de serviços disporem de profissionais aptos a utilizarem LS no atendimento.

Apesar da possibilidade de se valorizar a comunicação não verbal, principalmente por ser visual, meio pelo qual os surdos apreendem o mundo, o uso de mímicas e gestos podem dar a falsa impressão de serem excelentes facilitadores da comunicação. Entretanto, por serem pessoais e individuais podem gerar falhas na comunicação, com entendimentos equivocados, por exemplo.

As consequências também podem ser vistas na prática do cuidado: quando mesmo com essas estratégias o profissional não consegue se comunicar de forma efetiva, o que interfere inclusive na qualidade do cuidado devido à possibilidade de gerar problemas tais como: incorrer em erros de tratamento e diagnóstico, ferir a dignidade do outro, causar sofrimento em ambos os envolvidos - um por não ser atendido da forma como deseja, com respeito às suas necessidades e o outro por não cumprir seu ofício respeitando os princípios do SUS, com humanização e acolhimento.

A comunicação mediada pela Libras é condição essencial para a aproximação com pessoas surdas usuárias de LS, pois favorece a competência no cuidado e a satisfação do profissional, ao tempo em que possibilita ao usuário interagir e ter suas demandas de saúde e resolvidas. Ainda que a comunicação em Libras não seja fluente, o fato de ter suas necessidades compreendidas possibilita uma comunicação interpessoal mais afetiva, logo, efetiva e empática. Por conseguinte, a formação em saúde perpassada pelo aprendizado de Libras e pela convivência com comunidade surda é uma potência na formação, ao viabilizar o aperfeiçoamento de capacidade crítica, reflexiva e de compromisso social (BERNARDO et al, 2021). É desta forma que o uso da Libras na assistência à saúde se mostra como um fator de inclusão social (CHAVEIRO, 2005).

Em 2019 um Projeto de Lei ([PL 6036/2019](#))¹⁰ propôs que a Libras pontue em concursos públicos, e em 2020, outro Projeto de Lei (PL 4582/20)¹¹ concede a enfermeiros e técnicos de enfermagem habilitados em Libras e que as aplique nos atendimentos o direito a receber um bônus equivalente a 10% da remuneração. O reconhecimento da necessidade de haver formação, domínio de Libras e disponibilidade de profissionais com tal domínio evidencia o fomento da inclusão social de pessoas surdas e um melhor usufruto de seus direitos de forma mais plena. Estar nas pautas políticas mostra que o tema está candente nos debates, tem relevância social e reforça seu caráter representacional, como também, o fato de despertar a necessidade de Leis para discriminarem positivamente candidatos e profissionais que dominem a Libras reforça os problemas evidenciados nesta pesquisa.

Ao contrário do que se pressupunha no início dessa pesquisa, a formação em Libras, seja por curso livre ou disciplina de Libras, não tem sido suficiente para instrumentalizar profissionais de saúde para o atendimento a surdos. Mesmo os participantes que realizaram formação em Libras apresentam dificuldades no atendimento, se utilizam de recursos insatisfatórios para inclusão de pessoas surdas. Por outro lado, atitude diferenciada, inclusivista, foi verificada nos resultados oriundos dos profissionais de saúde que informaram ter convívio com pessoas surdas, seja familiar ou em ambientes religiosos, associado à formação específica. Logo, evidencia-se que o elemento de maior impacto para o cuidado à saúde de pessoas surdas é oriundo à essas duas condições.

As barreiras de comunicação afastam o sujeito das unidades de saúde, influenciam a percepção que este desenvolve em relação aos atendimentos em saúde e a respeito da própria saúde, tornando-o mais dependente de um intermediador que facilite a comunicação com os profissionais (PORTES; SANTOS, 2019). A dificuldade de acesso à saúde e baixo nível de instrução em saúde, que acarreta em desconhecimento dos serviços da região e suas funções na rede afeta a integralidade e interação. Consequentemente, essas questões estão associadas a maior frequência em serviços de emergência (MCKEE et al, 2015)

¹⁰ <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139863/pdf>

¹¹ <https://www.camara.leg.br/noticias/707204-projeto-concede-adicional-de-10-a-profissionais-de-enfermagem-aptos-em-libras>

Percebe-se, portanto, falha do Estado em relação ao acesso e a acessibilidade, fato que fere os princípios fundamentais do SUS. Mas essa realidade tende a mudar. Graças às lutas dos movimentos surdos e conquistas advindas das políticas públicas inclusivistas que, mesmo em passos lentos, a comunidade surda tem tido mais acesso à educação, a níveis escolares mais altos, como graduação e pós-graduação. O conhecimento, as relações sociais e as experiências empoderam as pessoas e por isso, também, têm ocorrido judicializações que tratam de inclusão na saúde, além de maior engajamento a respeito de inclusão de surdos nas redes sociais e nos programas de TV.

Desta forma, vislumbram-se essas tendências correlacionadas ao paradigma emergente da saúde, posto que a saúde se determina em um contexto sócio-histórico e econômico. No paradigma emergente, os sujeitos são participativos no processo do cuidado, constroem e reconstróem modos de pensar e agir em favor de sua saúde. Exige, portanto, participação social, consciência cidadã, reflexão e ação (FERREIRA, 2013). São esses aspectos que os surdos reivindicam e que muitas vezes os profissionais de saúde sentem falta em sua atuação.

Os elementos que conformam tanto o paradigma clássico (biomédico) e o emergente circulam nas conversações, por todos os tipos de mídia, dos discursos profissionais, nas relações sociais (FERREIRA, 2013). Para impactar positivamente o cuidado à saúde, os elementos que compõem o paradigma emergente devem fazer parte (cada vez mais, com maior profundidade e propriedade) da formação profissional e do cotidiano dos serviços, já que dialoga intimamente com a integralidade e a inclusão.

As RS guardam relações entre a ciência e a vivência, remetendo para a pesquisa das relações entre o pensamento natural ou do senso comum e o pensamento científico, da difusão dos conhecimentos e a transformação de um tipo de saber em outro (SÁ, 1998). Fato esse demonstrado por meio dessa pesquisa, em que se verificou que as representações sociais provocam efeitos e repercussões nas projeções futuras, com novos sentidos para as vivências, os quais foram apresentados nos resultados por meio de críticas e propostas para formação profissional com vistas a melhor atender pessoas surdas no serviço de saúde, temática que será aprofundada no próximo capítulo.

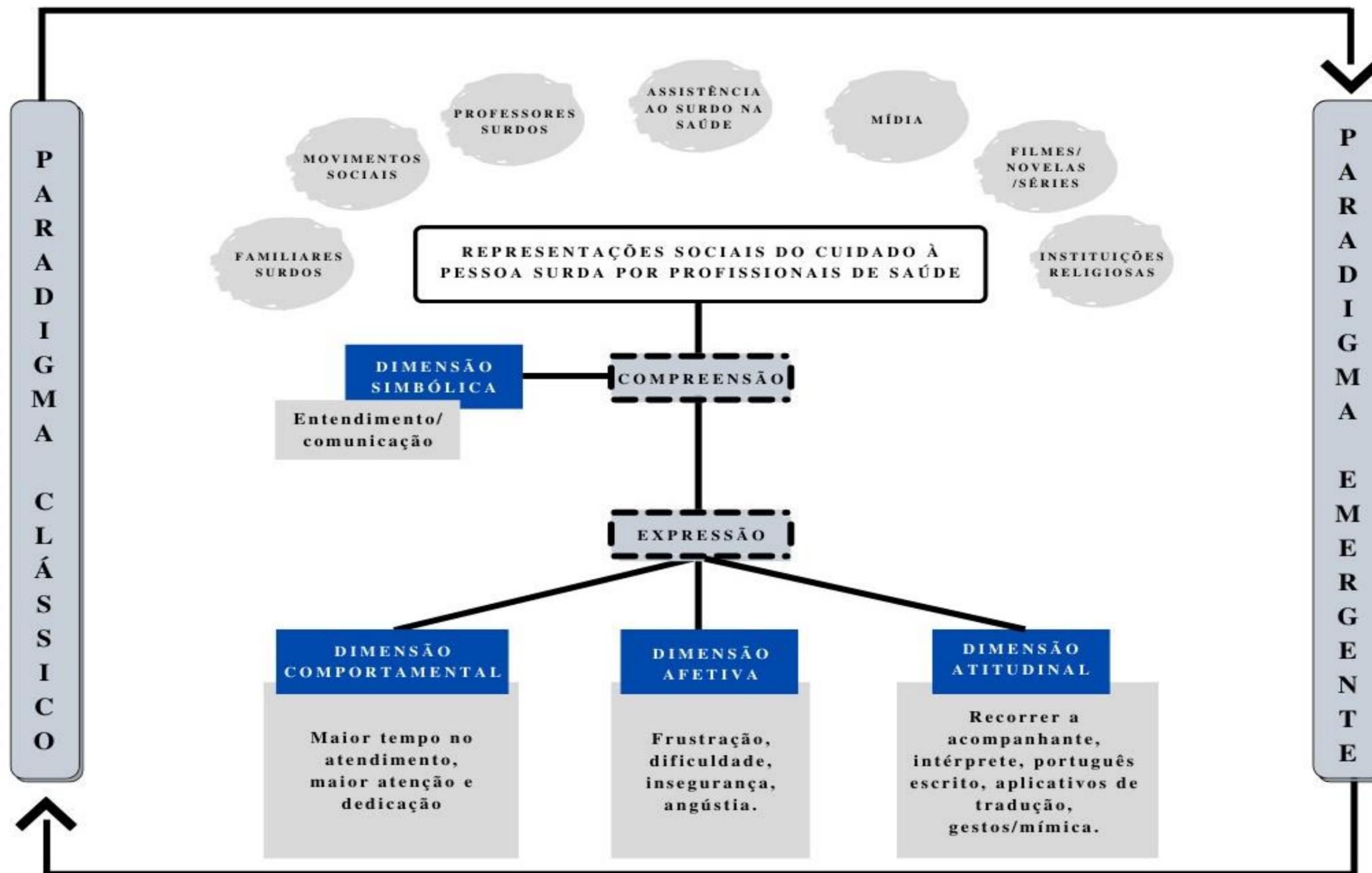
É essa relação dialética entre o que se apresenta enquanto necessidade advinda da prática assistencial, dos conhecimentos prévios compartilhados no senso

comum, as informações que circulam na mídia e nas redes sociais que formam as representações sociais e essas representações permitem reflexões que quando acionadas e entendidas como oportunidade, podem servir de diagnóstico e de ponto de partida para transformações necessárias para o coletivo.

Logo, a representação do cuidado a surdos por profissionais de saúde evidencia uma interdição na relação cujas barreiras comunicacionais ocasiona falta de entendimento entre as partes, o que pode impossibilitar uma aproximação de um com “o outro” - os surdos - ambos imersos em dimensões culturais, simbólicas, sociais importantes a serem consideradas no cuidado.

A seguir será apresentado o esquema das Representações Sociais do Cuidado à saúde da pessoa surda, cujos resultados foram discutidos neste capítulo, apontando as dimensões das representações, os aspectos que interferem e são impactados por essas representações e o contexto paradigmático em que se inserem.

Figura 7: Esquema sobre as representações sociais do cuidado à pessoa surda



CAPÍTULO VII

DEMANDAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO A PESSOAS SURDAS

Este capítulo trata das classes lexicais 2 e 3, que se relacionam por trazerem significados referentes às necessidades dos profissionais de saúde no que tange ao atendimento a surdos. O que as diferencia é a temporalidade em que se localiza essas necessidades: a classe 2 trata da necessidade do serviço, no presente, e a classe 3 traz com maior ênfase as necessidades em relação a formação profissional, ou seja, no futuro, com vistas a superar os entraves das vivências atuais. Assim, respectivamente, as classes 2 e 3 denominam-se, respectivamente: “O cuidado de agora: o que os profissionais demandam” e “O cuidado do futuro: o que a formação necessita” e seus resultados serão apresentados a seguir.

Resultados da Classe 2 – “O cuidado de agora: o que os profissionais demandam”

A classe 2 foi composta por 274 UCEs e 101 palavras analisáveis, a qual condensa 16% corpus.

No quadro 4 estão expostas as palavras mais representativas da classe 2. As palavras de maior associação à classe 2 sugerem que os profissionais de saúde devem ser capacitados para se sentirem preparados para atender usuários surdos e que o ambiente hospitalar precisa ser adaptado para recebê-los. Essa ideia é reforçada pela figura 8 que centraliza o léxico “profissional” e o associa as demais palavras.

Quadro 4 – Palavras representativas da classe 2

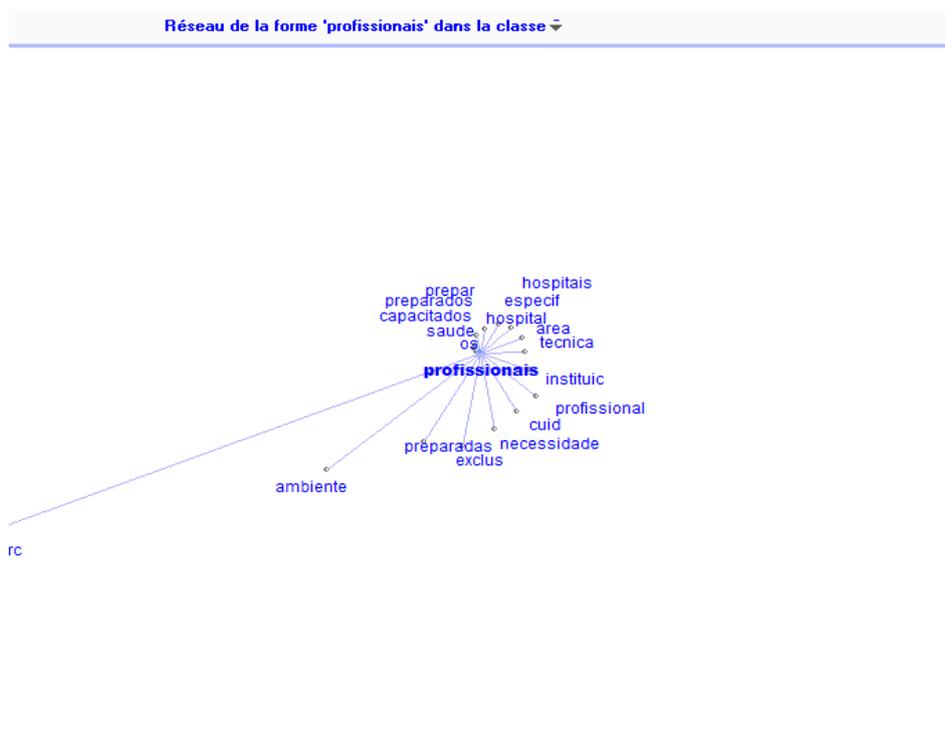
Classe 2 – 274 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Phi
Profissionais	profissionais(72)	0,33
Saúde	saude(74)	0,29
Preparados	preparados(20)	0,19
Hospital	hospital(46) hospitalar(5)	0,19
profissional	profissional(48) profissionalmente(1)	0,17

Prepar	prepara(1) preparacao(4) preparada(3) preparado(10) preparam(1) preparar(8)	0,16
Instituic	instituicao(10) instituicoes(5)	0,16
Hospitais	hospitais(11)	0,16
Área	area(24) areas(2)	0,16
Os	os(93)	0,16
Exerc	exerca(2) exerce(1) exercem(1) exercer(3)	0,14
Técnica	tecnica(10) tecnicas(1)	0,14
Exclus	exclusao(17) excluso(1) exclusoes(1)	0,14
Capacitados	capacitados capacitados(8)	0,14

Fonte: Relatório Alceste, 2019

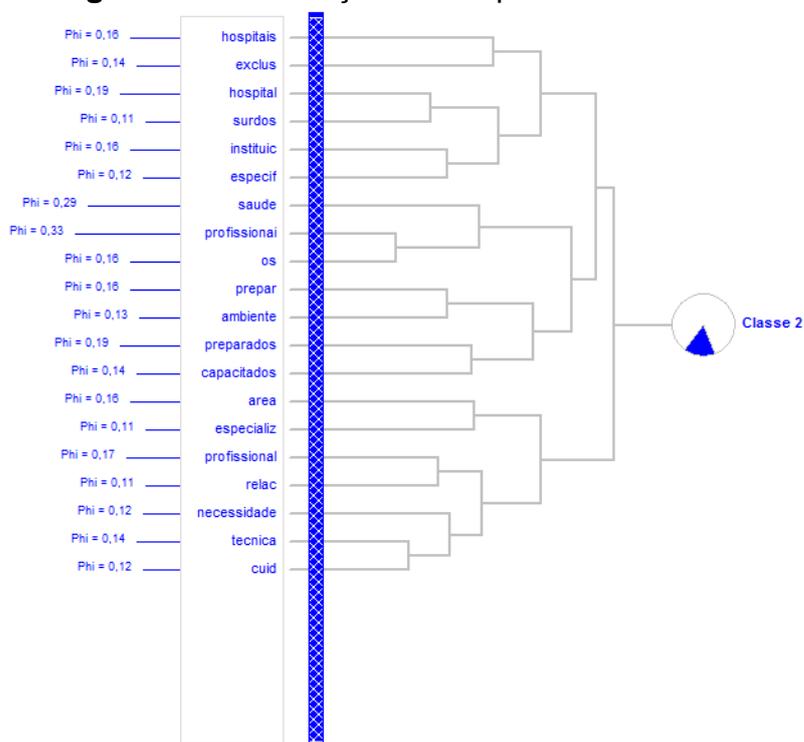
O quadro 4 apresenta as palavras mais relevantes da classe 2 e a figura 8 mostra a relação dos léxicos, centralizados na palavra “profissional”, demonstrando suas necessidades para assistência a pessoas surdas no serviço de saúde. Percebe-se que os profissionais necessitam de capacitações, de um ambiente melhor preparado para recebê-los, mas entendem que não há necessidade de que esse espaço seja exclusivo para surdos.

Figura 8 – Rede da forma “profissionais” da classe 2



Fonte: Relatório Alceste, 2019

Figura 9: Classificação Hierárquica Ascendente



Fonte: Relatório Alceste, 2019

Referente à análise das relações entre as palavras descritas na CHA, expressa na figura 9, identificam-se conteúdos semelhantes e que se complementam, que convergem com as ideias expostas na figura apresentada anteriormente.

