



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
MESTRADO EM ENFERMAGEM

A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL COM CLIENTES SURDOS:
UM OLHAR INOVADOR PARA A ENFERMAGEM SOBRE INSTRUMENTOS
BÁSICOS DO CUIDADO.

RODRIGO SOUSA DE MIRANDA

ORIENTADOR:
WILIAM CÉSAR ALVES MACHADO

Rio de Janeiro
2014

RODRIGO SOUSA DE MIRANDA

A comunicação não verbal com clientes surdos: Um olhar inovador para a enfermagem sobre instrumentos básicos do cuidado.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado

Rio de Janeiro
2014

Miranda, Rodrigo Sousa de.

M672 A comunicação não verbal com clientes surdos: um olhar inovador para a enfermagem sobre instrumentos básicos do cuidado / Rodrigo Sousa de Miranda , 2014.

115 f. ; 30 cm

Orientador: Wiliam César Alves Machado.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Surdez. 2. Comunicação não-verbal. 3. Língua brasileira de sinais. 4. Cuidados em Enfermagem - Planejamento. I. Machado, Wiliam César Alves. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 617.8

RODRIGO SOUSA DE MIRANDA

A comunicação não verbal com clientes surdos: Um olhar inovador para a enfermagem sobre instrumentos básicos do cuidado.

BANCA EXAMINADORA

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 2014.

Dr. Wiliam César Alves Machado – UNIRIO
Presidente

Dr^a. Edicléa Mascarenhas Fernandes– UERJ
1^a Examinadora

Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO
2^a Examinadora

Dr^a Maria Soledade Simeão dos Santos – UFRJ
1^o Suplente

Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva – UNIRIO
2^o Suplente

Rio de Janeiro
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os indivíduos das comunidades surdas, em especial aos meus amigos da Pastoral de Surdos, que sempre me acolheram, compartilharam experiências, ensinaram e permitiram que eu fizesse parte do convívio da comunidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu forças para trilhar este caminho e sempre me iluminou nos momentos de dúvida! “Vitória é o que vem depois da cruz...”

Ao corpo docente da UNIRIO, que me proporcionou tanto crescimento e aprendizado, em especial as coordenadoras do PPGENF Prof. Teresa e Prof. Joanir, também a Prof. Eva que dividiu seus tempos de aula para inclusão da nossa temática nas disciplinas que estava responsável. Aos discentes colegas de turma, pelos momentos de troca nas disciplinas e que me ajudaram a entender mais sobre pesquisa.

Ao meu orientador, Dr. Wiliam Machado, que topou ingressar neste desafio comigo, pela dedicação, compreensão dos meus erros e pelos momentos de orientação.

Aos professores que fizeram parte da banca, pelas contribuições e apontamentos sempre relevantes, Professores Doutores Ediclea, Nébia, Carlos Roberto e em especial a Prof. Soledade que me acompanhou na graduação na EEAN e foi a primeira a me orientar nesta temática.

À amiga Carla Shubert, por compartilhar os diversos momentos de alegria e angústia, por me ensinar a ser um professor melhor, por dividir as aulas comigo, e ao seu marido PC e sua cerejinha, Maria Clara, por dividirem esta pessoa tão especial.

Aos meus amigos do Acolhimento com Classificação de Risco do HEAT, que durante um ano e meio seguravam o plantão até mais tarde para que eu pudesse estudar, em especial a equipe da qual eu fazia parte, Andrea, Deise Mara, Renata, que sempre me ajudaram e é claro a minha coordenadora Cristiane, que sempre compreendeu as demandas do mestrado e me adequava ao dia de plantão que não coincidissem com as aulas.

À amiga Mariana Giron, que apesar de fazer o mestrado em um programa de outra universidade, estudava e discutia questões de pesquisa comigo, por me acompanhar nos congressos, dar forças para seguir em frente e me ouvir falar tantas vezes de comunicação com clientes surdos, todas com muita atenção e interesse, mesmo sem fazer parte de sua temática de pesquisa!

Aos meus amigos do INTO, que vibravam a cada conquista, a cada nome em publicação, que me incentivavam a prosseguir nos momentos de exaustão. Carla, Danielle, Elisângela, Karem, Monique, Moira, obrigado pelo carinho!

À minha família, por me devolver a (in)sanidade necessária para respirar fora do ambiente acadêmico e poder voltar a escrever com a mente mais aberta.

À Mazan, que cedeu o espaço e a intérprete para realização das entrevistas, em especial ao Alexandre, Cláudia, Márcio e Mariana, que sempre me receberam muito bem e foram solícitos em tudo que eu precisava.

Aos amigos surdos da Pastoral de Surdos e aos intérpretes, em especial à Beatriz que me ajudou com as filmagens.

Aos amigos que sempre me acompanharam e me deram incentivo para continuar nos momentos de cansaço e exaustão: Fagner, Isabeli, Suelen, Eliane, muito obrigado a todos!

Para que servem as mãos?

As mãos servem para pedir, prometer, chamar, conceder, ameaçar, suplicar, exigir, acariciar, recusar, interrogar, admirar, confessar, calcular, comandar, injuriar, incitar, teimar, encorajar, acusar, condenar, absolver, perdoar, desprezar, desafiar, aplaudir, reger, benzer, humilhar, reconciliar, exaltar, construir, trabalhar, escrever...

As mãos de Maria Antonieta, ao receber o beijo de Mirabeau, salvou o trono da França e apagou a auréola do famoso revolucionário; Múcio Cévola queimou a mão que, por engano não matou Porcena; foi com as mãos que Jesus amparou Madalena; com as mãos David agitou a funda que matou Golias; as mãos dos Césares romanos decidiam a sorte dos gladiadores vencidos na arena; Pilatos lavou as mãos para limpar a consciência; os antissemitas marcavam a porta dos judeus com as mãos vermelhas como signo de morte!

Foi com as mãos que Judas pôs ao pescoço o laço que os outros Judas não encontram.

A mão serve para o herói empunhar a espada e o carrasco, a corda; o operário construir e o burguês destruir; o bom amparar e o justo punir; o amante acariciar e o ladrão roubar; o honesto trabalhar e o viciado jogar.

Com as mãos atira-se um beijo ou uma pedra, uma flor ou uma granada, uma esmola ou uma bomba!

Com as mãos o agricultor semeia e o anarquista incendeia!

As mãos fazem os salva-vidas e os canhões; os remédios e os venenos; os bálsamos e os instrumentos de tortura, a arma que fere e o bisturi que salva.

Com as mãos tapamos os olhos para não ver, e com elas protegemos a vista para ver melhor. Os olhos dos cegos são as mãos.

As mãos na agulheta do submarino levam o homem para o fundo como os peixes; no volante da aeronave atiram-nos para as alturas como os pássaros.

O autor do "Homo Rebus" lembra que a mão foi o primeiro prato para o alimento e o primeiro copo para a bebida; a primeira almofada para repousar a cabeça, a primeira arma e a primeira linguagem. Esfregando dois ramos, conseguiram-se as chamas.

A mão aberta, acariciando, mostra a bondade; fechada e levantada mostra a força e o poder; empunha a espada a pena e a cruz!

Modela os mármore e os bronzes; da cor às telas e concretiza os sonhos do pensamento e da fantasia nas formas eternas da beleza.

Humilde e poderosa no trabalho, cria a riqueza; doce e piedosa nos afetos medica as chagas, conforta os aflitos e protege os fracos.

O aperto de duas mãos pode ser a mais sincera confissão de amor, o melhor pacto de amizade ou um juramento de felicidade. O noivo para casar-se pede a mão de sua amada; Jesus abençoava com as mãos; as mães protegem os filhos cobrindo-lhes com as mãos as cabeças inocentes.

Nas despedidas, a gente parte, mas a mão fica, ainda por muito tempo agitando o lenço no ar. Com as mãos limpamos as nossas lágrimas e as lágrimas alheias.

E nos dois extremos da vida, quando abrimos os olhos para o mundo e quando os fechamos para sempre ainda as mãos prevalecem.

Quando nascemos, para nos levar a carícia do primeiro beijo, são as mãos maternas que nos seguram o corpo pequenino.

E no fim da vida, quando os olhos fecham e o coração pára, o corpo gela e os sentidos desaparecem, são as mãos, ainda brancas de cera que continuam na morte as funções da vida.

E as mãos dos amigos nos conduzem...

E as mãos dos coveiros nos enterram!