A presença das palavras relacionadas demonstra as ideias principais desta classe, que serão apresentadas, juntamente com as UCE que as contextualizam, a seguir.

Unidades de contexto elementar representativas da Classe 2

Ideia-chave: Os profissionais devem ser capacitados e os ambientes preparados para prestar assistência a usuários surdos

Lacuna da formação e do serviço

*uce n° 1506 Phi = 0,02 uci n° 30 : *ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1*
 Indivíduo 30, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.
 Cuidar é cuidar de tudo para que a pessoa possa ter saúde na sua definição completa: bem estar biopsicosocial. Durante a formação na universidade. Negligenciado pelos gestores, por toda a sociedade no geral. Acho que o cuidado com o surdo é negligenciado, fingem que não vê. É uma pessoa economicamente ativa. Pode se fazer tudo. A sociedade só precisa parar de fingir que não vê

*uce n° 582 Phi = 0,03 uci n° 12 : *ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02*
 Indivíduo 12, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.
 Eu vejo que é de suma importância que o profissional seja preparado para atender também essa clientela, que a gente pensa que são casos isolados, mas realmente não são.

*uce n° 316 Phi = 0,02 uci n° 7 : *ind_07 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_01 *K_2*
 Indivíduo 07, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.
 Mas não posso falar pelo hospital como um todo. Outros setores talvez tenham e eu não saiba, que tenham capacitação ou outros cursos nessa área. Acho que específico talvez não. Se você capacitar, não todos, mas uma parcela de cada setor, os funcionários essenciais, você consegue que o paciente surdo seja bem atendido.

*uce n° 225 Phi = 0,02 uci n° 5 : *ind_05 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02*
 Indivíduo 05, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.
 e isso acaba dificultando mas não que não ocorra e também que seja motivo de exclusão mas se todo mundo tivesse um domínio melhor dessa comunicação pela linguagem de sinais facilitaria muito essa relação profissional paciente surdo.

*uce n° 257 Phi = 0,03 uci n° 6 : *ind_06 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_02 *K_2*
 Indivíduo 06, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Católico.
 Acho que quando você tem conhecimento que existe uma limitação, o cuidado é maior, a atenção é maior, a tentativa de melhorar a comunicação é maior. Então isso de certa forma facilita. Acho que nós ainda não avançamos no cuidado mesmo, não estamos preparados para tratar como igual, limitar o que cabe ao profissional de saúde, excluir esse fator.

uce n° 305 Phi = 0,02 uci n° 7 : *ind_07 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_01 *K_2

Indivíduo 07, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.

a atenção dobra. Seria bem acolhido, eu acredito. Não sei. O que seria necessário para a inclusão desse paciente no ambiente hospitalar. Difícil, porque quase nenhum profissional está preparado para receber um paciente surdo, pelo que eu percebo.

uce n° 678 Phi = 0,02 uci n° 13 : *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2

Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Então tem formas de excluir sem saber e formas de excluir sabendo. Eles precisam ter profissionais capacitados e da Saúde estruturada, não faltando nada é isso que precisam.

uce n° 1202 Phi = 0,02 uci n° 25 : *ind_25 *prof_04 *libr_02 *csur_01 *asur_01 *rel_02

Indivíduo 25, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Pode ser que tenha e eu não fiquei sabendo, mas que eu fui informada, eu não lembro, não. Seria bom capacitar os profissionais. Acho que seria bom incluir, pelo menos, assim, um curso de libras para os profissionais da saúde. Seria muito, muito importante, porque eu vejo que a grande maioria não entende, então acho que seria de grande valia para essa integração mesmo.

uce n° 1246 Phi = 0,02 uci n° 26 : *ind_26 *prof_04 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_2

Indivíduo 26, Fisioterapeuta, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Só que assim, eu acho assim, que todos tem que estar preparados, porque a gente não pode selecionar paciente. Chegou, eu tenho que abraçar, assim, aqui no hospital de base, como, por exemplo, a prioridade aqui no hospital de base, por exemplo, com relação aos pacientes internos, é a fisioterapia respiratória. Como a fisioterapia respiratória a falta dela pode levar a um óbito

uce n° 463 Phi = 0,02 uci n° 10 : *ind_10 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_02

Indivíduo 10, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Católico.

Porque a gente não tem só um emprego. A gente tem vários empregos. A maioria dá menos importância para as capacitações, porque não é obrigado. É até uma questão que eu levantei se não tinha como obrigar o servidor a capacitar. Eu ser capacitada para poder atender, senão não tem como cuidar.

uce n° 1929 Phi = 0,02 uci n° 37 : *ind_37 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03 *K_3

Indivíduo 37, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Então não precisaria ter um tradutor o tempo todo na recepção, o tempo todo um tradutor em cada setor, mas talvez condutores, um tradutor administrativo, um profissional de saúde que pudesse acompanhar essas pessoas, caso fosse necessário. Na maioria das vezes elas vão ter um acompanhante que vai fazer isso. Eu penso que necessite de qualificação para os profissionais de saúde em libras.

Infraestrutura inclusiva: ambiente e recursos humanos

uce n° 1642 Phi = 0,02 uci n° 32 : *ind_32 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_03

Indivíduo 32, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Espírita.

Hospital é para todo mundo e a gente precisa atender todas as demandas. Lugares de apoio, algum centro de apoio para ajudar na comunicação de surdos, lugar que trabalha mais a questão social, inclusão, de qualificação, eu acho bem interessante.

uce n° 1289 Phi = 0,02 uci n° 26 : *ind_26 *prof_04 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_2

Indivíduo 26, Fisioterapeuta, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Mas ter um serviço para isso, até para melhorar as condições de saúde, qualidade de vida. Conhecer libras, isso vai facilitar, vai possibilitar uma interação melhor. Então, acho que o conhecimento vai fazer com que flua melhor as relações, isso vai ajudar a interação entre profissional e o paciente.

*uce n° 1640 Phi = 0,02 uci n° 32 : *ind_32 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_03
Indivíduo 32, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Espírita.*

Está na linha intermediária, às vezes tem atenção e em momentos não tem, devido ao trabalho, sobrecarga, diversos motivos. Eu não sei quais são realmente as necessidades das pessoas surdas em relação ao serviço de saúde. Talvez placas visuais.

*uce n° 1781 Phi = 0,02 uci n° 35 : *ind_35 *prof_04 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02 *K_2
Indivíduo 35, Fisioterapeuta, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.
Eu entendi que o nosso atendimento não é limitado. Ele pode ser direcionado para grupos específicos. Não é o paciente que tem que se adaptar ao profissional, mas nós profissionais é que devemos nos adaptarmos às necessidades deles.*

*uce n° 679 Phi = 0,02 uci n° 13 : *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2
Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.
O hospital não atende nem aos ouvintes imagina aos surdos. Por mais que a saúde esteja melhorando, não adianta falar só das coisas ruins. Porque tem profissionais bons e profissionais ruins, têm serviços bons e serviços ruins.*

*uce n° 1612 Phi = 0,02 uci n° 32 : *ind_32 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_03
Indivíduo 32, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Espírita.
Então identifico quais são as necessidades dele e vou ver ações para ele de uma forma geral. Desenvolvi esse pensamento sobre o cuidado na minha atuação. Em cursos também. Nós participamos de alguns cursos tanto de educação como de gestão, mesmo de humanização, onde percebemos que não basta só fazer a parte técnica, por exemplo, o paciente está na ventilação mecânica, aspiramos e pronto, acabou.*

Ideia-chave: Instituições de saúde específicas para surdos caracterizam exclusão

A especificidade que exclui: a segregação por meio de espaços especiais

*uce n° 901 Phi = 0,03 uci n° 18 : *ind_18 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_2
Indivíduo 18, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.
Não, porque eu considero que os profissionais tem que ter capacitação para atender esses pacientes, porque se não vai ter que ter instituição só para cegos, só para quem precisa de muleta, a gente vai gerar exclusão para esses pacientes.*

*uce n° 682 Phi = 0,03 uci n° 13 : *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2
Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.
Não acho que deve haver instituições específicas para surdos porque seria muito mais desgastante. Assim como não deveria existir um hospital para pessoa com deficiência física. Então é melhor você inserir profissionais capacitados para isso, e acredito que o custo para o SUS seria menor e ter leitos adaptados tanto para pessoas com deficiência física, quanto para surdos.*

*uce n° 1931 Phi = 0,02 uci n° 37 : *ind_37 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03 *K_3
Indivíduo 37, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.
Não acho que deva haver hospitais e clínicas específicas para surdos. Eu acho que os hospitais e as clínicas gerais, os que já existem para a população em geral deveriam ter capacidade para atender as pessoas surdas também.*

Resultados Classe 3 – O cuidado do futuro: o que a formação necessita

A classe 3 formou-se por 326 UCE e 109 palavras analisáveis obtendo representatividade de 19% do material que foi classificado para a análise.

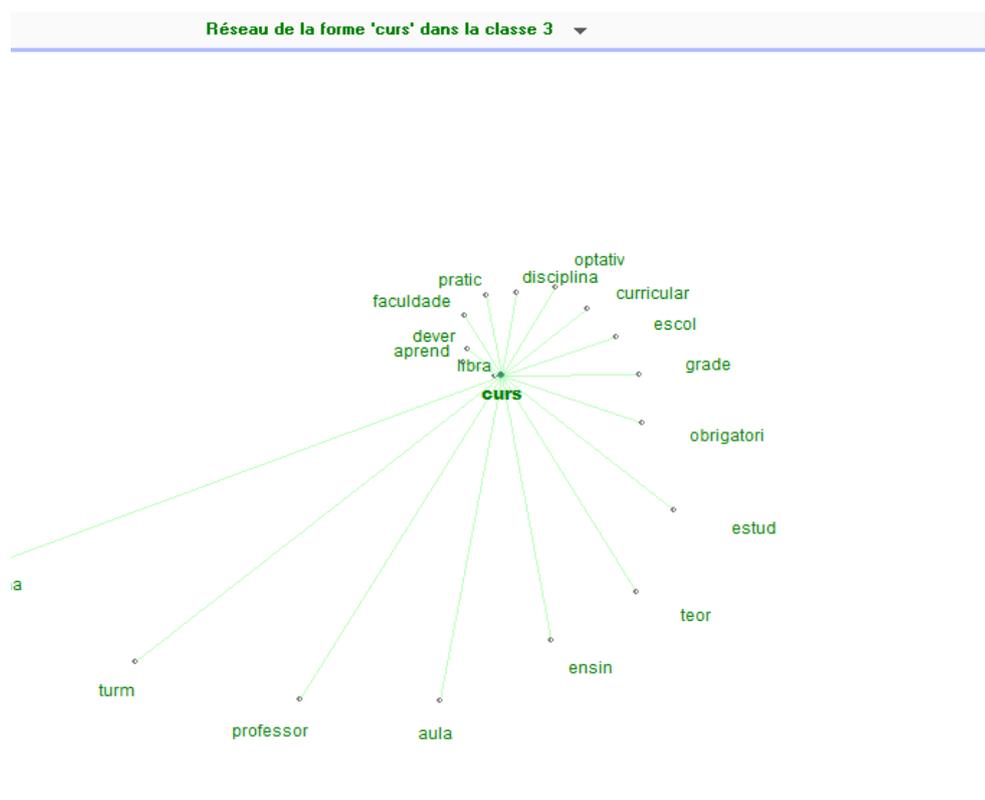
O quadro 5 mostra as palavras mais significativas da classe 3 e a figura 10, mostra a relação dos léxicos apresentando o curso de Libras na formação dos profissionais de saúde como uma resposta para atender as demandas vivenciadas no cuidado à pessoas surdas, que para além da teoria deve ser prática, de caráter obrigatório, ao trazer o termo “curso” centralizado com relações mais próximas com a palavra “libras”, “aprender”, “dever”, “faculdade”, “pratic”, “disciplina”.

Quadro 5 – Palavras representativas da classe 3

Classe 3 – 326 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Phi
Curs	cursado(1) cursando(3) cursei(2) cursinho(2) curso(104)	0,33
Libra	libra(2) libras(171)	0,29
Aprend	aprende(14) aprendei(1) aprendem(1) aprendemos(2) aprender(45)	0,288
Faculdade	faculdade(50) faculdades(8)	0,27
Escol	escola(47) escolar(1) escolas(14)	0,26
Disciplina	disciplina(39) disciplinas(5)	0,25
Pratic	pratica(34) praticando(1) praticante(1) praticar(3) praticas(2) pratico(3)	0,24
Obrigatori	obrigatoria(13) obrigatorio(11)	0,22
Aula	aula(19) aulas(11)	0,22
Estud	estuda(2) estudado(2) estudamos(1) estudando(4) estudante(1)	0,20
Aluno	aluno(8) alunos(16)	0,19
Professor	professor(11) professora(9) professoras(1) professores(8)	0,18
Optativ	optativa(11) optativas(3) optativo(2)	0,17
curricular	curricular(11) curriculares(8)	0,17

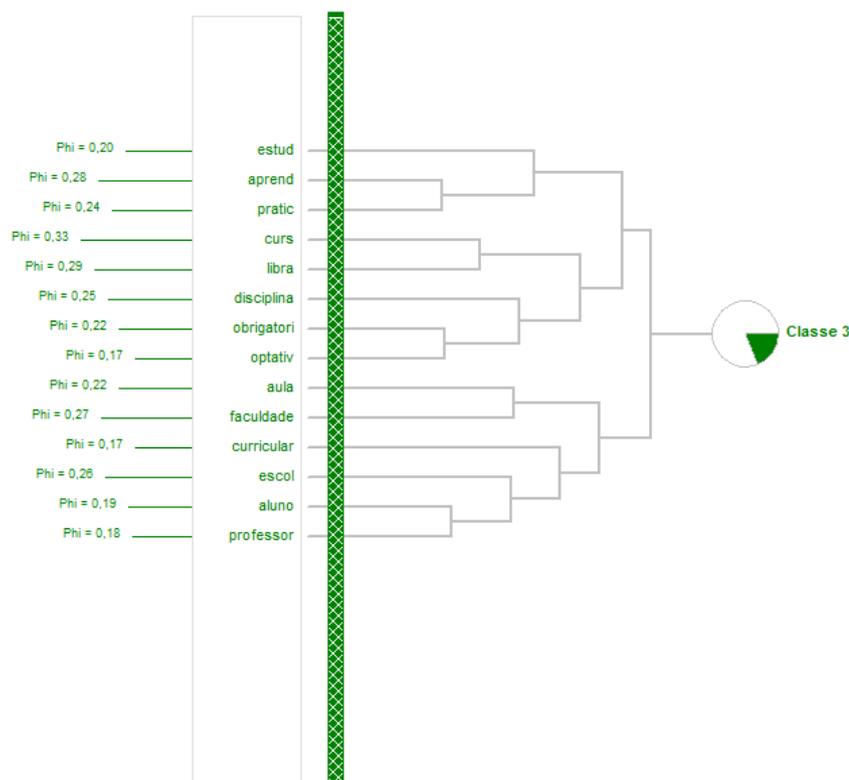
Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2019

Figura 10 – Rede da forma “curs” da classe 3



Fonte: Relatório Alceste, 2019

A CHA da classe 3, exposta na figura 11, relaciona os léxicos mais significativos que permitem compreender o caminho para a construção do pensamento sobre a formação em Libras para um cuidado a pessoas surdas com qualidade.

Figura 11: Classificação Hierárquica Ascendente

Fonte: Relatório Alceste, 2019

As ideias principais podem ser contextualizadas por meio das UCE dessa classe, que serão expostas a seguir.

Unidades de contexto elementar representativas da Classe 3

Ideia-chave - A Libras deve fazer parte da formação do profissional de saúde, seja por curso ou disciplina de Libras, de caráter obrigatório, teórico/prático, na faculdade.

*uce n° 619 Phi = 0,03 uci n° 12 : *ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 12, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.
A disciplina deveria ser contínua, pelo menos cinquenta por cento do curso. Vamos supor, o curso tem a duração de quatro anos, então os dois últimos anos tem uma continuidade com libras, fazer aplicação, oficinas*

*uce n° 1605 Phi = 0,03 uci n° 31 : *ind_31 *prof_04 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_3
Indivíduo 31, Fisioterapeuta, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita. Em cinco meses. É um semestre. Talvez aumentar a carga horária, fomentar mais pesquisa na área, fomentar movimentos, tipo caminhadas em alusão. Sei lá, fazer mais divulgação mesmo, assim. É estágio na escola bilíngue. Toda segunda eu vou com os alunos eu sou professora hoje.*

*uce n° 435 Phi = 0,03 uci n° 9 : *ind_09 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 09, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.*

Infelizmente não. A carga horaria da disciplina diante de todo um universo que tem o surdo é insuficiente. Mas ele toca a gente, sensibiliza. Mas a gente vê que é muito pouco. A forma como é dada, o conteúdo, não a valoriza como é valorizada uma língua inglesa nas escolas.

*uce n° 1876 Phi = 0,02 uci n° 36 : *ind_36 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_1
Indivíduo 36, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.*

Não vai funcionar. Não vai funcionar. Se você não colocar na grade curricular, não vai funcionar.

*uce n° 1041 Phi = 0,03 uci n° 21 : *ind_21 *prof_03 *libr_01 *csur_01 *asur_02 *rel_01 *K_3
Indivíduo 21, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.*

E como a gente já tem outras matérias, acaba estudando só para ter uma nota boa, mas não para assimilar nada. Gostei. Aprendi o alfabeto, as palavras principais oi, bom dia, boa tarde, boa noite.

*uce n° 1648 Phi = 0,03 uci n° 32 : *ind_32 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_03
Indivíduo 32, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Espírita.*

não é optativo você atender um surdo. Você tem que atender o surdo. As faculdades deveriam incluir libras na grade curricular, talvez não com uma carga horária grande, talvez uma carga horária menor, mas que tivesse pelo menos as noções básicas, aprender o mínimo para você conversar com surdo.

*uce n° 732 Phi = 0,03 uci n° 14 : *ind_14 *prof_02 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 14, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.
Pelo menos do básico. A gente não teve prática, só teoria mesmo. Se eles pudessem, pelo menos, ter, porque eu lembro que, na minha época, uma turma depois de mim que teve, porque foi obrigatório na época.*

*uce n° 958 Phi = 0,03 uci n° 19 : *ind_19 *prof_01 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_2
Indivíduo 19, Enfermeiro, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.*

Naquele momento supriu, mas com o passar dos anos caiu no esquecimento. Só uma disciplina de libras. Foi uma abordagem superficial, como diálogos curtos, o alfabeto e cumprimentos.

*uce n° 230 Phi = 0,03 uci n° 5 : *ind_05 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 05, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.*

A primeira vez, não lembro, mas ouvi falar da libras na época da faculdade, mas eu não tive oportunidade de fazer porque ela entrou como uma disciplina optativa e na época como eu já vinha de outra graduação aproveitei algumas disciplinas e acabei aproveitando outra disciplina no lugar e acabei não cursando.

*uce n° 615 Phi = 0,03 uci n° 12 : *ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02
Indivíduo 12, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.*

Mas eu sei também que tem uma história, a história da libras, como aconteceu, de onde surgiu, quem inventou, mas eu desconheço. Eu ouço dos meus alunos quando eles estão, eu tenho que estudar para libras, porque libras começou em tal ano, foi descoberta.

*uce n° 1742 Phi = 0,03 uci n° 34 : *ind_34 *prof_03 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1
Indivíduo 34, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.*

Mais conhecimento, sem dúvidas, linguagem dos sinais. Libras é essencial que alguém se dispusesse a nos ensinar na prática. Livros, as letras, isso você aprende sozinho. Um profissional que se dispusesse a ir lá ao hospital de base e dizer todo dia, ou toda terça, ou toda quarta que teria um profissional para ensinar Libras para quando vocês tiverem contato com pacientes (surdos) poderem se comunicar melhor.

*uce n° 327 Phi = 0,02 uci n° 7 : *ind_07 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_01 *K_2*

Indivíduo 07, Enfermeiro, não possui formação em Libras, não convive com surdos, não atendeu surdos, Evangélico.

Gostaria. Eu já deveria ter participado, mas não me inscrevi, não participei. Mas agora eu participaria, principalmente tendo essas informações, dados populacionais sobre pessoas surdas. Eu tive oportunidade aqui e na igreja, mas não fiz. Acho que sim. Alguns sim, outros não. Porque sempre é assim, alguns têm interesse, outros não.

*uce n° 1123 Phi = 0,02 uci n° 24 : *ind_24 *prof_03 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_2*

Indivíduo 24, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Tem sete anos que eu trabalho aqui e eu ainda não vi. E os profissionais deveriam ter. Eu fiz até a inscrição em pós graduação em libras, mas pela situação financeira não pude ainda, mas quando eu terminar esse que eu estou fazendo de psicopedagogia e eu vou fazer a de libras.

*uce n° 1444 Phi = 0,02 uci n° 28 : *ind_28 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02*

Indivíduo 28, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Eu comecei a fazer curso de interprete de língua de sinais, porque a minha mãe estava fazendo. Então eu fiz o primeiro curso que seria uma especialização, mas acabou que não foi para frente e o curso de interprete eu não consegui terminar, porque eu não tinha os horários disponíveis para as aulas.

*uce n° 642 Phi = 0,02 uci n° 13 : *ind_13 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_03 *K_2*

Indivíduo 13, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

É a mesma coisa de fazer uma pós--graduação e nunca colocar em prática. Eu aprendi libras na faculdade, mas nunca usei. Tenho a lembrança de algumas letras em libras, posso até dar uma desenrolada, mas tem sinais que são mais práticos que já indicam uma coisa como trabalhar, bonito, não precisa você datilografar as letras todas em libras.

*uce n° 1397 Phi = 0,02 uci n° 28 : *ind_28 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02*

Indivíduo 28, Enfermeiro, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

E foi junto com ela que eu fiz esses cursos de extensão em libras, porque ela trabalhou por muitos anos no setor de inspeção escolar e quando tinha esses cursos passava pelo setor dela e ela acabou tendo uma identificação muito grande por causa da nossa tia e aí comentando com ela sobre o que tinha acontecido no plantão, ela falou: tá vendo como uma coisa simples do dia a dia, simples para você, porque a gente já tem essa vivência em casa, mudou muito a vida dessa paciente.

*uce n° 1348 Phi = 0,02 uci n° 27 : *ind_27 *prof_02 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_02 *K_3*

Indivíduo 27, Médico, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Entraria em contato com a referência e passaria o caso. Já seria algo bem positivo, se dentro de cada pronto socorro tivesse um profissional por plantão apto, receberia, faria a triagem e atendimento inicial, e referenciaria com todas as informações, isso já seria maravilhoso, mas não é essa realidade.

*uce n° 623 Phi = 0,02 uci n° 12 : *ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02*

Indivíduo 12, Enfermeiro, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Nunca presenciei, estou aqui há sete anos. O núcleo de educação permanente da unidade poderia abordar isso junto aos profissionais. Não, para todos, porque a gente não vai saber quem vai atender e quem não vai atender. Não tem que ser optativa, tem que ser uma disciplina obrigatória.

Ideia-chave - A Libras deve fazer parte da formação inicial dos cidadãos brasileiros, desde a fase escolar.

*uce n° 1824 Phi = 0,03 uci n° 36 : *ind_36 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01 *K_1*

Indivíduo 36, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Na escola sempre vai ter um curso de libras. Mas não é uma grade curricular da escola, você não é obrigado a aprender aquilo.

*uce n° 1706 Phi = 0,03 uci n° 33 : *ind_33 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_01*

Indivíduo 33, Enfermeiro, possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Deveria começar na escola a ensinar libras não só na faculdade. Desconheço que tenha tido curso de libras no hospital. Deveriam programar o curso de libras instrumental para os profissionais.

*uce n° 1529 Phi = 0,02 uci n° 30 : *ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 *K_1*

Indivíduo 30, Técnico de Enfermagem, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Evangélico.

Para que esses pacientes pudessem ter o direito de se comunicar de forma completa sem os problemas de tradução que às vezes acontece com o profissional da saúde não saber ou porque o familiar não está apto a traduzir e interpretar da forma correta. E também acho que a gente devia brigar por ter libras na escola. Acho que devia começar aí. Alfabetizar todo mundo em português e libras. Tem que aprender inglês. É outra língua. É tão negligenciado que é a segunda maior língua que se fala no Brasil.

*uce n° 1009 Phi = 0,02 uci n° 20 : *ind_20 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03*

Indivíduo 20, Fisioterapeuta, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Eu acho que seria a hora ideal para trabalhar, para começar a ser inserido nesse assunto. Eu gostaria, mas eu não sei se eu aprenderia, se eu teria, assim, tanta facilidade para o aprendizado, porque tem aquele lance das letras, mas não são só as letras, porque tem as palavras, as ideias, então, tipo assim, como eu até falei.

*uce n° 1908 Phi = 0,02 uci n° 37 : *ind_37 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03 *K_3*

Indivíduo 37, Médico, não possui formação em Libras, não convive com surdos, atendeu surdos, Espírita.

Porque deveria, se for analisar profundamente a inclusão social, aprender libras na escola, já que aprendemos inglês. O ideal seria as crianças começarem na primeira infância aprendendo libras para que elas possam se comunicar adequadamente com crianças surdas, que tenham plenas condições de se desenvolver e se escolarizar no mesmo nível que as crianças ouvintes.

*uce n° 417 Phi = 0,03 uci n° 9 : *ind_09 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02*

Indivíduo 09, Médico, possui formação em Libras, convive com surdos, atendeu surdos, Católico.

Disse que não ia, não quis colocar o uniforme. O psicólogo sugeriu fazer um teste, matricular ela numa escola regular e ver se a escola iria incluir. Graças a Deus a escola incluiu. Ela teve uma professora que foi anjo, que fez cartazes com sinais e o alfabeto em libras.

Discussão

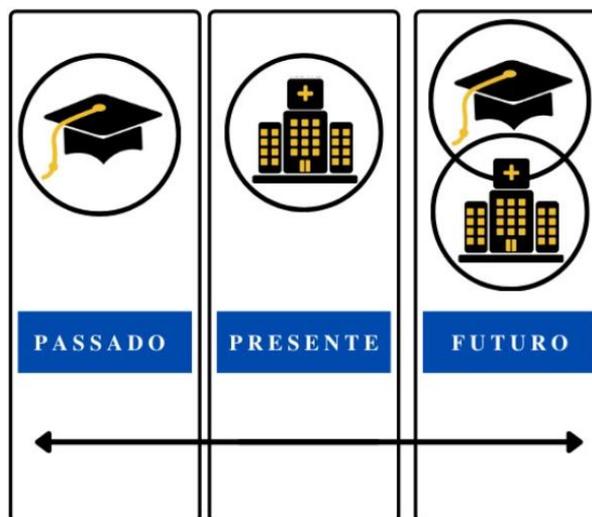
Nos resultados identifica-se a presença de um jogo de temporalidade e de espaço. No que diz respeito à temporalidade, existem três categorias de tempo que se relacionam: o presente, o passado e o futuro. O presente corresponde ao espaço atual de prática do profissional e evidencia que, durante sua formação, no passado, não houve elementos suficientes para atuar frente à usuários surdos, o que impacta na sua atuação profissional (presente). Diante disso, o profissional faz propostas para a formação, de modo que, no futuro, os novos profissionais possam melhor agir.

Neste sentido, o presente condiz com a prática a qual dispõe de experiência suficiente para a análise e reflexão de que a formação do profissional de saúde não responde às necessidades do cuidado a surdos. Ele olha o passado pela análise

crítica fundamentada em sua vivência e a partir disso faz projeções para o futuro com medidas de educação e de formação profissional.

A respeito do espaço, a construção do pensamento sobre a formação foi possível devido à inserção dos profissionais na prática assistencial, ou seja, com a experiência adquirida nos atendimentos, que proporcionou a reflexão crítica sobre a formação para o cuidado a surdos. As práticas tornaram-se subsídio para proporcionar debates no espaço acadêmico. Assim, a experiência pode instrumentalizar e alimentar a formação, o que reforça a importância da relação e do constante diálogo entre a academia e a prática profissional, para que a formação seja mais afinada com a realidade da saúde das populações e vivências profissionais. A Figura 12 esquematiza a relação entre a temporalidade e o espaço em relação ao cuidado a pessoas surdas:

Figura 12: Relação Temporalidade X Espaço no cuidado a surdos



Fonte: Própria pesquisadora, 2020

Não só é importante que a relação entre academia e instituição de saúde fomenta as propostas de qualificação baseadas nas demandas advindas do SUS, como corresponde a um instrumento legal, presente tanto na Constituição Cidadã, (1988) quanto na Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990). A Lei orgânica do SUS aborda em seu Artigo 6º: “Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” e na Constituição Federal 88, em seu Artigo. 200: “Ao sistema único de

saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988; 1990).

Com vistas a orientar as IES para uma formação que qualifique o profissional para o SUS e superar os desafios apontados, foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde. As DCN apontam seis competências e habilidades gerais comuns aos cursos da saúde: Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Liderança, Comunicação, Administração e Gerenciamento e Educação Permanente. As DCN podem ser o caminho para uma real mudança no perfil dos profissionais da saúde já que estão voltadas para o campo da formação, momento propício por ser a “gestação” destes (grifo do autor) (VARELA, et al. 2016).

As reflexões advindas das análises dos resultados demonstram a valorização de três aspectos das DCN relacionados às demandas de formação profissional para o cuidado a pessoas surdas: a Atenção à Saúde, a Comunicação e a Educação Permanente.

As habilidades comunicativas emergem como centrais no cuidado à pessoa surda, e a capacitação em línguas de sinais como o padrão-ouro. Nos resultados desta pesquisa reconhece-se que a dificuldade dos profissionais de saúde em se comunicar com surdos pode leva-los ao sentimento de exclusão, apesar de não ser algo intencional. Cuidar engloba o bem-estar, o atendimento das necessidades globais da saúde dos usuários, mas apesar disso, evidencia-se que o pensamento dos participantes desta pesquisa é o de que há descaso em relação às necessidades dos surdos, que ainda não tem a visibilidade que merecem.

Sobre a Comunicação, muito há o que melhorar. As DCN abordam a importância da confidencialidade e sigilo, porém salvo caso de a pessoa surda utilizar o português escrito para interagir, ou leitura labial, esse elemento é violado cotidianamente, pois provavelmente há presença de interprete de LS ou acompanhante, ou seja, uma terceira pessoa interferindo na relação profissional de saúde-paciente.

Ainda a respeito da Comunicação, as DCN valorizam a comunicação verbal e não verbal, entretanto, os profissionais de saúde costumam negligenciar a não verbal. Valorizam também o conhecimento de pelo menos uma língua estrangeira, que de fato, em um mundo globalizado, mostra-se necessário, até para qualificação profissional. Apesar disso, precisa-se reconhecer a importância de que os

profissionais conheçam também a segunda língua reconhecida em nosso país, a Língua Brasileira de Sinais, fundamental para o cuidado a pessoas surdas. Ressalta-se que a DCN do curso de Medicina já inclui a Libras em seu texto.

Observa-se também a relevância da interação entre os campos de conhecimento no tocante à Comunicação. Seja comunicação verbal ou não verbal, tecnologias de comunicação e informação, poderiam ser mais bem utilizadas e enriquecidas com a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo nas formações dos recursos humanos em saúde. É provável que a convivência com fonoaudiólogos, profissionais responsáveis pela saúde da comunicação, contribuiria com a formação de profissionais de saúde aptos para melhor se comunicarem durante a assistência à saúde, aproximando-se mais da inclusão, não só da pessoa surda, mas de pessoas que possuam algum transtorno de fala e de linguagem, que necessitem de comunicação alternativa, por exemplo.

A Atenção à Saúde deve abranger ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado e na resolução de problemas, sejam individuais ou coletivos (VARELA et al., 2016). Todavia, o que se observa na prática se distancia disso. As ações em saúde são em suma voltadas para tratamento e reabilitação deixando em segundo plano a promoção de saúde e prevenção de doenças. Os profissionais têm dificuldades em resolver os problemas de saúde de pessoas surdas, principalmente pela dificuldade de comunicação.

Em relação ao terceiro elemento, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é apontada pelos profissionais de saúde como o aspecto fundamental para qualificar o cuidado, aos que já se encontram na assistência. A EPS corresponde à oportunidade de agir na formação do profissional para o atendimento no SUS, ao agregar a possibilidade de desenvolvimento individual e também institucional. Ultrapassa a formação técnica pontual/emergencial (capacitação) e representa uma transformação do modelo tradicional, utilizando-se de metodologias ativas e relações de interação entre os sujeitos. Como consequência, traz mudança das práticas, além da própria organização do trabalho, ao possibilitar o preenchimento das lacunas vivenciadas na assistência e na gestão em saúde (SAMPAIO et al., 2019).

É relevante pensar, portanto, o quanto a formação profissional e, conseqüentemente, as IES possuem um compromisso social com a população. E para

que esta forme profissionais para atuar conforme as necessidades da sociedade, a relação entre a academia e o serviço de saúde é fundamental. Nesse interim se alicerça o tripé ensino, pesquisa e extensão, que incentiva a relação entre os professores, estudantes, profissionais e a comunidade na construção do conhecimento e sua difusão, pautado nas demandas da sociedade.

A universidade tem como papel a formação - de pessoas, de profissionais, de pesquisadores, de cidadãos – que deveria desenvolver-se por meio da indissociabilidade desses três elementos. Porém, esse princípio ainda se configura como um desafio. O ensino, pesquisa e extensão coexistem, mas, atualmente, não como indissociáveis. Maior ênfase ao ensino em detrimento da pesquisa e da extensão, tanto que muitos estudantes não as vivenciam durante a vida acadêmica (GONÇALVES, 2015).

Uma iniciativa que vem se configurando em uma potência na formação acadêmica é o movimento das Ligas. Como exemplo, em 2016, a Liga Acadêmica de Saúde do Deficiente Auditivo e Surdos (Lasdas) da UFMA promoveu um workshop de Comunicação em Libras, com o tema “Libras como instrumento de comunicação na área da saúde”¹², e em 2018 estudantes da UFS, Campus Lagarto, fundaram uma liga acadêmica com foco em inclusão dos deficientes auditivos e surdos na saúde¹³. Esses movimentos anunciam que o tema já desperta a atenção dos estudantes e que, no futuro, se potencializado, poderá melhorar a inclusão e o atendimento às pessoas surdas no sistema de saúde.

O tema tratado em Ligas Acadêmicas se configura como uma boa estratégia no âmbito da formação (SILVA; FLORES, 2015). Apesar de as mesas serem iniciativas de livre demanda dos estudantes e não obrigatórias, servem para sensibilizar, dar visibilidade e agregar aqueles que se identificam com determinados temas e sentem a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre ele. No caso do tema em pauta, com a identificação à causa em defesa da inclusão das pessoas surdas e da oferta por melhores formas de cuidá-los. Os ligantes serão os profissionais do futuro e poderão contribuir para as transformações das práticas assistenciais.

Os profissionais atuais, participantes desta pesquisa, por exemplo, apontam a necessidade de se desenvolverem ações para fomentar a inclusão de surdos, seja por meio de um espaço de apoio a esse público dentro da unidade de saúde, como

¹² <https://portais.ufma.br/PortalUfma/paginas/noticias/noticia.jsf?id=48348>

¹³ <https://lagartense.com.br/36791>

um núcleo de acessibilidade e acessibilidade no ambiente, porém apresentam dificuldades para descrever como seriam essas adaptações, por desconhecerem as necessidades da pessoa surda. A convivência com surdos, principalmente como colegas de trabalho, incentivaria a educação permanente em saúde voltada para esse campo.

A formação de recursos humanos orientada para o SUS nas IES se faz desafiadora por ainda se estruturar em currículos rígidos que prejudicam o processo educativo, fundamentada no modelo de saúde biomédico, ainda hegemônico tanto nos serviços quanto nas IES, assim como a falta de compromisso dos sujeitos envolvidos nesse processo (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014). Nesse contexto, aliar o tripé ensino, pesquisa e extensão aos elementos das DCN, com uma construção coletiva que seja inter-setorial, baseada nas necessidades dos serviços de saúde é primordial.

A extensão universitária é fundamental para articulação entre o ensino e a pesquisa, ao viabilizar uma relação transformadora entre universidade e sociedade, pautada em seu compromisso social (GONÇALVES, 2015). Assim, esses elementos podem contribuir para a formação de profissionais de saúde habilitados para o cuidado a pessoas surdas, atentos à necessidade de acessibilidade das unidades de saúde para inclusão social dessa população, transformando a realidade de acesso à saúde para a comunidade surda.