Oduvaldo Vianna

MIRANDA, R.S. A comunicação não verbal com clientes surdos: Um olhar inovador para a enfermagem sobre instrumentos básicos do cuidado. Rio de Janeiro, 2014, 114p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

RESUMO:

A Organização Mundial de Saúde define a deficiência como toda perda ou anormalidade estrutural, funcional, psicológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão normal para cada ser. Já a deficiência auditiva é caracterizada pela perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ. A Organização Mundial de Saúde afirma ainda que setenta por cento das deficiências poderiam ter sido evitadas. Destaca-se a importância do enfermeiro conhecer a Língua de Sinais Brasileira - Libras, pois ele deve promover a assistência ao cliente independente de suas especificidades e características humanas, de forma integral, esclarecendo-o quanto a qualquer procedimento a ser implementado e orientando quanto às intervenções, conforme designa o código de ética da profissão. Isto se torna inviável quando não só o enfermeiro, mas os membros da equipe de enfermagem não conseguem se comunicar de forma clara e compreensível com sua clientela surda. Por isto, esta pesquisa objetivou identificar as expectativas dos deficientes auditivos quanto as mais adequadas alternativas de comunicação não verbal a serem utilizadas pelas equipes de enfermagem para a assistência e cuidados de suas necessidades específicas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva, cujos participantes foram 24 deficientes auditivos de dois movimentos de uma instituição religiosa e de um curso de capacitação profissional. Os critérios de inclusão foram: ser deficiente auditivo, independente do grau da deficiência, ser maior de 18 anos, participar regularmente das reuniões de seu grupo ou curso. O critério de exclusão utilizado foi possuir alguma deficiência associada que impedisse a comunicação. Os dados foram produzidos através de um pequeno questionário sociodemográfico e de entrevistas em grupo gravadas em vídeo. Estas foram transcritas em português por dois intérpretes. Os dados foram analisados seguindo a técnica de Minayo e agrupados em três categorias: A etiologia sociofamiliar: a construção do sujeito; Descubro-me entendendo: a comunicação do esforço; Descubro que o outro não me entende e eu não entendo: a necessidade do intérprete. As pessoas com deficiência auditiva possuem baixo índice de escolaridade, muitas delas nem completaram o ensino médio. Isso associado ao déficit de domínio de Libras pelos profissionais e a escassez de intérpretes, leva a falta de conhecimento sobre as causas da deficiência e a necessidade de ser acompanhado por um familiar durante as consultas e internações. Libras ainda é a melhor maneira e a mais correta, segundo os surdos, de se comunicar com esta clientela, mas pode-se utilizar estratégias alternativas como leitura labial, escrita, mímica, demonstração com objetos, cabendo a decisão ao surdo e ao profissional durante o atendimento. Os surdos se sentem ainda constantemente frustrados pela falta de comunicação quando buscam atendimento. Para que o enfermeiro possa elaborar o planejamento da assistência e implementação de cuidados de enfermagem adequados às necessidades dos clientes surdos, é preciso reconhecer a cultura e a língua da comunidade surda, aprofundar nossos conhecimentos e criar programas de comunicação não verbal desde a graduação, para que o surdo saia de sua cultura do silêncio e de seu lugar de oprimido. Isto irá legitimar ainda mais a valorização e o reconhecimento de nossa profissão diante da comunidade surda.

Palavras-chave: Surdez. Libras. Cuidados de enfermagem. Comunicação não verbal.

MIRANDA, R.S. Non-verbal communication with deaf clients: An innovative look at the basic tools on nursing care. Rio de Janeiro, 2014, 114p. Dissertation in Nursing - Federal University of Rio de Janeiro State - UNIRIO .