O cuidado em saúde relaciona-se intimamente aos princípios e diretrizes regidos pela Lei Orgânica do SUS. Para discutir as necessidades do serviço, faz-se necessário pensar o tema a partir do que se tem de basilar em sua estrutura. A saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser universal (todos têm direito a acessar o SUS), integral - tanto no que diz respeito à integração entre os serviços, quanto à compreensão do ser humano em sua complexidade, tanto biológica quanto sócio histórica e cultural -, e equânime - justiça social, ao atender as pessoas conforme suas necessidades, considerando as iniquidades sociais e econômicas (MATTA, 2007).

Relacionar esses princípios a realidade da assistência à saúde da comunidade surda, nos remete a compreender que historicamente estes vêm sendo negligenciados, pois há dificuldade no acesso, o que fere o princípio de universalidade, em entender e respeitar suas diferenças culturais e linguísticas, o que fere a equidade, em encará-lo para além da sua deficiência sensorial, e vislumbrá-lo

como uma pessoa que perpassa por todas as redes de atenção à saúde, não só a de cuidados a pessoa com deficiência, o que ataca o princípio de integralidade. Todas essas barreiras são reflexos do capacitismo. A busca pelo atendimento aos princípios e diretrizes do SUS corresponde também a um enfrentamento ao capacitismo.

Os problemas de acessibilidade nas instituições não se restringem ao campo da saúde, nas instituições universitárias também se evidenciam falta de infraestrutura e de escuta às pessoas com deficiência. Nas universidades também está presente o capacitismo, que gera atitudes e comportamentos preconceituosos e por consequência a exclusão (KASTRUPP; POZZANA, 2020). Para fazer frente a ele é preciso que se trabalhe com novas pedagogias, além dos investimentos necessários nos espaços físicos institucionais e na cidade, como um todo.

Os resultados da Classe 2 e 3 mostram que os profissionais de saúde estão cientes do despreparo para cuidar de pessoas surdas, o que gera sentimentos negativos e sobrecarga emocional, conforme discutido no Capítulo VI. Diante do exposto, eles demonstram estar sensíveis em relação às suas necessidades de saúde e da importância da transformação do serviço e da própria formação profissional para melhor acolhê-los. Estudos apontam o interesse dos profissionais e de estudantes da saúde em aprenderem Libras, o reconhecimento da necessidade do conteúdo ser ofertado durante a graduação, para todos os cursos de saúde (RAMOS; ALMEIDA, 2017; MOURA, et al., 2019).

Nesse contexto, a Libras deve estar garantida nos planos de educação permanente das unidades de saúde, para que a capacitação ocorra na própria instituição, para garantia da participação dos profissionais. Além de alcançar profissionais que não cursaram a disciplina na graduação, contribui para mantê-la viva na memória, considerando a queixa de esquecimento da língua pela falta de utilização. Pessoas surdas usuárias sugeriram investimento por parte do Governo na habilitação de profissionais de saúde em Libras, frisando o contato permanente com a língua, justamente pela possibilidade de esquecimento. Recomendaram a inclusão de surdos, ou de intérprete de LS, nos serviços de saúde, para que haja interação contínua em prol de uma comunicação efetiva (NOBREGA; MUNGUBA; PONTES, 2017).

Ao reconhecer as limitações referentes à aptidão para prestar assistência a pessoas surdas, os trabalhadores deixam latente a necessidade de rever as próprias atitudes referentes à comunicação com essa população, além de buscar a aquisição

de recursos técnicos que possibilitem respeito e valorização dos direitos e desejos desse indivíduo (FRANÇA et al., 2016). Ou seja, a prática promove reflexão sobre a própria atuação, viabilizando ideias a respeito de mudanças no próprio serviço e na formação profissional.

Por outro lado, observa-se contradição quando os participantes rejeitam a opção de realizar curso, dando preferência a outras capacitações caso haja oportunidade concorrente ao curso de Libras. Como justificativas, existe a falta de tempo do profissional de saúde, sobrecarregado pela concomitância de mais de um vínculo, a questão financeira de arcar com os custos do curso, assim como eles compõem uma minoria linguística. Os capacitados em Libras são aqueles que possuem familiares surdos ou convivem com surdos, em igrejas, por exemplo, ou seja, os que já estão de alguma forma sensibilizados.

É possível que haja prioridade em outras capacitações que não a de Libras pelo desconhecimento da sua relevância, do seu status de língua, da sua importância para a cultura surda, pois é utilizada por uma minoria linguística (KUENBERG; FELLINGER; FELLINGER 2016). Tanto que nos resultados, inclusive de alguns profissionais que tiveram a oportunidade de cursar Libras na graduação, aparecem referências da Libras como “língua”. A Libras é uma língua, de característica visogestual, e como qualquer outra língua possui aspectos semânticos, sintáticos e morfológicos (COTOVICZ; STREIECHEN; ANTOSZCYSZEN, 2018). O desconhecimento gera preconceito e reforça crenças e mitos sobre as línguas de sinais e os surdos.

Ainda sobre a rejeição em relação à realização do curso de Libras e a justificativas apresentadas, Witkoski (2009), ao discutir a norma da fala e o mito da leitura da palavra falada e relaciona-las à surdez e ao preconceito, ilustra o mesmo com o seguinte relato:

Estava numa escola de surdos de Curitiba conversando com a professora da turma, enquanto acompanhava a harmonia com que os alunos interagem através da língua de sinais. Nessa hora chegou a mãe de uma das alunas, que estava visivelmente feliz junto a seus colegas conversando em Libras. Vendo o comportamento da filha, a mãe fez o seguinte comentário: “Engraçado como aqui ela se comporta bem. Em casa ela não faz nada. Se não mandar tomar banho, não vai; fica só deitada no sofá assistindo à televisão. O pior é que às vezes ela começa a gritar, cada grito, que chega a doer os meus ouvidos!”. Perguntei se ela sabia a língua de sinais. Respondeu: “Não, não tive tempo ainda, tenho a casa para cuidar, muito trabalho” (WITKOSKI, 2009, p. 571).

Witkoski (2009) reflete que a situação traz à tona a supremacia da valorização da palavra falada, que desprestigia a LS e, mesmo que não seja proposital, impõe uma marginalização social e cultural, que se reflete, por exemplo, na falta de tradução em Libras dos programas televisivos, dificuldade no acesso a conteúdos de aulas no ensino regular, e como temos tratado nesta pesquisa, a acessibilidade comunicacional no campo da saúde. Estratégias como o português escrito e a leitura labial em detrimento da difusão da Libras demonstram o preconceito linguístico.

Esses motivos reforçam a ideia da Libras ser ofertada, de preferência, anteriormente a atuação dos futuros profissionais no serviço, a fim de ocorrer a comunicação eficiente entre ele e usuários surdos. O fato de não alcançar suas expectativas no atendimento pode ser frustrante para ambos os lados, seja de usuários surdos, seja do profissional da saúde (ORRIE; MOTOSHI, 2018).

Considerando a CHA da classe 3, e associando-as as UCE, os participantes acreditam que a disciplina de Libras deva ser ofertada em caráter obrigatório, que o ensino ultrapasse a teoria e extrapole as paredes das salas de aula, oferecendo também estágios e práticas junto a pessoas surdas. Apontam também a necessidade de ampliação da carga horária. Estudos que tratam da inclusão de surdos na saúde e da disciplina de Libras corroboram com esses achados (MAZZU-NASCIMENTO, 2020; MOURA et al., 2019, RAMOS; ALMEIDA, 2017, CORREIA, 2015; SOUZA; POROZZI, 2009).

Porém, ainda não há diretrizes estabelecidas para a oferta de Libras nas graduações em saúde e, portanto, fica a critério das instituições o ensino e a conformação da disciplina. O que não deve ocorrer é a sua oferta meramente pautada no cumprimento da legislação e sim com compromisso de atender a sua demanda perante a sociedade, que corresponde a instrumentalizar profissionais de saúde para o atendimento a surdos.

A disciplina de Libras, se bem aproveitada, pode colaborar para transformar a concepção da deficiência, pois promove sensibilização, e para transpor a lógica dominante patologizante da deficiência. A recomendação legal amparada pelo Decreto 5.626/2005 de que a disciplina seja ministrada preferencialmente por professores surdos, oportuniza a convivência com a pessoa surda, um profissional com lugar de fala sobre viver com surdez sendo responsável por formar profissionais de saúde.

Ter professores surdos ministrando a disciplina de Libras contribui para reflexões e potenciais deslocamentos sobre o lugar dos surdos no âmbito social. Por conseguinte, apresenta bom potencial para transformar a representação sobre pessoas com deficiência como dependentes, necessitadas de caridade - características que definem a concepção médica da deficiência -, para uma representação formada por elementos mais positivos que os coloquem como eficientes.

A oferta da disciplina de Libras nas graduações em saúde passou a ser exigida por meio de Decreto 5.626/2005, em caráter optativo. Paradoxalmente, a mesma legislação determina que haja profissionais capacitados em Libras ou para sua tradução/interpretação nos serviços. O fato de a disciplina ser eletiva pode não atrair a atenção dos alunos que por não possuírem informações profundas sobre sua relevância, findam por cursarem apenas as obrigatórias para sua formação, ou escolherem outras disciplinas em detrimento da de Libras (SOUZA; POROZZI, 2009). Bernardo et al. (2021) apontaram, como limite na formação para o cuidado à saúde da pessoa surda, a fraca mobilização para que os estudantes cursem a disciplina optativa de Libras o que referenda a importância da obrigatoriedade da disciplina.

Os resultados evidenciam que a qualificação do cuidado a pessoas surdas está diretamente relacionada à qualificação/aprimoramento dos profissionais, tanto durante sua formação quanto em sua atuação, por meio da educação permanente. Se a finalidade da disciplina de Libras deve se alinhar a exigência de serviços capazes de atender pessoas surdas em suas especificidades, é essencial que se repense a sua formulação. A falta de diretrizes tem fragilizado o alcance dos objetivos da disciplina. É crucial que a mesma seja formulada em caráter obrigatório, que seu conteúdo seja aperfeiçoado e pautado principalmente no atendimento a surdos.

Ampliação de sua carga horária durante a graduação também deve ser priorizada. Mazzu-Nascimento (2020) orientam que a carga horária mínima de 120 horas seja implantada, para que haja alcance de um nível satisfatório de conhecimento em Libras, o qual favorecerá o diálogo adequado entre os profissionais de saúde e os surdos. Guarinello et al. (2013), ao analisarem a inserção da disciplina de Libras em cursos nacionais de graduação em Fonoaudiologia, sugerem como parâmetro os cursos de formação em Libras da FENEIS, para definição da carga horária da disciplina para o curso de Fonoaudiologia, os quais totalizam (dentro curso básico, intermediário e avançado) 180 horas.

É relevante pensar também sobre o momento oportuno de sua oferta, para que sua importância não seja minimizada e menosprezada em relação às disciplinas ofertadas concomitantemente. Estudos revelam que há heterogeneidade no período da oferta da disciplina, ficando a critério da IES e dos cursos esta definição (MAZZU-NASCIMENTO et al, 2020, GUARINELLO et al, 2013). Disciplinas de comunicação, quando administradas no início do curso, são de grande relevância, permitindo que as habilidades comunicativas e a relação profissional de saúde-usuário sejam vislumbradas desde o início da graduação, ao servir de base para o desenvolvimento das habilidades técnicas (MAZZU-NASCIMENTO et al, 2020).

Entretanto, considera-se pertinente que a oferta da disciplina de Libras não ocorra no primeiro semestre, em que o acadêmico ainda está se familiarizando com o curso, com a profissão, com a compreensão de suas responsabilidades enquanto futuro profissional. A aproximação com a profissão, com conteúdo de saúde coletiva/pública e com seu papel social enquanto futuro trabalhador da saúde promovem maior amadurecimento e entendimento da importância da disciplina para a qualificação da assistência.

A disciplina tem ensinado conceitos básicos, sensibilizado em relação aos aspectos histórico-culturais da comunidade surda, mas não tem servido para instrumentalizar de fato para a assistência à usuários surdos. Bernardo et al. (2021) defendem que a disciplina de Libras, isolada da vivência técnica dos estudantes, tem se mostrado insuficiente para atender às necessidades de saúde de pessoas surdas e reforça a relevância de conhecer os sinais dos termos técnicos e específicos para se fazer entender e compartilhar as informações necessárias.

O incentivo ao convívio com movimentos sociais surdos, pesquisas na área, oficinas e simpósios, estágios em ambientes em que os surdos frequentem, com ênfase na prática também são sugestões acionadas pelos participantes com vistas a melhor formação/qualificação profissional.

Em 2018 o Decreto 5.626/2005 foi alterado pelo 9.656/2018. Essa poderia ser uma oportunidade, considerando inclusive os estudos já realizados a respeito do tema, de tornar a disciplina de Libras obrigatória para os cursos de graduação em saúde, fato que não ocorreu. As mudanças ocorridas se resumiram a assistência à saúde, inserindo a possibilidade de tradução/interpretação por videoconferência e alterando a exigência de “profissionais capacitados para o uso e interpretação da

Libras” (BRASIL, 2005) para “profissionais com capacitação básica para o uso e interpretação da Libras” (BRASIL, 2018)

Para além da difusão da LS na sociedade e inclusão social de surdos, a disciplina de Libras também proporciona a oportunidade de criar novos sinais, ao se relacionar com novos temas na área da saúde em que ela ainda se encontra pouco disseminada. Este movimento colabora para o desenvolvimento da língua e dos dicionários de Libras. Ressalta-se também seu papel de incentivadora de estudos acadêmicos que visam contribuir com seu aprimoramento didático científico, de conteúdos, para aperfeiçoar sua aplicabilidade no contexto do cuidado em saúde (SOUZA; POROZZI, 2009).

Retomando a discussão sobre o tripé ensino, pesquisa e extensão, tanto para trabalhar com a educação permanente quanto com a disciplina de Libras, é imprescindível a parceria entre a unidade de saúde, instituições de ensino, movimentos sociais surdos visando à formação de profissionais para atuar com essa comunidade. Isso somente será possível com o envolvimento desses atores, utilizando métodos inovadores, dinâmicos, reflexivos e críticos, para melhor aprendizado, rendimento e que os educandos sejam sujeitos ativos no processo (FRANÇA et al., 2016).

Em relação à disciplina de Libras nas graduações em saúde e na formação em Libras nas práticas de cuidado em saúde, deve-se ter em mente que o fim não corresponde a atender legislações que tratam da difusão da Libras ou reivindicação de profissionais aos Núcleos de Educação Permanentes das unidades. Não basta ensinar, transmitir conhecimentos, pois o acúmulo de saber técnico científico é somente um dos aspectos para a mudança das práticas, não o elemento central. É na dialética aprender fazendo que se situa a transformação da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento que possibilita vivenciar a dinâmica de formação por meio da tríade ação/reflexão/ação” (SAMPAIO et al., 2019).

Os resultados sugerem também a necessidade de haver um setor/pessoa no hospital, tanto como um recurso de inclusão de surdos quanto para promover ações de disseminação da LS nos ambientes, treinando equipes, sensibilizando-as, para além da tradução nos momentos em que for oportuno. Tal sugestão é corroborada por Nobrega, Munguba e Pontes (2017) que afirmam que além do investimento na

formação dos profissionais para Libras, o aprendizado deve ser efetivo e há que ter contato permanente com a língua, para o que recomenda a inclusão de surdos ou de intérprete de LS nos serviços de saúde, para manter interação contínua em prol de comunicação eficaz.

A preocupação com a inclusão dos surdos no serviço é evidente quando a importância da capacitação profissional e da adaptação da unidade de saúde para recebê-los emergem dos resultados, não havendo necessidade da criação de estabelecimentos de saúde específicos para esse público, que caracterizaria exclusão. Observa-se nos resultados a influência do Modelo Social da Deficiência, demonstrando o efeito positivo das políticas públicas inclusivistas. O modelo social está vinculado à lógica da inclusão, cujo foco não é na adaptação da pessoa ao meio, mas no meio social que deve se adaptar à pessoa com a eliminação de barreiras de acessibilidade (BARBOSA-FOHRMANN, 2016).

Pouco se vê pessoas com deficiência em ambientes de trabalho. No setor privado, em que há legislação que incentiva a contratação de pessoas com deficiência (BRASIL, 1991), já com quase 20 anos de publicação, ainda se vê escassez desse público nas empresas. Apesar do arcabouço jurídico para incentivo, ainda há participação extremamente baixa dessas pessoas no mercado de trabalho devido a acessibilidade precária, permanência de estereótipos e preconceitos, formação profissional, além de questões relacionadas à cultura amparada no Modelo Médico da Deficiência, de superproteção familiar, de dependência. A legislação também deixa a desejar quando define critério matemático para execução, ao exigir cumprimento apenas de empresas com 100 ou mais empregados (GARCIA, 2014).

Outro ponto levantado refere-se à preocupação com o sub financiamento federal do SUS, ao referirem que ter um hospital exclusivo para surdos seria dispendioso, afirmando que o adequado corresponde a investir no hospital já existente. Esse fato é relevante tendo em vista que o SUS é subfinanciado desde as suas origens. Porém, vale lembrar que em 2016, com a Emenda Constitucional 95, determinou-se o congelamento dos gastos públicos por 20 anos contribuindo com o desmonte da saúde pública no Brasil (SANTOS, 2018).

Além das políticas públicas que tratam da inclusão das pessoas com deficiência, como é o caso do Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), Lei de Libras (BRASIL, 2002) e Decreto 5.626 (BRASIL, 2005), as redes sociais têm desempenhado um papel importante na difusão de conhecimentos a respeito do tema,

seja por meio de influenciadores digitais surdos, como por parte de instituições de ensino e de serviços de saúde comprometidos com a pauta. A pandemia do Novo Coronavírus reforçou esse comprometimento, fortalecendo esse espaço como mais um canal para difusão da Libras e do cuidado a saúde da pessoa surda.

Assim como as redes sociais, a mídia, por meio de novelas, programas de entrevistas, séries e filmes, também tem trazido para a grade a temática da inclusão de pessoas surdas. Esses pontos fazem as pessoas refletirem, falarem sobre o tema, o que faz com que o assunto ganhe ênfase e desta forma, a informação disperse na sociedade e que haja pressão à inferência, aproximando as representações sociais do universo reificado.

Como exemplo, a Imagem 4 mostra uma série norte-americana de grande sucesso trouxe em uma de suas temporadas uma profissional de saúde, médica, surda; e a Imagem 5 mostra como o tema foi tratado no mundo dos adolescentes e jovens por meio de uma novela voltado a este público. Ambos os exemplos contribuem para gerar conversações e divulgar os desafios que surdos enfrentam no cotidiano, algumas das soluções encontradas e disseminam o debate sobre o tema.

Imagem 4 - Personagem de série de TV



Fonte: Instagram, 2020

Imagem 5: Vídeo de atriz que interpreta personagem surda na novela *Malhação* comunicando-se por Libras (2020)



Fonte: Instagram, 2020

Esses espaços na mídia possibilitam canais de diálogo, trocas de informações, esclarecimentos. Os surdos e a língua de sinais são permeadas por estigmas e preconceitos. Como já dito anteriormente, pensa-se que a LS seja uma linguagem, associam seu uso a alterações cognitivas, questões que minimizam a LS e não a consideram na complexidade que possui, a de *status* de língua, além de reduzir os surdos a deficiência sensorial. Falar a respeito, tratar do tema nos espaços informativos, chamando-os para participar desses espaços contribui para o rompimento do ciclo do preconceito, possibilitando transformações que vão ao encontro da perspectiva inclusivista.

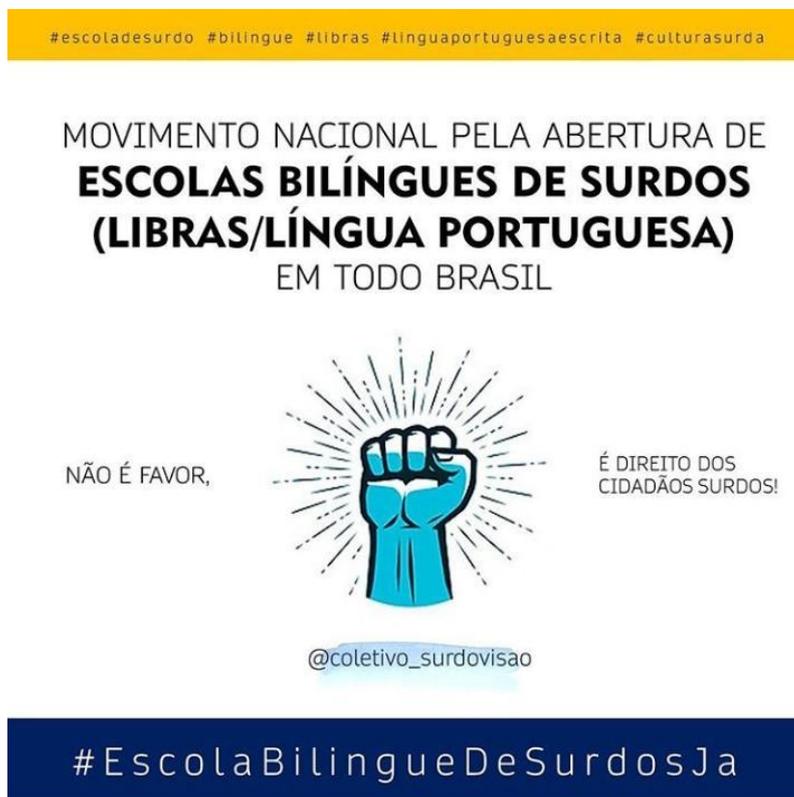
É diante desse contexto que se fortalece a necessidade da Libras estar inserida na formação inicial das crianças. Existem dois projetos de Lei que tratam da referida questão, o [PL 6.284/2019](#), o qual determina que a Libras seja a primeira língua de comunicação na escola para estudantes surdos, independentemente de a escola ser pública ou particular, e a [PL 5.961/2019](#), cujo objetivo corresponde a incluir conteúdos relativos a Libras para todos os estudantes, sejam surdos ou ouvintes. As duas propostas alteram a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação para incluir o tema do ensino de Libras (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b).

Os resultados evidenciam que os profissionais de saúde mostram-se favoráveis à obrigatoriedade do ensino de Libras nas escolas. Inclusive, expõem a contradição de uma língua estrangeira ser mais valorizada que a Libras, que corresponde a

segunda língua oficial do Brasil. Evidenciam a inserção da Libras na escola como um fator de inclusão social de surdos e a possibilidade de desenvolvimento e escolarização ao reconhecer a importância da LS para o pleno desenvolvimento cognitivo e de linguagem da pessoa surda. Mostra-se o quão marcante é o ambiente estar adaptado para receber pessoas surdas, com sinalizações, pois há possibilidade de se sentirem acolhidos.

Este posicionamento favorável reflete os movimentos e amplas campanhas em favor da inclusão da Libras na educação escolar, como mostra a Imagem 6, e pode-se afirmar que bons frutos de tais campanhas estejam sendo colhidos haja vista o pensamento social veiculado pelos profissionais participantes de esta pesquisa.

Imagem 6: Campanha Nacional reivindica escola bilíngue para surdos



Fonte: Instagram, 2020

Não obstante, em setembro de 2020, mês em que se comemora a luta da pessoa com deficiência e a luta da comunidade surda, foi sancionado o Decreto 10.502/2020 (BRASIL, 2020) cujo tema aborda a educação especial, retomando em seu conteúdo conceitos como “classe especial” e “escola especializada”, o que

legítima e viabiliza práticas segregacionistas, associadas ao Modelo Médico da Deficiência.

O Decreto em questão vem na contramão de documentos de referência na área da inclusão, como a Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência, a qual o Brasil é signatário, que em seu artigo 24 afirma que para efetivar o direito à educação sem discriminação e baseado na igualdade de oportunidades, os Estados Partes deverão assegurar sistema educacional inclusivo em todos os níveis, assim como o aprendizado ao longo de toda a vida (BRASIL, 2009).

No que se refere à educação de surdos, uma das diretrizes que compõe o Decreto 10.502/2020 diz respeito à garantia da Libras, nas escolas ou classes bilíngues de surdos, como parte do currículo formal em todos os níveis e etapas de ensino e a organização do trabalho pedagógico para o ensino da língua portuguesa na modalidade escrita como segunda língua (BRASIL, 2020).

O reconhecimento da educação bilíngue como modalidade de educação escolar e a reivindicação por escolas e classes bilíngues são pautas antigas do movimento social surdo, o que motivou o apoio da Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos ao Decreto 10.502/2020. Em nota, a FENEIS defendeu o Decreto, porém realizou também críticas, como a necessidade de desvinculação da educação bilíngue da educação especial, de aspectos referentes à formação de professores bilíngues e proficiência para os envolvidos no processo educacional, além da prioridade do ensino de Libras por professores surdos nos termos da Lei nº 13.005/2014 (FENEIS, 2020).

Destaca-se que as classes e escolas bilíngues, bem como a educação bilíngue, já haviam sido legitimadas por meio do Plano Nacional de Educação (2014), o mesmo plano que, reforçando uma prática inclusivista traz, dentre suas metas e estratégias, a oferta do atendimento educacional especializado complementar e suplementar a estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou super-dotação (BRASIL, 2014b).

O Decreto em questão sofreu duras críticas por trazer influências do Modelo Médico da Deficiência, pois a integração em escolas especiais reforça a segregação de pessoas com deficiência. Os que defendem o Decreto justificam as dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência nas escolas, o despreparo da equipe para lidar com as diferenças, o que culpabiliza educadores e as escolas.

Porém direcionar o debate para esse viés, desresponsabiliza o Estado em fazer cumprir o que está amparado em Lei, como capacitar professores e investir em acessibilidade nas escolas. Seguir pelo caminho da segregação, argumentando que a Política anterior, de 12 anos de existência, não deu certo e substituindo-a por outra que já havia sido superada mostra a força política que o Modelo Biomédico possui na conjuntura brasileira.

As reações e repúdio a este decreto capitaneado por representantes da sociedade civil, entidades, partidos políticos, associações e organizações sociais, a exemplo da Campanha Nacional pelo Direito à Educação¹⁴ e a Abrasco¹⁵, culminou na sua suspensão no mês de dezembro de 2020¹⁶.

As escolas bilíngues para surdos tem sua importância na sociedade, pois reconhecem a necessidade do aprendizado da Libras como primeira língua para pessoas surdas e a modalidade escrita do Português como segunda língua. A garantia do aprendizado na Libras como primeira língua possibilita que a língua natural seja base para o desenvolvimento escolar da criança, como assim deve ser. Neste contexto, o ano de 2021 também foi marcado com uma conquista para o movimento social surdo, com a publicação da Lei nº 14.191/2021, que alterou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, dispondo sobre a modalidade de educação bilíngue de surdos, ao garantir a Libras, nas escolas ou classes bilíngues de surdos como parte do currículo formal e a LP escrita como segunda língua

No entanto, se por um lado a escola e a classe bilíngues são fundamentais para inclusão de surdos na sociedade, por outro, o ensino da Libras a ouvintes é essencial (NUNES, et al., 2015). A Libras na formação inicial, para surdos e ouvintes, contribui para o desenvolvimento de cidadãos conscientes em relação ao reconhecimento da surdez como parte da experiência humana, e isso pode se aplicar para toda a vivência da deficiência na sociedade. Essas ações fortalecem o respeito e a defesa da dignidade humana e da equidade.

As representações dos profissionais demonstram as relações do cuidado em saúde referentes ao passado, presente e futuro frente a pessoas surdas. Ainda há

¹⁴ <https://campanha.org.br/noticias/2020/10/02/carta-a-sociedade-brasileira-decreto-n-105022020-que-institui-a-politica-nacional-de-educacao-especial-equitativa-inclusiva-e-com-aprendizado-aolongoda-vida/>

¹⁵ <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-de-repudio-ao-decreto-no-10-502-de-30-de-setembro-de-2020-que-institui-a-politica-nacional-de-educacao-especial/52894/>

¹⁶ <https://www.conjur.com.br/2020-dez-02/decreto-politica-educacao-especial-suspenso-toffoli>

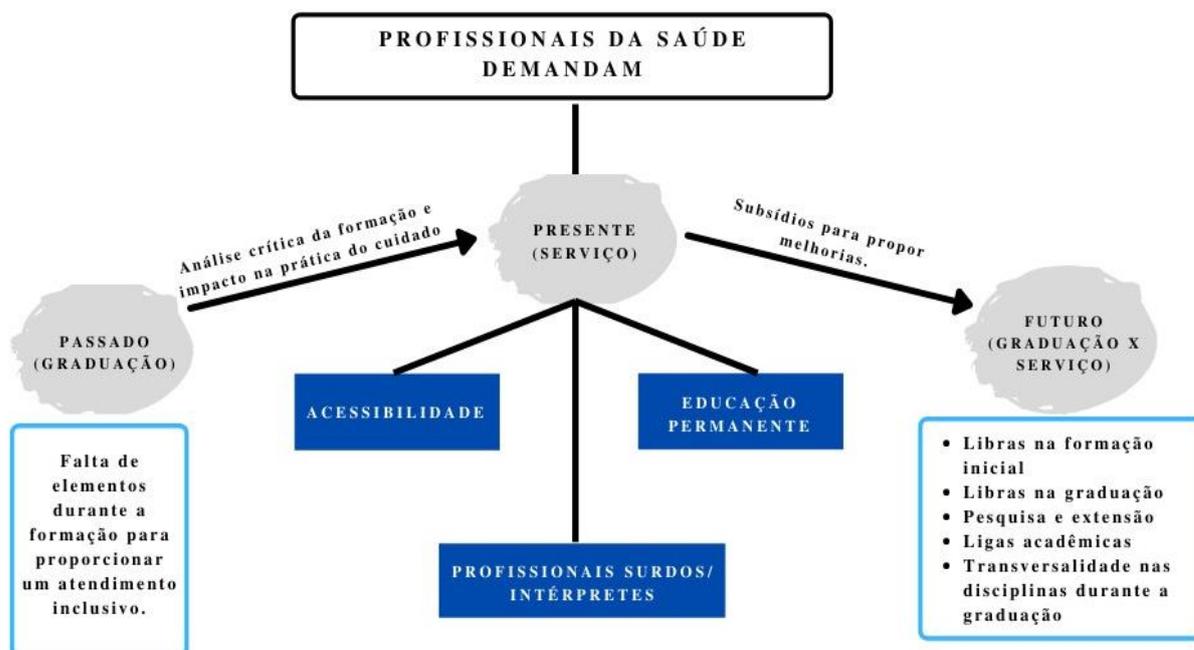
muito que se percorrer para alcançar uma saúde inclusivista, integral, equânime e universal. Houve grandes avanços: o Brasil tem políticas públicas ricas no campo da deficiência, porém sua implementação não corresponde ao que se espera para superar o modelo biomédico. Passos à frente foram dados, porém a exemplo do ocorrido na área da educação, a população deve estar organizada, vigilante e participativa nas decisões políticas, pois são décadas de lutas e reivindicações e por vezes, anos, ou até meses, para que as conquistas sejam perdidas.

O papel da universidade como formadora de cidadãos e pesquisadores, sua relação com os serviços de saúde, além da resistência, da luta dos movimentos sociais de pessoas com deficiência impulsionam a inclusão. Valorizar a participação desses atores sociais implica em transformação da realidade, pautada nas necessidades coletivas.

Utilizar-se das funções das RS para superar problemas na área da saúde corresponde a uma estratégia eficaz para a qualificação cuidado. Este capítulo trouxe questões relevantes para se estabelecer proposta para melhorar assistência a surdos, tanto em relação à adequação dos serviços, quanto em relação à formação dos profissionais.

Com base na discussão realizada neste capítulo, serão apresentadas duas sugestões de intervenção para qualificar o cuidado a pessoas surdas nos serviços de saúde, uma pautada no presente, na prática do cuidado, com intervenções em educação permanente e acessibilidade na unidade de saúde e a outra relativa ao futuro, às IES, para a formação do futuro profissional.

Figura 13: Esquema das representações sociais do cuidado à pessoa surda



Fonte: Própria pesquisadora, 2021

CAPÍTULO VIII

PROPOSTAS PARA QUALIFICAR O CUIDADO À PESSOAS SURDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A aplicação da TRS na área da saúde possibilita desvelar os saberes que fundamentam as práticas de cuidado dos profissionais. Nesta pesquisa, os profissionais de saúde apresentaram representações sociais do cuidado à saúde de pessoas surdas ancorada principalmente na interdição vivenciada na comunicação entre as partes.

As representações sociais desses profissionais se estruturam em dimensões que abrangem pensamentos, afetos e se traduzem nas práticas do cuidado, tal qual consta nos princípios explicativos da teoria (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2012). Também é na prática desse cuidado que os profissionais terão oportunidade de refletir sobre suas ações e seus conhecimentos. É nesse movimento de ir e vir, construir, desconstruir e construir que se desenvolvem as representações sociais.

Todo esse movimento está imerso nos paradigmas de saúde e nos modelos de deficiência, sendo circundados por informações sobre o tema expostas na mídia em novelas e séries, instituições religiosas, e na convivência com familiares surdos, nas redes sociais, na disciplina de Libras da graduação, por exemplo. E desta forma vai se desenhando o campo das representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado à pessoas surdas, com suas estruturas, suas ações e seus afetos.

A compreensão da dinâmica das representações sociais permite a elaboração de propostas de intervenção e estratégias com vistas a contribuir com a inclusão de surdos no serviço de saúde. Jodelet (2009) informa que uma intervenção nas representações sociais, como ação transformadora, deve considerar que não há indivíduo isolado, pois estamos imersos e somos afetados por contextos sociais de interação e inscrição, compartilhamos espaços sociais e públicos; e não há pensamento descarnado, ou seja, há que considerar as questões emocionais e identitárias dos sujeitos pensantes que devem ser consideradas junto com o fato de termos também um lugar social. Logo, as representações sociais estão na intercessão

de espaços intersubjetivo, subjetivo e transobjetivo, sendo cada um deles uma esfera a ser considerada (JODELET, 2009).

Nesse sentido, ao se pensar em intervenções, Jodelet (2007; 2009) orienta que se possa trabalhar em cada uma dessas esferas ou com todas em conjunto. Para propor alguma estratégia ou tipo de intervenção, o pesquisador precisa estudar a fundo o caso e considerá-lo em seu contexto mais amplo. Logo, nesta pesquisa, avançou-se ainda mais na análise dos resultados, na busca das *demandas dos profissionais de saúde sobre o cuidado à pessoas surdas*.

Nos seus discursos os participantes refletiram sobre e comunicaram representações sociais sobre o objeto - o cuidado à pessoas surdas - e também produziram sugestões que consideram pertinentes à luz de suas experiências de vida e de trabalho.

Para ampliar tais sugestões, incluímos os resultados da análise de conteúdo temático-categorial aplicada ao material cinza - 25% do *corpus* total de análise não aproveitado pelo software Alceste, como informado no Capítulo III.

Resultados da Análise Temática de Conteúdo – “Demandas dos profissionais de saúde sobre o cuidado às pessoas surdas”

As sugestões se organizaram em três grandes campos, abrangendo a formação profissional em nível de graduação para o cuidado à pessoas surdas; as ações de educação permanente em saúde relacionadas à assistência a pessoa surda; e as estratégias de acessibilidade às pessoas surdas na saúde. Tais categorias se conjugaram com as classes lexicais apresentadas anteriormente, reforçando-as e ampliando e detalhando ações que podem ser implementadas em favor do cuidado à surdos.