ABSTRACT :

The World Health Organization defines disability as any loss or structural abnormality, functional, psychological or anatomical generating inability to perform normal activity within every being standard. The hearing loss is characterized by bilateral total loss, partial, or forty-one decibels or more, as measured by an audiogram at 500Hz, 1000Hz, 2000Hz and 3000Hz . The World Health Organization also states that seventy percent of the deficiencies could have been avoided. Highlights the importance of the nurse know the Brazilian Sign Language - Libras, for it must foster care regardless of their specific human characteristics and client holistically, clarifying how any procedure to be implemented and as the guiding interventions, as designating the code of ethics of the profession. This becomes impractical when not only nurses, but members of the nursing staff are unable to communicate in a clear and understandable manner with their deaf clientele. Therefore, this study aimed to identify the expectations of the deaf as the most suitable alternative non- verbal communication to be used by nursing teams to support and care for their specific needs. This is a qualitative research with descriptive approach, in which participants were 24 deaf two movements of a religious institution and a vocational training. Inclusion criteria were: being hearing impaired, regardless of the degree of disability, be 18 years regularly attend the meetings of your group or course. The exclusion criterion was used to have some associated disability that impeded communication. Data were produced through a small sociodemographic questionnaire and group interviews recorded on video. These were transcribed into Portuguese by two interpreters . Data were analyzed according to the technique of Minayo and grouped into three categories: The social and familial etiology: the construction of the subject; I figure out I can understand: communication effort; I discover that the other does not understand me and I do not understand: the need for an interpreter. People with hearing loss have a low level of education, many do not complete high school. This lack of domain in sign language associated with the shortage of interpreters, leads to lack of knowledge about the causes of disability and the need to be accompanied by a family member during the consultations and hospitalizations. Libras is still the best and most correct, according to the deaf, to communicate with them, but we can use alternative strategies such as lip reading, writing, mime, demonstration objects, and the decision need to be taken by deaf and professional during the care. Deaf people constantly feel frustrated by the lack of communication when seeking care. To develop care planning and implementation of nursing care that suit the needs of deaf clients, we must recognize the culture and language of the deaf community, deepen our knowledge and create nonverbal communication programs since graduation, so deaf leave their culture of silence and their oppressed place. This will legitimize the appreciation and recognition of our profession on the deaf community.

Keywords : Deafness . Sign Language . Nursing care. Nonverbal communication.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASL – American Sign Language / Língua de Sinais Americana

APADA – Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos

APIL - Associação dos Profissionais Tradutores/Intérpretes de Língua Brasileira de Sinais

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DB - Decibéis

FENEIS – Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos

Hz - Hertz

INES – Instituto Nacional de Educação de Surdos

INSM – Instituto Nacional de Surdos Mudos

Libras – Língua de Sinais Brasileira

NANDA - North American Nursing Diagnoses Association / Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem

TILS – Tradutor Intérprete de Língua de Sinais

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

	Págs.
CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1. Aproximação com a temática.....	14
1.2. A problemática e a construção do objeto de pesquisa atual.....	18
1.3. Questões norteadoras.....	22
1.4. Objetivo Geral.....	22
1.5. Objetivos específicos.....	22
1.6. Relevância e justificativa da pesquisa.....	23
 CAPÍTULO II – BASES TEÓRICO–CONCEITUAIS.....	 24
2.1. A deficiência auditiva e suas particularidades.....	25
2.1.1 Conceitos.....	25
2.1.2. Comunicação	27
2.1.3. Tipos de comunicação não verbal.....	29
2.1.4. A comunicação através da Libras.....	32
2.1.5. A ação dialógica e Paulo Freire.....	35
2.2. Inclusão do surdo na sociedade.....	36
2.2.1. Aspectos históricos.....	36
2.2.2. Processos Educacionais dos surdos.....	38
2.2.3. Comunidades de surdos, guetos e exclusão.....	41
2.2.4. Papeis do Intérprete de Libras.....	43
2.3. Legislação e direitos do surdo.....	45
2.3.1. Convenção da ONU Direitos PcD.....	45
2.3.2. Surdez e acessibilidade.....	48
2.4. Políticas Públicas de saúde e surdez	50
2.4.1. Política Nacional de Saúde.....	50
2.5. Enfermagem e abordagens da surdez	51
2.5.1. Ensino de enfermagem e inclusão do surdo.....	51
2.5.2. Diagnósticos de enfermagem para clientes surdos.....	53
2.5.3. Assistência e Cuidado de enfermagem ao cliente com deficiência auditiva.....	55
2.5.4. Prevenção da deficiência auditiva – ações da enfermagem.....	59
 CAPÍTULO III – TRAJETÓRIA METODOLOGIA DO ESTUDO.....	 61
3.1. Tipo de estudo e abordagem metodológica.....	62
3.2. A trajetória da Pesquisa	62
3.3. Método.....	62
3.3.1. Cenário.....	63
3.3.2. Participantes.....	64