Quadro 6: Descrição das categorias de análise

CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	CODIFICAÇÃO	UNIDADE DE CONTEXTO
Formação profissional em nível de graduação para o cuidado à pessoas surdas	Aspectos metodológicos da disciplina	Carga horária	ind_28 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02 “A matéria de libras na faculdade é muito curta, são de 20 a 40 horas em um semestre. Tínhamos 2 horas por semana, é muito pouco, então não estamos preparados”
		Quantidade de disciplina ofertada	ind_12 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 “Eu penso que ainda é pouco, porque em um único semestre, uma única disciplina na formação inteira, deveria ser algo mais contínuo”
		Período de oferta	ind_19 *prof_01 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Muitas vezes não damos o devido valor à disciplina, principalmente no meu caso, eu estava no último ano de formação, fazendo TCC, estágio supervisionado, então eu não dei a devida atenção”
		Obrigatoriedade	ind_17 *prof_04 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Para todos os estudantes, porque ainda que ele não vá atender em algum momento da vida dele, ele vai ter contato com algum surdo”
		Aspecto prático da disciplina	ind_24 *prof_03 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Eu estudei só o básico, mas eu não sei a prática, eu não tive prática, eu não lidei com a prática, levar a gente para o campo para se comunicar com essas pessoas”
	Conteúdo da disciplina	Transversalidade do tema	ind_17 *prof_04 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Primeiramente conscientizar ou dentro das disciplinas de cada curso ou de uma forma geral sobre o cuidado, principalmente pelos profissionais da saúde”
		Vivência de mundo da pessoa surda	ind_23 *prof_01 *libr_01 *csur_02 *asur_02 *rel_02 “Foi uma matéria que eu gostei na faculdade. Teve diferença, porque era um mundo totalmente diferente para mim. Bem difícil a aprendizagem. Eu imaginava que eram só gestos que eles faziam. Mas é expressão, é tudo”
		Contextualização para área da saúde	ind_17 *prof_04 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Era uma coisa isolada, libras, descontextualizada da saúde, cuidar de pessoas surdas”
	Ações de educação permanente em saúde relacionadas à assistência a pessoa surda	Configuração do curso	Categorias profissionais
Núcleo de Educação Permanente			ind_08 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_04 “Temos o Núcleo de Educação Permanente do servidor. Talvez eles pudessem desenvolver atividades, um curso, alguma coisa nesse sentido, que e o setor responsável por isso”
Horário de expediente			ind_01 *prof_01 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 “Às vezes a pessoa tem interesse em fazer um curso, mas ela não tem tempo para ir, porque é tão corrido e é tão pouco funcionário que você nem pode ser liberado”
Recorrente			ind_27 *prof_02 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_02 “Eu acho que deveria ter cursos, mas não isolados. Deveria ter curso e depois alguns encontros.”
Contrapartida		Vantagem salarial /Folgas	ind_27 *prof_02 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_02 “Que houvesse algum incentivo, porque infelizmente o brasileiro funciona assim, se eu não incentivo para que eu vou aprender? Que seja banco de horas, financeiro, mas que a pessoa se sinta estimulada a estar ali”
Conteúdo		Assistência à pessoas surdas	ind_30 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_01 “Como atender, como perguntar, como se portar. Não só o básico de libras. Libras não se conjuga, o surdo entende dessa forma, mas como você deve perguntar o atendimento. O atendimento básico do surdo.”
		Legislações	ind_17 *prof_04 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Não existem políticas que te mostrem que é importante, não só como profissional, mas como pessoa que em qualquer momento pode encontrar e deveria se comunicar como você se comunica com ouvintes”
		Sensibilização	ind_32 *prof_04 *libr_02 *csur_02 *asur_02 *rel_03 “Se for um curso muito técnico, você vai aprender os gestos e acabou. O curso tem que envolver mais a pensar sobre a pessoa surda e pensar que sua atuação faz diferença”
Estratégias de acessibilidade às pessoas surdasna saúde	Recursos tecnológicos	Tecnologia	ind_05 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_02 “Eu tinha o aplicativo do handtalk, eu cheguei a baixar (...) por mais que eu não compreenda, não saiba a língua de sinais, eu tenho um programa que pode me facilitar”
		Adaptações de Espaço físico/sinalização	ind_29 *prof_04 *libr_01 *csur_01 *asur_02 *rel_03 “Sinalização na recepção para chamar quando vissem que tem uma pessoa que precisa ou para avisos com horário de entrada”
	Recursos humanos	Profissional de saúde capacitado em Libras	ind_09 *prof_02 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02 “É uma temática boa para se trabalhar aqui na instituição com cartazes distribuir o alfabeto nos corredores” ind_24 *prof_03 *libr_01 *csur_02 *asur_01 *rel_01 “Teve uma que como ela tem o curso ela não teve nenhuma dificuldade”

		Profissional surdo	ind_37 *prof_02 *libr_02 *csur_02 *asur_01 *rel_03 <i>“Eu não convivi com nenhuma criança surda na minha infância, nem adolescência, nem idade adulta, porque elas não estão nos mesmos meios que eu, elas não estudam comigo, isso já é exclusão.”</i>
		Intérprete	ind_28 *prof_01 *libr_01 *csur_01 *asur_01 *rel_02 <i>“Eu acho que deveria ter, e pensar que futuramente, já que ensinar todo mundo é mais difícil, a possibilidade de um intérprete em cada instituição”</i>
Fonte: Própria pesquisadora, 2021.			

Discussão

Os resultados viabilizam a apresentação de duas propostas: a primeira abrangendo a formação do futuro profissional de saúde; e a segunda, voltada para o serviço, abrangendo aspectos voltados ao ambiente em que o atendimento se desenvolve e a educação permanente dos trabalhadores da saúde.

No que tange a disciplina de Libras, os aspectos metodológicos e de conteúdo foram similares aos apontados por meio da análise lexical. Um ponto que não havia aparecido na análise lexical correspondeu à transversalidade do tema nas diversas disciplinas da graduação, a oportunidade de discussão conjugada aos assuntos tratados. A OMS (2012) recomenda que a temática da deficiência seja incorporada aos atuais currículos e programas de certificação de profissionais de saúde, além de defender ações que aumentem a conscientização pública e o entendimento sobre a deficiência.

Vale destacar que a formação em Libras para um atendimento inclusivo ao surdo necessita ser muito mais aprofundada do que como se configura na atualidade. A Libras é uma língua e como qualquer outra língua existente, necessita de interação, experiência, prática, para além de seus aspectos teóricos, que inclusive implicam em ampla carga horária de estudo para seu aprendizado.

Em relação à educação permanente, a análise de conteúdo temático-categorial do material cinza apresentou uma riqueza de ideias compartilhadas pelos profissionais de saúde, relacionadas à configuração do curso, seu conteúdo e estratégias para que haja melhor adesão por parte dos trabalhadores. Assim como na análise lexical, o NEP foi apontando como setor responsável por conduzir a educação permanente nas unidades, sendo, portanto o mais capacitado para realizar tanto curso quanto ações para melhoria da assistência e dos processos de trabalho para assistência à pessoas surdas.

A participação dos profissionais que já tem um conhecimento prévio e vivência com Libras e pessoas surdas no planejamento e organização das ações pode torná-las mais próximas da realidade vivenciada pela equipe, além de motivá-los à transformação daquela realidade, pelo engajamento com a causa dos surdos. Eles possuem uma experiência que não deve ser desprezada. Para que a EPS atenda aos objetivos da instituição, os profissionais que estão à frente do processo precisam estar comprometidos e trabalhar em equipe, assim como ser “revolucionário” no sentido de

não se conformar a realidade em que se encontra, caso esta seja inadequada (PEIXOTO, et al. 2018).

Para proporcionar inclusão de pessoas surdas no serviço de saúde, a análise lexical e de conteúdo também apresentaram semelhanças. Ressalta-se que apesar da pesquisa apontar os desafios no uso de tecnologia e participação do intérprete na assistência, é importante destacar que a sugestão dos participantes é a de que se priorize o conhecimento em Libras para os profissionais de saúde desde a sua graduação, vindo ao encontro de resultados de pesquisa na área de educação e de saúde (DIAS; COUTINHO; GASPAR et al., 2017; RAMOS; ALMEIDA, 2017; IACHISKI; BERBERIAN; PEREIRA, 2019). No entanto, em caso de impossibilidade, até pela carência no serviço de profissionais habilitados para atendimento em Libras, há que se priorizar sua inclusão articulada ao acolhimento, com cuidado afetivo e efetivo.

Baseado nos conteúdos expostos pelos profissionais de saúde e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temático-categorial, quanto através dos resultados apresentados e discutidos nos Capítulos anteriores, a fim de contribuir com diretrizes para a formação de profissionais habilitados para o cuidado à saúde de pessoas surdas e para qualificar a assistência destes em serviços de saúde por meio de educação permanente e estratégias para inclusão, apresentam-se as seguintes sugestões:

1) Sugestões para a oferta de Libras na Graduação em saúde:

Quadro 7: Libras na graduação em saúde

LIBRAS NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE
Disciplina seja ofertada em caráter obrigatório, preferencialmente por professor surdo
Carga horária de 120 horas durante a graduação
Que haja oferta de mais de uma disciplina durante a graduação (básica, intermediária, avançada, específica para área da saúde, específica para a profissão, por exemplo)

Período de oferta: que não seja nem o primeiro e nem o último (caso haja oferta apenas de uma disciplina de Libras durante toda a graduação). No primeiro pela inexperiência do aluno em relação aos princípios e diretrizes do SUS, no último devido à alta demanda de atividades incluindo TCC e estágios.

Prática da Libras: deve ser garantido não somente por meio da disciplina de Libras, mas também em estágios, projetos de extensão com parcerias entre unidades de saúde e instituição de ensino, ligas acadêmicas, por exemplo.

Transversalidade nas disciplinas do curso: que a temática do cuidado à pessoas surdas seja relacionada também à diversidade de disciplinas do curso, e que os professores responsáveis pela disciplina desenvolvam este momento em conjunto.

Conteúdo: Abranger temas gerais que tratem da cultura, identidade surda, histórias da educação de surdos e da língua de sinais. Abordar conteúdos referentes a cumprimentos, da área de saúde e da área específica a qual o aluno se formará, legislações e evidências científicas sobre a temática.

Incentivo às pesquisas relacionadas à assistência e à saúde da pessoa surda, realização de congressos, simpósios encontros e oficinas relacionadas ao tema. Incentivo à pesquisas relacionadas à assistência à saúde da pessoa surda, realização de congressos, simpósios encontros e oficinas relacionadas ao tema.

Fonte: Própria pesquisadora 2021

2) Sugestões para educação permanente, relacionadas ao cuidado à saúde da pessoa surda.

Quadro 8: Educação permanente e cuidado à saúde da pessoa surda

EDUCAÇÃO PERMANENTE E CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA SURDA

Cursos de Libras para profissionais de saúde e ações de sensibilização de profissionais para assistência a usuários surdos desenvolvidos pelo Núcleo de Educação Permanente, que envolva teoria e prática, além de simulações de atendimentos à surdos, como parte do Plano de Educação Permanente da Unidade de Saúde, com oferta contínua. Discutir sobre a priorização dos setores em que há atendimentos à surdos com maior frequência.

Conteúdo deve abranger: história da Libras e da inclusão dos surdos, sinais relacionados a saúde, legislações e evidências científicas sobre o tema.

Realizar campanha de sensibilização sobre o tema no Setembro Azul, mês de comemoração da Libras

Possibilitar o envolvimento dos profissionais que tem interesse e conhecimento sobre a Libras na formulação e desenvolvimento dessas ações, incentivar a participação como monitores e preceptores.

Participação das diversas categoriais profissionais e níveis de formação.

O NEP, junto à direção da unidade de saúde e o setor de RH: organizar a escala de profissionais para que seja possível a realização do curso e das ações em horário de expediente.

É importante que haja contrapartida por parte da gestão de saúde com incentivo aos profissionais que participarem dos cursos de Libras, seja por meio de folgas ou por valorização salarial.

Estabelecimento de parceria com IES que tenham graduação ou pós-graduação em Libras para campo de estágio.

Fonte: Própria pesquisadora, 2021

3) Sugestões de estratégias para inclusão de pessoas surdas no serviço de saúde:

Quadro 9: Estratégias para inclusão de surdos no serviço de saúde

ESTRATÉGIAS PARA INCLUSÃO DE SURDOS NO SERVIÇO DE SAÚDE
Ambiente bem iluminado
Profissional de saúde com conhecimento em Libras
Profissional surdo na equipe da unidade de saúde

Intérprete para unidade de saúde, ou que haja intérpretes no rol de profissionais da secretária de saúde disponíveis para atendimento à surdos, ou centrais de intérpretes no município.

Uso de tecnologias comunicacionais como handtalk ou tradução de forma remota.

Luz de chamada com senha numeral nas recepções do hospital, placas com nome e imagem que represente a função de determinado ambiente da unidade hospitalar. Ex.: banheiro, setor de acolhimento, sala de exames, por exemplo.

Alfabeto em Libras disponíveis nos murais dos setores

Materiais didáticos de saúde em Libras, com explicação de procedimentos, orientações de cuidados, como sobre amamentação, por exemplo. Materiais didáticos em saúde com imagens disponíveis na sala de espera.

Manter contato visual com o usuário surdo, possibilitar que o mesmo veja suas expressões faciais e sua boca quando não houver restrições por biossegurança.

Falar diretamente com o usuário surdo quando quiser fazer alguma pergunta ou orientá-lo.

Solicitar repetição das orientações realizadas a fim de saber se o que foi dito foi compreendido adequadamente.

Informar ao usuário o que será realizado antes da execução do procedimento.

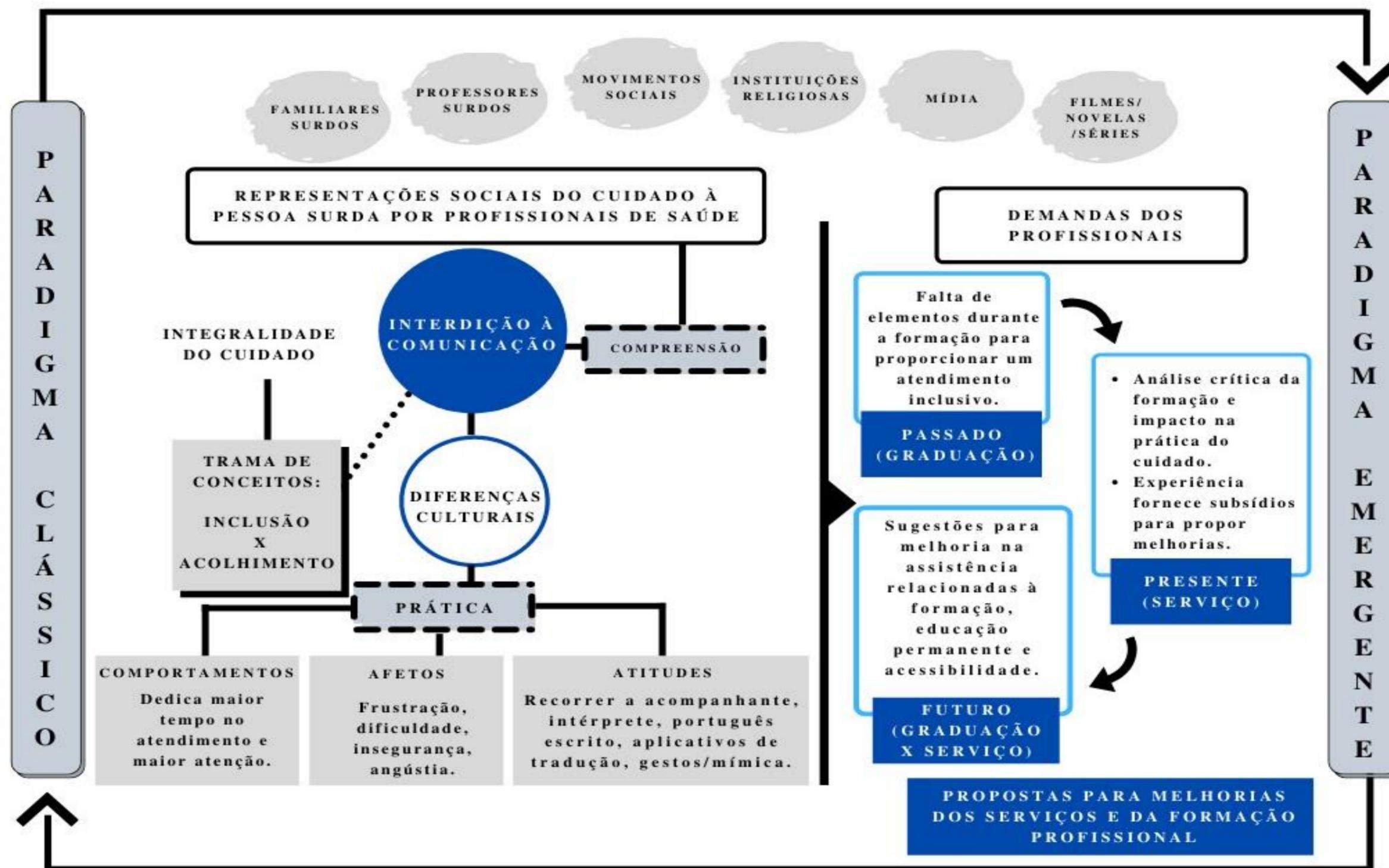
Caso na presença de intérprete, que o mesmo seja posicionado em lugar que o ele e o usuário possam se ver.

Fonte: Própria pesquisadora, 2021

A análise e discussão dos resultados feita nos indica um desenho de campo das representações sociais que sustenta a defesa desta tese, em que se configura o cuidado à usuários surdos, à luz dos saberes/conhecimento e das práticas comunicadas pelos profissionais de saúde participantes desta pesquisa. Neste campo, representado na figura 13, identificam-se conhecimentos e afetos que

instruem comportamentos e ações frente ao objeto. E, ainda, as sugestões que podem ser incorporadas na formação, na educação permanente e na assistência.

Figura 14: Campo das Representações Sociais



Fonte: Própria pesquisadora, 2021

CAPÍTULO IX

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de RS supera as dicotomias entre sujeito e objeto, indivíduo sociedade, pensamento e ação, razão e emoção e reconhece a trama dialética que envolve esses conceitos. As RS são desenvolvidas no cotidiano, refletindo-se nas práticas sociais e retroalimentando-se delas.

Concebe-se o cuidado a pessoas surdas como objeto de RS, presumindo-se que há construção deste tanto no campo do saber científico quanto do saber cotidiano, que se associam as experiências dos sujeitos, refletindo nas práticas e influenciando as ações dos profissionais de saúde. A compreensão desse processo com aplicação da TRS possibilitou desvelar os saberes que fundam as práticas de cuidado dos profissionais, as crenças, afetos, elementos de preconceitos e estigmas, que podem servir de subsídios para melhoria de condições à intervenção e qualidade na assistência à pessoa surda.

Por meio desse estudo foram desveladas as representações do cuidado à usuários surdos por profissionais de saúde, associadas, sobretudo à interdição da relação pela falta de entendimento entre as partes, revelando-se por meio da sua dimensão simbólica, relacionada ao entendimento e comunicação durante o processo de cuidar, da dimensão afetiva, marcada por sentimentos de frustração, de dificuldade, dimensão comportamental, traduzida por dispensação de maior tempo no atendimento, atenção, ou até mesmo afastamento, distanciamento pelo receio em atender, e dimensão atitudinal, na qual se configura por recorrer ao acompanhante, intérprete, português escrito, aplicativos de tradução/internet, gestos, mímica, e em casos extremos, até sedação, configurando limitações no atendimento à pessoa surda.

A compreensão e as práticas dos profissionais oscilam entre os paradigmas, ora social/emergente ora biomédico/clássico. As relações sociais, as experiências, o acesso à educação, por exemplo, são influenciados e influenciam o movimento desses paradigmas. O conhecimento, as reflexões, as ações dos movimentos sociais, o estabelecimento de políticas públicas fortalece a luta das pessoas surdas por atendimento de seus direitos. E este fato faz com que as informações se dissipem, que as pessoas falem do objeto havendo maior engajamento a respeito de inclusão

de surdos nas redes sociais e nos programas de TV, superando estigmas e preconceitos, o que impacta e também no campo da saúde.

Contrariamente ao pressuposto estabelecido no início da pesquisa, a formação em Libras, seja por curso livre ou disciplina de Libras, não tem sido suficiente para instrumentalizar profissionais de saúde para o atendimento a pessoa surda. Porém, tem sensibilizado o profissional de saúde sobre as necessidades e singularidades desse grupo. A atitude diferenciada, inclusivista foi observada por parte dos profissionais de saúde que informaram ter convívio com pessoas surdas, associado à formação específica. Logo, evidencia-se que o elemento de maior impacto para o cuidado à saúde de pessoas surdas é oriundo dessas duas condições.

As representações sociais indicam que o paradigma clássico no cuidado ainda impera, mas há movimentos contribuindo com a sua mudança em favor da inclusão de pessoas surdas no serviço de saúde e com isso os resultados e discussão dessa pesquisa oportunizaram um elenco de sugestões para o aprimoramento da formação profissional para qualificação da assistência à saúde da pessoa surda, tanto em nível de graduação quanto no serviço, por meio de educação permanente. Além disso, contribuiu com aspectos referentes a estratégias para inclusão de pessoas surdas no serviço de saúde. Nesse sentido, ampliam-se as possibilidades do atendimento à pessoas surdas ao conhecer as representações sociais de profissionais de saúde que com eles atuam.

A pesquisa científica deve estar a serviço da sociedade. Em consonância com esse pensamento, os resultados desse trabalho serão apresentados na unidade de saúde cuja pesquisa foi desenvolvida, como devolutiva aos envolvidos no processo. Para além do compromisso de divulgar os achados, no que tange a educação permanente e adaptações no serviço de saúde, será disponibilizado para a Secretaria Estadual de Saúde um projeto contendo as sugestões expostas no Capítulo VIII. A respeito da sugestão para qualificar a disciplina de Libras, há a proposta de realização de workshop com os professores responsáveis pela disciplina e com os coordenadores dos cursos de graduação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et. al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, n. 38, p. 182-194, 2014.
- ALVES, D. S. S. Concepções de deficiência: um estudo sobre a representação social da diversidade humana ao longo da história. **Revista Polyphonia**, v. 28, n. 1, p. 31–44, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.5216/rp.v28i1.43435>. Acesso em: 2 de jun. 2021.
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 15, n. 3, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320207830_O_paradigma_da_complexidad_e_e_os_conceitos_da_medicina_integral_saude_adoecimento_e_integralidade. Acesso em: 12 fev 2021.
- ARANHA, M. S. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**. Ano XI, n 21, p. 160-173, 2001.
- ARAUJO, H. L. M. R., BRAGA, A. C. C. A HISTÓRIA DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS. **Revista Educação & Ensino**, v. 3 n. 2, 2019. Disponível em: <http://189.112.186.202/index.php/revista-educacao-e-ensino/article/view/44>. Acesso em: 03 de jun. 2021
- ARAÚJO C.C.J, COURA A.S, FRANÇA, I.S.X, ARAÚJO, A.K.F, MEDEIROS, K.K.A.S. Consulta de Enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. **ABCS Health Sci**. v .40, n. 1, p. 38-44, 2015.
- ARAUJO, E.S, BUCHALLA, C.M. O uso da CIF em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 3, p. 720-4, 2015.
- ARAUJO, D. R, RAMOS, D.C.M.P. Laborit e Vilhalva: da narrativa intimista à análise comparatista da condição feminina surda. **Revista Espaço**, v. 24, n. 1, p. 93-105 2018.
- ARRUDA, A. A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147. 2002.
- ASSUNÇÃO, M. L. de B.; ANACLETO, F. N. de A.; MISSIAS-MOREIRA, R.; FERREIRA NETO, A. J; BEDOR, C. N. G. Atendimento em Saúde à Pessoa com Deficiência e a Formação Inicial do Profissional de Saúde: o que Há entre Nós? **Rev. bras. educ. espec.**, vol. 26, n. 2, 2020.

AZEVEDO, D. M. de. COSTA, R. K. S., MIRANDA, F.A.N. de.. Uso do alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE (on line)**, Recife, n. 7(esp): p. 5015-22, jul., 2013.

BARBOZA, H. H., ALMEIDA JUNIOR, V. de A. Reconhecimento e inclusão das pessoas com deficiência. **RBDCivil**, Belo Horizonte, volume 13, p. 17-37, julho/setembro 2017.

BARBOSA-FOHRMANN, A. P. Os modelos médico e social de deficiência a partir dos significados de segregação e inclusão nos discursos de Michel Foucault e de Martha Nussbaum. **Revista Estudos Institucionais**, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/76> Acesso em: 26 fev 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2016.

BARR, M., DALLY, K., DUNCAN, J. Service accessibility for children with hearing loss in rural areas of the United States and Canada. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 123, p 15-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.04.028>. Acesso em: 06 jun 2021.

BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>. Acesso em: 26 mar 2018.

BENTO, R. F. et al. **Tratado de Implante Coclear e próteses auditivas implantáveis**. Rio de Janeiro: Thieme, 2014. 506 p.

BRASIL. **Decreto 10.502 de 2020**. Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10502.htm. Acesso em 20 out 2020.

_____. **Projeto de Lei 5.961 de 2019**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir, nos currículos do ensino fundamental e do ensino médio, para todos os alunos, conteúdos relativos à Língua Brasileira de Sinais (Libras). Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139785>. Acesso em 20 out 2020.

_____. **Projeto de Lei 6.284 de 2019**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para estabelecer condições de oferta de ensino da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, em todas as etapas e modalidades da educação básica. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/140061>. Acesso em 20 out 2020.

_____. **Decreto nº 9.656 de 27 de dezembro de 2018**. Altera o Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Brasília, 2018.

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação. **Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Brasília, 2014a.

_____. **Lei nº 13.005, 25 de junho de 2014.** Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília, 2014b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2013.

_____. **Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Governo Federal, Ministério da Saúde. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 68 p., 2011.

_____. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília, 2007.

_____. **Decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005.** Regulamenta a Lei nº 10.436/2002, o art. 18 da Lei nº 10.098/2000, e dá outras providências. Brasília, 2005.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação. **Resolução CNE/CES n. 2, de 18 de fevereiro de 2003.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Brasília, 2003.

_____. **Lei nº 10.436/2002, de 24 de abril de 2002.** Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, 2002a.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação. **Resolução CNE/CES n. 5, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, Anexo 1 do Anexo XIII de 03 de outubro de 2017.** Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação. **Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília, 2001.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BATISTA, C. B. **Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 28, p. 97-125, jan./jun. 2013.

BERNARDO, L.A., THOLL, A.D., NITSCHKE, R.G., VIEGAS, S.M.F., SCHOELLER, S.D., BELLAGUARDA, M.L.R., TAFNER, D.P.O.V. Cotidiano de estudantes no cuidado de surdos. **Escola Anna Nery**. v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000300205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRITO, F. B. **O movimento social surdo e a campanha pela oficialização da língua brasileira de sinais**. 2013. 275 f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BROCA P. V., FERREIRA M. A. A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p 697-702, 2014.

_____. A comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermagem de clínica médica. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 3, p. 951-8, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-0951.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BUSCAGLIA, L. **Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento**. Ed. Record, Rio de Janeiro, 1993.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM (Org.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João pessoa: UFPB Editora Universitária, p. 511-39, 2005.

CAMPOS, P. H. F. O estudo da ancoragem das Representações Sociais e o campo da Educação. **Revista de Educação Pública**, v. 26, n. 63, p. 775-797, 2017. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/4187>. Acesso em: 06 jul. 2021.

CANUTO, A., BRAGA, B., MONTEIRO, L., MELO, R. Aspectos críticos do uso de CAQDAS na pesquisa qualitativa: Uma comparação empírica das ferramentas digitais Alceste e Iramuteq. *New Trends in Qualitative Research*, v.3, p. 199-211, 2020. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/158>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 117-130, 2009.

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

CORREIA, L. P. F., **Libras na graduação em saúde**: um olhar para assistência ao surdo. 2015. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.

COTOVICZ, M.; STEIECHEN, E. M.; ANTOSZCZYSZEN, S. Libras: algumas reflexões sobre a sintaxe. **Revista Odisseia**, v. 3, n. 1, p. 16 - 35, 18 dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/odisseia/article/view/12613>. Acesso em: 22 fev, 2021

COURTINE, J. J. História e antropologia culturais da deformidade. In: Vigarello, G., CORBIN, A., Courtine, J. J. *História do corpo: as mutações do olhar. O século XX*. Trad. Ephraim Ferreira Alves. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CRUZ, M. S. et al. Prevalência de deficiência auditiva referida e causas atribuídas: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1123-31, 2009.

COSTA et al.. Acolher e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da mulher surda durante a gestação, parto e puerpério. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (online)**, v. 10, n. 1, p. 123-129, jan/mar, 2018

DIAS, A. R.; COUTINHO, C. R.; GASPAR, D. R.; MOELLER, L.; MAMEDE, M. Libras na formação médica: possibilidade de quebra da barreira comunicativa e melhora na relação médico-paciente surdo. **Rev Med** (São Paulo). v. 6, n. 4, p. 209-14, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p209-214>. Acesso em: 14 abr 2021.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, H. G. **A história da Língua de Sinais Brasileira (Libras)**: um estudo descritivo de mudanças fonológicas e lexicais. 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis 2010.

FARIAS, N. BUCHALLA, C. A classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v 5, n 2, p 183- 193. 2005. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v8n2/11.pdf. Acesso em: 23 mar 2018.

FENEIS. Nota de apoio e esclarecimento sobre o Decreto da Política Nacional de Educação Especial. Disponível em: <https://www.idea.ufscar.br/arquivos/politicas-eesp/feneis.pdf>; Acesso em: 23 de out. 2020.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface, Botucatu*, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disp.: . Acesso em: 16 jul. 2021.

GOMES, D. et al.. A produção científica da Odontologia e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. **Rev. ABENO**, v. 17, n. 2, p. 11-21, jun 2017. Disponível em:

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542017000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mai. 2018.

FERREIRA, A. B. de H. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa [online]. Curitiba: Editora Positivo, 2010. Acesso em: 12 fev. 2021.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc Anna Nery**; v. 20, n. 2, p 214-219. 2016.

FERREIRA, M. A. O clássico e o emergente: desafios da produção, da divulgação e da utilização do conhecimento da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 66, p. 45-50, 2013.

FRANÇA, E., PONTES, M., COSTA, G., FRANÇA, I. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. **Cienc. Enfer.** v. 22, n. 3, p. 107-116, 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v22n3/0717-9553-cienf-22-03-00107.pdf>. Acesso em: 13 nov 2019.

FREITAS TS, VITORAZZI DL, GOUVEIA DS M, FEIJOLO TB, SILVAAMTB. Pesquisas em Representações Sociais: uma análise em rede da produção bibliográfica em periódicos nacionais avaliados na área de ensino. **Investigações em Ensino de Ciências**, v, 24, n. 2, p. 01-16, 2019.

GARCIA, V. G. Panorama da inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho no Brasil. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 1, p. 165-187, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100010>.

GOLDFELD, M. **A criança surda**: linguagem e cognição numa perspectiva sócio - interacionista. São Paulo: Plexus, 1997.

GONÇALVES, N. Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão: um princípio necessário. *Perspectiva*. v. 33, n. 3, p. 1226-1256, set/dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2015v33n3p1229>. Acesso em: 30 out. 2020.

GUARINELLO A.C; BERBERIAN A.P; EYNG D.B; FESTA O.S.V; MARQUES J.M.; BORTOLOZZI, K.B. A disciplina de libras no contexto de formação acadêmica em fonoaudiologia. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 159-11, mar/abr, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n2/159-11.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

HALPERN, Ricardo; COELHO, Renato. Excessive crying in infants Excessive crying in infants. *J. Pediatr.* v. 92, n. 3, supl. 1, p. 40-45, June 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000400040&lng=en&nrm=iso; access on 21 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.01.004>.

IACHINSKI, L. T. et al. A inclusão da disciplina de Libras nos cursos de licenciatura: visão do futuro docente. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 24, e2070, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312019000100305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: Tabela Sidra: População residente por tipo de deficiência no município de Porto Velho**. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3425#resultado>. Acesso em: 29 fev. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama município de Porto Velho** Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama>. Acesso em: 29 fev. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Nota técnica 01/2018: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington Rio de Janeiro**, 2018. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em: Acesso em: 29 fev. 2021

ISAAC, M. L., VALADÃO, M. N. Aspectos Históricos da Educação e Re (Habilitação) dos Surdos. In: BENTO, R. F. et al. **Tratado de Implante Coclear e próteses auditivas implantáveis**. Rio de Janeiro: Thieme, 2014. 506 p.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. **Imbricações entre representações sociais e intervenção**. Tradução de Eugênia Paredes. In: MOREIRA, A. S. P., CAMARGO, B. V. (Orgs.). Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais. João Pessoa: Universitária – UFPB, 2007. cap. 2. p. 45-74.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações Sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

KASTRUP, V; POZZANA, L. Encontros com a deficiência na universidade: deslocando o capacitismo em oficinas de formação inventiva. *Mnemosine*, v. 16, n. 1, p. 33-52, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/52679/34294>. Acesso em: 24 fev. 2020.

KUENBERG, A., FELLINGER, P., FELLINGER, J. Health Care Access Among Deaf People. **The Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/jdsde/article/21/1/1/2404217>. Acesso em: 21 jan. 2020

LACERDA, C. B.F. de. Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. **Cad. CEDES**, v. 19, n. 46, p. 68-80, Set. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010132621998000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr 2018

LINS H. A., NASCIMENTO, L. C. R.. Algumas tendências e perspectivas em artigos publicados de 2009 a 2014 sobre surdez e educação de surdos. **Pro-Posições**. v. 26, n. 3, p. 27-40, 2015.

MARTINS, A. M., CARVALHO, C. A. S., ANTUNES-ROCHA, M. I. Pesquisa em Representações Sociais no Brasil: cartografia dos grupos registrados no CNPq. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n.1, p. 104-114, 2014.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. L. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MAZZOTA, M. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2011.

MAZZU-NASCIMENTO, T. et al. Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. **Audiology - Communication Research**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2361>. Acesso em: 3 fev. 2021.

MCKEE, M. M., WINTERS, P C., SEN, A., ZAZOVE, P., FISCELLA. K., Emergency Department utilization among Deaf American Sign Language users. **Disability and**

Health Journal, v. 8, n. 4, p 573-578, 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.004>. Acesso em: 08 fev 2021.

MENDES, V. L. F. Da “**narrativa da dificuldade**” ao diálogo com a diferença: a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In.: BRASIL. Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. Brasília, 2014. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 24 mar 2018.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em 28 jan 2018.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOURA, R. et al. A Língua Brasileira de Sinais como Disciplina Obrigatória na Graduação em Enfermagem: opiniões dos discentes. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 8, n.1. p.71-80, 2019. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1009890>. Acesso em: 27 out. 2020

NASCIMENTO, L. C. R., LIMA, C.C.S. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 23, n. 3, p. 142-172, Set./Dez. 2015.

NASCIMENTO, A., MENANDRO, P. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 76-88, 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>. Acesso em:

NICOLAU S. M., SCHRAIBER L.B., AYRES J.R. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Cien Saude Colet**. v 18, n 3, p 863-872, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300032&script=sci_arttext. Acesso em 25 mar 2017.

NOBREGA J. D, MUNGUBA, M. C.,PONTES, R. J. S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, [v. 30, n. 3, 2017](#).

NOGUEIRA G.C et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3131-3142, 2016.

NUNES, S. S., SAIA, A. L., SILVA, L.J., MIMESSE, S. A. Surdez e educação: escolas inclusivas e/ou bilíngues? **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n 3, p. 537-545, 2015

OLIVEIRA Y. C. A.; CELINO S. D. M.; COSTA G. M. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis [Internet]**, v. 25 n. 1, p 307-320, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100307&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>. Acesso em: 9 jun 2017.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. **Representações sociais**. In OLIVEIRA, F. (Org.). Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Vozes, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD; 2012 Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=F2BF4BF0EA42A15A6E6A98E4086C2F79?sequence=4; Acesso em: 13 jun 2017.

ORRIE S., MOTSOHI T. Challenges experienced by healthcare workers in managing patients with hearing impairment at a primary health care setting: a descriptive case study. **South African Family Practice**, v. 60, n. 6, p. 207–211.

PERLIM, G. T. T. Identidades Surdas. In: SKLIAR, C. (Org.). A surdez: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação, 2013.

PEIXOTO et al. A educação permanente em saúde na atenção terciária a partir da ideologia de Paulo Freire. In: Convención Internacional de Salud, 2018, Cuba **Anais...Cuba**: 2018. Disponível em: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1040>. Acesso em: 14 abr. 2021.

PENA, M. M., MELEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 3, p. 616-625, 2018.

PIMENTA, N. Oficina Palestras de Cultura e diversidade. In: Seminário Nacional do INES, 2001, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: INES, 2001.