3.3.3. Instrumento.....	64
3.3.4. Coleta dos dados.....	64
3.3.5. Técnicas de análise dos dados.....	65
3.3.6. Procedimentos de análise e Interpretação dos dados.....	66
3.4. Aspectos éticos.....	66
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	67
4.1. Categoria 1: A etiologia sociofamiliar: a construção do sujeito.....	68
4.2. Categoria 2: Descubro-me entendendo: a comunicação do esforço.....	73
4.3. Categoria 3: Descubro que o outro não me entende e eu não entendo: a necessidade do intérprete.....	78
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES	100
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	101
APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico e Roteiro para entrevista.....	103
APÊNDICE C – Guia para comunicação com clientes surdos.....	104
ANEXOS	111
ANEXO A – Autorização para Pesquisa Masan.....	112
ANEXO B – Autorização para Pesquisa Pastoral de Surdos.....	113
ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP.....	114

CAPÍTULO I
CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. Aproximação com a temática

Minha primeira experiência no âmbito da comunicação com surdos¹ ocorreu no curso técnico de enfermagem. Atuando como estagiário em um pronto socorro do Município de São Gonçalo, presenciei o atendimento de duas pessoas surdas. Nesta ocasião, percebi o quão inadequadas eram as formas de comunicação utilizadas pela equipe da unidade para atendê-las. Os profissionais gritavam, viravam o rosto ao falar, faziam gestos desordenados com as mãos, vários sinais confusos até para os ouvintes. As surdas que buscavam atendimento para suas necessidades de saúde não entendiam o que os profissionais tentavam lhes dizer, deixando a unidade sem receber cuidados necessários.

A partir daí ingressei num movimento da Igreja Católica Apostólica Romana, denominado Pastoral dos Surdos. Nesta pastoral fui introduzido em noções da língua de sinais, conheci a comunidade surda e suas particularidades. Posteriormente aprofundi meus conhecimentos na Língua de Sinais Brasileira (Libras), frequentei e concluí cursos afins fora da Igreja, sempre mantendo vínculo com a pastoral de surdos, participando dos encontros regionais e nacionais, onde eram discutidos não só temas religiosos, como também temas relacionados à inserção do deficiente auditivo na sociedade.

Este ponto de vista ratifica a importância de uma comunicação efetiva entre profissionais de saúde e seus clientes. Com clientes ouvintes a comunicação ocorre, geralmente, através de um código verbal, o que não pode ser utilizado como forma exclusiva de comunicação com clientes surdos. Isto posto, entende-se que o instrumento básico de trabalho dos profissionais de saúde passa a ser a comunicação. Logo, existe a necessidade de ampliar ou adquirir algum conhecimento acerca da língua de sinais, desenvolvendo habilidades para sua utilização plena. Desta forma, os profissionais de saúde poderão cumprir seu papel de auxiliar a pessoa surda com a resolução de seus problemas, reduzindo conflitos,

¹ Para este estudo utilizarei a terminologia “surdo” para me referir a pessoa com deficiência auditiva. Os próprios membros da comunidade se autodenominam surdos e não deficientes auditivos. No entanto, quando me referir a decretos, legislações e políticas públicas utilizarei a terminologia adotada na redação dos mesmos.

compreendendo que a capacitação profissional é primordial para a qualidade do atendimento, sendo necessária a toda equipe. (BENTES, VIDAL, MAIA, 2011)

Um estudo realizado por Machado et al (2013) em um hospital de referência na rede pública constatou que é comum encontrar, entre a equipe de enfermagem, profissionais que não saibam como lidar com as necessidades de comunicação dos clientes surdos. Isto se evidenciou nos recortes das informações dos participantes da investigação, quando questionados sobre o seu conhecimento acerca de Língua de Sinais Brasileira (Libras), a exemplo de colocações secas como *não sei, nada, não entendo nada*. Nessa sintonia persevera a ideia conformista que a equipe de enfermagem acostumou-se a desempenhar um cuidado de enfermagem que consiste em fazer ou falar para as pessoas o que fazer, interferindo no processo decisório do cliente, respondendo por eles e muitas vezes até dizendo que decisões tomar sobre sua saúde.

No decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ, nas atividades acadêmicas curriculares supervisionadas e desenvolvidas na Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tive a oportunidade de atender outro deficiente auditivo. O fato de encontrar alguém na área da saúde com quem pudesse se comunicar sem o auxílio de sua mãe causou-lhe surpresa, pois raramente isso acontecia. Ele estava com suspeita de dengue, mas não havia um diagnóstico fechado, posto que não conseguia informar à equipe o que ele sentia. E mesmo que tentasse se comunicar não conseguiria, uma vez que a equipe não dominava a Língua de Sinais.

A propósito, a identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e a implementação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente ao controle da doença. (BRASIL, 2011)

Vale ressaltar ainda que no período do ocorrido, meados do ano 2008, o Rio de Janeiro passava por uma epidemia de dengue em que nos primeiros dois meses já haviam morrido 67 pessoas, sendo 35 desses por febre hemorrágica.

Conhecendo a gravidade da patologia e sob supervisão docente, providências foram tomadas para realização dos cuidados de enfermagem necessários ao cliente, a começar pela consulta de enfermagem com uma escuta alternativa, onde pude constatar através de conversa em Libras que o cliente apresentava todos os sintomas de dengue e, após a prova do laço positiva, comunicar a equipe que diagnosticou o quadro clínico da dengue. Antes havia a suspeita de uma “virose comum”, pois o cliente não conseguia informar seus sintomas a equipe de atendimento. Ao final do estágio deixei-o sobre os cuidados da equipe da emergência do hospital que pode promover cuidados condizentes ao quadro clínico do cliente, embora ainda temeroso pois não havia como estabelecer uma comunicação efetiva com o cliente.

Uma vez despertado meu interesse em especial por essa temática, surgiu a oportunidade de desenvolver meu trabalho de conclusão de curso nesta área. Esta pesquisa teve como problemática a assistência de enfermagem às pessoas com deficiência auditiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as dificuldades de comunicação encontradas pelos profissionais de saúde para atender as pessoas com este tipo de deficiência. Foi identificado o despreparo dos profissionais para o atendimento desses cidadãos, falta de infraestrutura – desde a qualificação profissional até a falta de materiais que garantam o direito de acessibilidade destes indivíduos e de intérpretes de Libras na rede pública de saúde, o que acarretava expressiva dificuldade de interação adequada com essa clientela, compreensão incompleta das mensagens por eles emitidas, frequentemente equivocadas, o que comprometia sobretudo as orientações de saúde realizadas.

Atuando como enfermeiro em uma unidade hospitalar estadual de emergência, desempenhei minha função no Acolhimento/Classificação de Risco. Nesta unidade, havia uma cooperativa prestadora de serviços que possuía alguns deficientes auditivos em seu quadro de funcionários. Frequentemente, alguns funcionários dessa cooperativa precisavam de atendimento na unidade. Mais uma vez pude constatar o despreparo da equipe durante o atendimento. Nesse caso, é importante que se compreenda que, sem uma comunicação eficaz, não havia condições propícias para que se realizasse uma consulta de enfermagem. Sem a consulta, não existiria classificação de risco. Sem a classificação, não se prestaria o atendimento necessário ao usuário.

Não me causou espanto que ao perceber que toda segunda-feira, dia em que estava de plantão naquela unidade, apareciam surdos procurando atendimento na emergência. Algumas vezes nem eram casos de emergência, mas o fato de ter um enfermeiro que conhecia Libras e conseguia fazer orientações devidas e encaminhamentos oportunos explicando na sua língua o que precisavam fazer e onde buscar serviços de apoio já lhes proporcionava grande alívio.

Diante disso, considero de grande importância o conhecimento em comunicação complementar alternativa - CSA, principalmente o conhecimento da Língua de Sinais Brasileira – Libras. Entende-se por CSA a que se aplica a sujeitos com oralidade prejudicada necessitando de um meio que seja alternativo a ela. (CHUN, 2009)

A Língua de Sinais pode ser utilizada como forma de comunicação alternativa com sujeitos impossibilitados de falar, mas cabe lembrar que quando falamos de indivíduos surdos, a Libras é a língua materna, a primeira língua, não sendo portanto classificada como alternativa.