RAMOS, T.S.; ALMEIDA, M.A.P.T. A Importância do ensino de Libras: Relevância para Profissionais de Saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 33, p. 116-126, 2017.

ROSA, M. V. F. P.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte, 2006.

ROCHA, S. M. Instituto Nacional de Surdos. **Revista Espaço**, n. 24, jan-jun, 2007.

RIBEIRO, L. P., ANTUNES-ROCHA, M. I. História, abordagens, métodos e perspectivas da Teoria das Representações Sociais. **Psicol. Soc.**, v. 28, n. 2, p. 407-409, 2016.

SÁ, C. P. **Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SACKS, O. W. **Vendo Vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. São Paulo: Companhia das letras, 2013.

SAMPAIO, G. B., GOMES, R. M., SILVA, M. da C. Q. dos S. da, JESUS, I. S. de, DUARTE, A. C. S., SANTOS, K. A. Educação Permanente e o Processo Formativo dos Profissionais da Saúde: Entrelace de Saberes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, e630, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e630.2019>. Acesso em: 10 out 2018.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 7ª Ed. São Paulo, Cortez, 2010

SANTOS, I. B. et al. Qualidade de vida de surdos usuários de Libras no sul do Brasil. *Saúde e Pesqui*, v. 13, n. 2, p. 295-307, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7530/6275>. Acesso em: 15 de mai. 2021.

SANTOS S. A. D., OLIVEIRA M. A produção científica sobre língua brasileira de sinais (Libras) presente nos currículos lattes do CNPQ. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 22, n. 4, p. 23-46, 2017.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Acesso em 13 Março 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>.

SANTOS, A. S. PORTES, A. J. F. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3127, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100318&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 fev. 2021

SASSAKI, R. K. Inclusão: Acessibilidade no lazer, trabalho e educação. **Revista Nacional de Reabilitação (Reação)**, Ano XII, mar/abr, 2009.

SEABRA, J. M. O choro do bebê. Available from https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0503 access on 21 Feb. 2021.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H.. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 07-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 9 jun. 2021.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-612, Set 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 jan 2018.

SILVA, S. A. da; FLORES, O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 3, p. 410-417, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300410&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Fev. 2021. .

SILVA, V. **Educação de surdos**: uma releitura da primeira escola Pública para surdos em Paris e do Congresso de Milão em 1880. In: QUADROS, R. M. (Org.). Estudos Surdos I. Petrópolis, RJ: Ed. Arara Azul, 2006.

SILVA, V. S. **A implantação da Língua Brasileira de Sinais como disciplina curricular obrigatória na Universidade Federal de Sergipe**. 2015.114 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2015.

SKLIAR, C. **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: Editora Mediação, 2013.

SOUZA, M.T.; PORROZZI, R. Ensino de libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. **Rev. Praxis**, v.1, n.2, p.43-6, 2009. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/1119>. Acesso em: 13 nov 2019

SOUZA, R. de C. S. **Educação especial em Sergipe do século XIX ao início do século XX**: cuidar e educar para civilizar. 2009. 196 f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11811/1/Tese%20Rita%20Souza.pdf>>. Acesso em: 22 mar 2018.

SOUZA, M. M. T., PASSOS, J. P., TAVARES, C. M. M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **R de Pesq**: cuidado é fundamental, v. 7, n. 1, p. 2072-2082, 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1515/pdf_1457. Acesso em: 14 jan. 2021

URENHA, S. R., JESUS, D. M. J. Construções identitárias de usuários surdos de comunidade vinculada a uma rede Social. **Revista Ecos**, v. 24, n. 1, p. 1-23, 2018.

VIANNA, N. G., CAVALCANTI, M. de L. T., ACIOLI, M. D. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2179-2188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.09392013>. Acesso em: 04 de jul 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v.22, n 44, p 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144/1637>

VARELA, D. S. S., CARVALHO, M. M. B., BARBOSA, M. U. F., SILVA, I. Z. S., GADELHA R. R. M., MACHADO, M. F. A. S. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. *Rev. Bra. Edu. Saúde*, v. 6, n.3, p. 39-43, jul-set, 2016.

VALADÃO, M. N. Língua brasileira de sinais e implante coclear: relato de um caso. **Rev. Educ. Espec.**, Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 89-100, jan./abr. 2012.

VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Marta Lenise do; KLEBA, Maria Elisabeth. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educ. rev.**, Belo Horizonte , v. 30, n. 1, p. 215-244, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982014000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-46982014000100009>.

WITKOSKI S. A. **Surdez e preconceito**: a norma da fala e o mito da leitura da palavra falada. *Revista Brasileira de Educação*, v. 14 n. 42 set./dez. 2009.

ZEN, A. M. D. A Crise de paradigmas e a ressignificação do conhecimento para o século XXI. **Em questão**, v. 16, n. 2, p. 49-63, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/16071>. Acesso em: 26 mar. 2018.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “**Representações sociais do cuidado à saúde da pessoa surda**”. O objetivo do estudo é “Descrever as representações sociais do cuidado ao surdo por profissionais de saúde”. Sua participação consistirá na concessão de uma **entrevista gravada em áudio**.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você pode pedir quaisquer esclarecimentos à pesquisadora sempre que julgar necessário. Sua participação não é obrigatória e consistirá em participar de uma entrevista,

Sobre os benefícios da sua participação, os resultados do estudo são importantes para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde. Sua participação na pesquisa não oferecerá risco ou dano à sua saúde, pois não estão previstos procedimentos outros que não sejam próprios a uma conversação sobre o tema da pesquisa. Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras para participar desta pesquisa

Os dados de sua entrevista serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora, arquivados por cinco anos e após esse tempo, serão destruídos. Será garantido o seu anonimato, fidelidade às informações que você nos fornecer e sigilo de sua participação, inclusive na divulgação da pesquisa. A qualquer momento você pode retirar o seu consentimento, ainda que já tenha concedido a entrevista. Neste caso, a mesma será desprezada pela pesquisadora.

Você recebeu uma cópia desse termo com informações sobre a pesquisadora responsável, com nome, telefone e endereço, caso deseje entrar em contato. Meu nome é Luana Paula de Figueiredo Correia, e-mail luanafcorreia@gmail.com, celular 98126-0705, fonoaudióloga da Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia, situada na Avenida Farquar, Bairro Pedrinhas, Centro Político Administrativo, Edifício Rio Machado, 2º andar.

CONFIRMO ter recebido informação escrita e verbal dos objetivos desta pesquisa.

Eu (nome do participante).....

Idade:..... Sexo:..... Naturalidade:..... RG Nº:.....

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador principal:.....

Testemunha*.....

* Testemunha só é exigido caso o participante não possa, por algum motivo, assinar o termo.

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
HOSPITAL DE BASE Dr. ARY PINHEIRO
GABINETE - DIRETOR GERAL

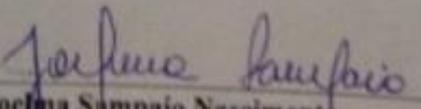
Av. Gov. Jorge Teixeira, nº 3766, Setor Industrial - CEP. 76.821-092 – CNPJ. 04287.520/0002-69
Tel: 3216-5734 (GAB. / Assessoria) 3216-5724 (GAB. / Secretária)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joelma Sampaio Nascimento, Diretora Adjunta do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, autorizo a pesquisadora **Luana Paula de Figueiredo Correia**, sob orientação da Prof^a Dra. **Márcia de Assunção Ferreira**, a realizarem a coleta de dados nesta Unidade de Saúde por meio de entrevistas semi-estruturadas e usá-las como fonte de dados para a pesquisa "**Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre o Cuidado à Pessoa Surda**", que tem por objetivo geral conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao surdo e potencial repercussões no cuidado à saúde deste grupo humano. A coleta de dados será nos setores assistenciais.

A coleta de dados só deverá ser realizada após o/a pesquisador/a apresentar a esta instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade e ou universidade.

Porto Velho, 11 de Junho de 2018.


Joelma Sampaio Nascimento
Diretora Adjunta – HBAP/RO
Carimbo

Joelma Sampaio Nascimento
Diretora Geral Adjunta
HBAP/RO

APÊNDICE C - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Dados pessoais e profissionais

-Nome:

-Sexo: () Feminino () Masculino () Outro

-Idade:

-Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado(a) () União Estável
(a) () Amasiado (a) () Viúvo (a)

-Religião:

-Ano de formação profissional:

-Instituição de Formação:

-Setor de atuação:

-Pós Graduação Lato sensu (especificar qual)?

completo () em andamento ()

- Pós Graduação *Strictu Sensu* (especificar a Área de Pesquisa)?

completo () em andamento ()

-Tempo de trabalho no setor atual:

-Turno de trabalho:

-Fez curso ou disciplina de Libras? (Se sim, especificar qual)

-Conhece/convive com algum surdo?

() âmbito sócio familiar () âmbito profissional

APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questões:

Exploração do conhecimento sobre o objeto

Para todos os participantes:

Hoje em dia se fala muito sobre o cuidado às pessoas, o que você pensa sobre isso, o que é cuidado pra você. (Explorar o que ele sabe sobre o tema, as origens do conhecimento: família, relações sociais, na formação profissional).

E sobre o cuidado prestado neste hospital, o que você tem a falar sobre isso (âmbito profissional).

Na área da saúde, atende-se a todos os tipos de usuários, em relação à pessoa surda, vamos falar um pouco sobre o cuidado a esta pessoa. O que você tem a dizer sobre o cuidado à pessoas surdas (estimular a falar livremente, mesmo que o participante informe não ter experiência com surdos, pedir para falar o que pensa sobre o tema).

Perguntas específicas para quem tem alguma formação em Libras:

Explorar se conhecer a Libras mudou de alguma maneira a forma do profissional pensar o cuidado a pessoa surda, quais mudanças ocorreram, se ele(a) percebe ter havido alguma diferença de como pensava antes e como pensa agora.

Bloco sobre a prática

Para quem informar que já atendeu pessoa surda, explorar: como foi; o que percebeu de diferença em relação a atender ouvintes, explorar as dificuldades (o que foi fácil e o que foi difícil), como resolveu as dificuldades; explorar em que se igualou ao atendimento de uma pessoa que não seja surda e em que diferiu e como resolveu; por que acha que as dificuldades existem; como avalia esta experiência; o que considera que seja preciso para um próximo atendimento.

Para quem informar que nunca atendeu pessoa surda, explorar: como imagina que seja um atendimento de uma pessoa surda: diferenças em relação a atender ouvintes, explorar as dificuldades que imagina haver e como resolveria; por que acha que as dificuldades existem; o que considera que seja preciso para um próximo atendimento. (Explorar o que pensa que seria fácil (ou igual aos outros atendimentos), o que pensa que seria difícil e como resolveria).

Outra maneira de fazer a pergunta, caso seja preciso: Atender uma pessoa que não é surda e uma que é surda, você vê alguma diferença nisso, alguma particularidade? Explique; Dê exemplos.

Para todos os participantes:

Você tem conhecimento se algum colega seu já atendeu uma pessoa surda? Comentou com você como foi?

Você já viu (assistiu) alguma cena de atendimento que envolveu um profissional e pessoa surda; pode relatar como foi, o que você achou. Você acha que poderia ser diferente o atendimento, em que e como. Você faria diferente, o que e como você faria.

Da maneira como elas são/foram atendidas (a pesquisadora irá se reportar ao que o entrevistado já falou e deu como exemplo), você considera que elas foram acolhidas, incluídas (por que).

E a exclusão, ocorre? Como ocorre, por que ocorre?

Do que essas pessoas precisam/necessitam em relação ao atendimento? Você considera que o serviço atende a essas necessidades delas, como, por que. O que precisa ter no serviço para atendê-las nas suas necessidades? (Pedir para explicar, dar exemplos)

Você considera que este hospital está preparado para atender usuários surdos? (Se sim perguntar por que; se não perguntar por que e o que precisa para prepara-lo).

Considera que deva haver instituições específicas para surdos, por que.

Bloco sobre formação e educação permanente

Para quem tem alguma formação em Libras:

A formação em Libras ajuda (ou) você a pensar o cuidado de maneira diferenciada, que diferenças são essas. Caso já tenha atendido pessoa surda, perguntar se aplicou os conhecimentos, como foi, o que identifica que precisa ampliar.

Para quem não tem formação em Libras:

Você sabe o que é Libras, já ouviu falar sobre, onde quando, por que.

Explorar se considera que ter alguma formação em Libras traria alguma diferença na forma do profissional pensar o cuidado a pessoa surda; e no atendimento, quais mudanças ocorreriam.

Para todos os participantes:

Você considera que seu curso de formação profissional atendeu à necessidade que um profissional tem para atender/cuidar de pessoas surdas, como, o que você teve de conteúdo (teórico e prático) em relação a esse tema. Quais sugestões você teria a dar para as Faculdades/Cursos em relação ao tema.

Você considera que as atividades de educação permanente/capacitação ofertadas a você no hospital tenham te preparado para atender os usuários surdos? Como? Onde ocorreram essas atividades? Quais foram as atividades? O que te chamou a atenção?

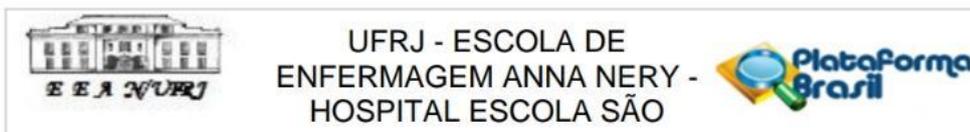
Aqui na instituição, há ou já houve alguma atividade sobre o tema (palestra, minicurso, debate etc)? (explorar se participou, o que achou etc). Você teria alguma sugestão a dar para a instituição com relação a isso? **Para clarear dúvidas sobre as perguntas**, pode-se perguntar: O que você considera que a equipe precisa para melhor atender/cuidar de pessoas surdas?

Você considera que esse tema deveria ser tratado nos cursos de formação profissional para todos os estudantes ou só para quem deseja atender surdos.

Você gostaria de ter alguma formação voltada para o atendimento de pessoas surdas, participaria de livre vontade se houvesse o curso? E seus colegas, você considera que pensa assim, por quê?

FINALIZAÇÃO: Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre esse assunto?

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO À PESSOA SURDA

Pesquisador: LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91556918.2.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.763.298

Apresentação do Projeto:

trata se de um projeto de doutorado da EEAN. Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo explicativa, com aplicação da Teoria das Representações Sociais. O campo da pesquisa será um hospital estadual situado no município de Porto Velho, Rondônia, correspondendo ao maior hospital terciário do Estado.

Utilizando como Critério de Inclusão:

Pessoas de ambos os sexos; com idade acima de 18 anos; que atuem na área da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, técnico e auxiliar de enfermagem); com mínimo de um ano de experiência profissional de atendimento; com a comunicação verbal preservada e como Critério de Exclusão:

Profissionais afastados do serviço por férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados; profissionais fonoaudiólogos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao surdo e potencial repercussões no cuidado à saúde deste grupo

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

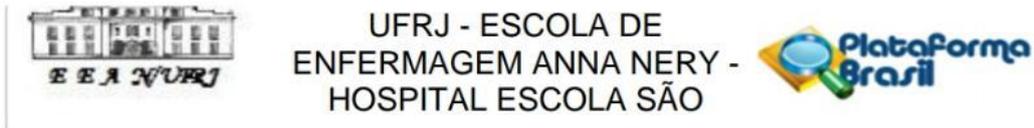
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.763.298

humano.

Objetivo Secundário:

Descrever as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao surdo; Desvelar as estratégias utilizadas pelos profissionais para lidar com o surdo no atendimento em saúde; Discutir as concepções que alicerçam as representações sociais do cuidado ao surdo; Analisar limites e possibilidades do atendimento ao surdo em face das representações sociais de profissionais de saúde com e sem formação em Libras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos dessa pesquisa se associam à questões psicossociais, podendo os participantes se sentirem retraídos diante da exposição de seus sentimentos, receio pela quebra do sigilo ou ainda preocupação com discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado.

Sobre os benefícios da sua participação, os resultados do estudo são importantes para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde, contribuindo também para o desenvolvimento de políticas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema atual e relevante por possibilitar compreensão dos conhecimentos, sentidos e ações dos profissionais de saúde frente ao cuidado ao surdo.

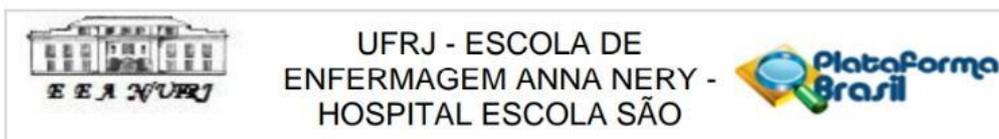
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado
- 8) Termo de confidencialidade: não se aplica

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	CEP: 20.211-110
Bairro: Cidade Nova	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962	E-mail: cepeeanhesa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.763.298

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as solicitações do CEP

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU O PROTOCOLO DE PESQUISA APÓS ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIA ad referendum em 10 de julho de 2018. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1146597.pdf	05/07/2018 14:46:28		Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN.doc	05/07/2018 14:40:23	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOmodificado.doc	05/07/2018 14:37:33	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.doc	05/07/2018 14:36:45	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
Orçamento	orcamentomodificado.docx	05/07/2018 01:05:57	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
Outros	instrumentocoletadedados.docx	14/06/2018 23:33:57	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
Outros	Termodeanuenciagestor.pdf	14/06/2018 23:33:35	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/06/2018 23:23:48	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/06/2018 12:09:39	LUANA PAULA DE FIGUEIREDO CORREIA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

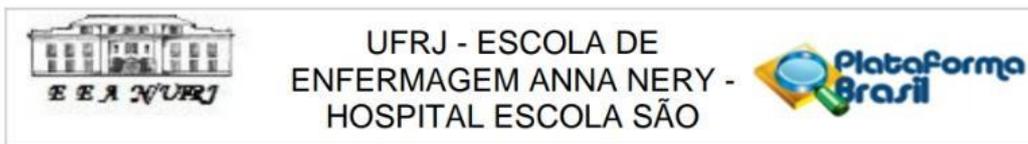
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.763.298

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Julho de 2018

Assinado por:
REGINA CÉLIA GOLLNER ZEITOUNE
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesa@eean.ufrj.br