Por isso considero relevante à proposição de estudo que contribua com substanciais mudanças no nível de comunicação entre a enfermagem e a clientela surda, pela utilização de estratégias comunicacionais alternativas que viabilizem a compreensão das mensagens

emitidas e recebidas por ambos os atores sociais envolvidos nesse processo. Medidas fundamentais para o adequado planejamento da assistência e prestação de cuidados de enfermagem para a clientela surda.

1.2. A problemática e a construção do objeto de pesquisa atual

A deficiência é caracterizada como toda perda ou anormalidade estrutural, funcional, psicológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão normal para cada ser. (AMIRALIAN et al, 2000)

Já a deficiência auditiva é caracterizada pela perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ. (BRASIL, 2005)

Considerando a possibilidade de êxito com a intervenção precoce na história natural da deficiência auditiva por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, foram criadas estratégias de atendimento nos três níveis de atenção em saúde, utilizando-se de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, através da Portaria nº 1.060 (BRASIL, 2002) que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e posteriormente a Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2004) que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. De acordo com os anexos desta última portaria, as ações ficam divididas entre atenção básica, média e alta complexidade, cabendo a cada uma delas atividades específicas, além do quantitativo mínimo de profissionais por especialidade para a criação das equipes.

Dada à complexidade das ações nas três esferas, questiona-se quanto a não inclusão do enfermeiro na composição da equipe mínima de todas elas. Acredito que este profissional seja imprescindível na composição das equipes para a implementação desta política, uma vez que cabe a ele, principalmente na atenção básica à saúde auditiva, atuar na identificação precoce

de sinais de risco para pessoas com esse tipo de deficiência, em todos os contextos anteriormente delimitados pelas políticas públicas que estão sendo implantadas nas três esferas de governo.

Nesse aspecto, considera-se o enfermeiro essencial no planejamento, execução e avaliação, de estratégias de educação para a saúde junto às pessoas com deficiência auditiva, compartilhando com a sua equipe e envolvendo participação da comunidade, na identificação das necessidades de cuidados desse segmento da sociedade para novas intervenções e possíveis encaminhamentos, seguindo os critérios de referência e contra referência.

Para a consecução de tal propósito, faz mister considerar a importância de que enfermeiros e suas equipes estejam cada vez melhor habilitados no campo do domínio da comunicação não verbal, em especial, consonante com o que norteia a Língua de Sinais Brasileira. Só assim, objetivamente poderão contribuir com a prestação de cuidados e assistência de enfermagem adequados às necessidades dos surdos, usuários dos serviços prestados à comunidade através políticas públicas tão específicas.

É de fundamental importância que os profissionais de enfermagem sejam introduzidos a Língua de Sinais brasileira, desenvolvam as habilidades necessárias a sua utilização e possam assim, se comunicar efetivamente com os clientes surdos. Prerrogativa esta essencial para que cumpra o papel de ajudar a pessoa surda a solucionar seus problemas e reduzir conflitos comunicacionais, compreendendo que a capacitação profissional mais ampla é primordial para a qualidade do atendimento às múltiplas necessidades da clientela. (MACHADO et al., 2013)

De acordo com o código de ética de nossa profissão, temos como princípio fundamental prestar assistência à saúde visando à promoção do ser humano como um todo. Em seus artigos 15, 16, 17, 18 e 19, o Código de Ética nos dá como dever a prestação de assistência sem qualquer discriminação de natureza, garantir a continuidade desta assistência,

prestar adequadas informações ao cliente e a família a respeito da assistência de enfermagem e respeitar o pudor e a intimidade do cliente. (COFEN, 2007)

Diante destas afirmativas, destaca-se a importância do enfermeiro conhecer a Libras, pois ele deve promover a assistência ao cliente independente de suas especificidades e características humanas, de forma integral, esclarecendo-o quanto a qualquer procedimento a ser implementado e orientando quanto às intervenções, conforme designa o código de ética. Isto se torna inviável quando não só o enfermeiro, mas os membros da equipe de enfermagem não conseguem se comunicar de forma clara e compreensível com sua clientela surda.

Há um relato de que em um hospital público de São Paulo, havia uma ala de queimados onde atuava um grupo de acadêmicos de medicina. Nesta ala havia um homem bastante machucado, porém, não se queixava de dor, chamando a atenção de médicos, enfermeiros e atendentes. Ele não recebia nenhuma visita e era solitário ao extremo. Raras eram as anotações em prontuário de medicações relativas a dor, o que não condizia com seu quadro clínico. Até que um dia descobriu-se que este paciente era surdo, não oralizado, e sentia muita dor, mas não podia movimentar seus membros superiores para sinalizar por conta das queimaduras. (WERNECK, 2004)

Casos assim podem parecer isolados pelo baixo número de vezes em que os enfermeiros atendem pacientes surdos que se comunicam através da Libras, mas não são. Este caso me remete a outro, de atendimento de uma paciente surda em um hospital de referência para cirurgias ortopédicas no Rio de Janeiro. Fui abordado já quase no final do plantão noturno por uma colega, auxiliar de enfermagem, preocupada com uma paciente surda iria ser submetida a um procedimento cirúrgico que ao receber a camisola para colocar após o banho, horas antes da cirurgia, iniciou um choro copioso que nem o pai conseguira acalmá-la. Me dirigi então a enfermaria da paciente e perguntei se ela sabia Libras. Comecei então a conversar com ela, me apresentei e perguntei a razão do choro. Ela me explicou que estava

com medo da cirurgia, não sabia o que iria acontecer com ela, como seria o pós-operatório, se sentiria dor. Foi então que descobri que seu pai não sabia Libras, logo, quase não entendia o que a jovem falava. A mãe que sabia Libras tinha voltado para casa para cuidar dos irmãos dela, deixando seu pai no hospital para acompanhá-la. Em Libras, expliquei como seria a cirurgia, cuidados pré-operatórios, como seria o pós-operatório, ensinei a chamar a equipe de enfermagem e a orientei a usar papel e caneta, uma vez que ela era alfabetizada, esta seria a maneira mais viável de comunicação com a equipe e o hospital não possuía intérprete. A paciente entendeu o que havia explicado e ficou mais calma.

Ao retornar ao posto de enfermagem, questionei a enfermeira responsável pela paciente como havia conversado com a jovem surda, uma vez que a profissional não sabia Libras. Ela me informou que quando passou a visita pré-operatória a paciente estava dormindo, tendo preenchido o formulário e feito sua evolução baseada na conversa com o pai da paciente, que também não sabia se comunicar em Libras com a filha.

O conhecimento de língua de sinais teria ajudado em todos os casos citados, não só pela comunicação propriamente dita através dos sinais, mas também pelo reconhecimento dos sinais não verbais, como a expressão corporal e facial necessárias a indivíduos da comunidade surda que são comuns aos sinais não verbais dos ouvintes. Além de ser utilizada na comunicação com deficientes auditivos, a língua de sinais pode ser usada por pessoas com outras deficiências como psicossocial, física, autismo, paralisia cerebral e demais deficiências mentais/intelectuais, desde que também haja comprometimento da acuidade auditiva dos mesmos.

A privação auditiva se configura como um grave distúrbio neurológico sensorial que afeta a capacidade de comunicação oral e de aprendizagem deste determinado grupo. Cabe ao enfermeiro, investir na criatividade e na utilização de técnicas de comunicação, avançando nos fundamentos da comunicação total, considerada uma filosofia de trabalho voltada para o

atendimento e educação das pessoas surdas, para assim atendê-las e assisti-las em suas necessidades humanas básicas. (PAGLIUCA et al, 2007)

Frente a isso, temos como objeto de estudo a comunicação alternativa entre a equipe de enfermagem e deficientes auditivos.

1.3. Questões norteadoras

Para nortear o estudo, delinear-se as seguintes questões:

- ✓ Como as pessoas com deficiência auditiva fazem para se comunicar com as equipes quando buscam atendimento de saúde?
- ✓ Quais são as expectativas dos surdos para que suas necessidades de cuidados sejam realmente contempladas?
- ✓ Do ponto de vista dos surdos, quais são as estratégias alternativas de comunicação mais adequadas a serem utilizadas pela equipe de enfermagem para compreensão das suas necessidades?

1.4. Objetivo Geral

- Identificar as alternativas de comunicação não verbal a serem utilizadas pelas equipes de enfermagem para interagir e cuidar do cliente surdo.

1.5. Objetivos específicos

- Caracterizar os membros participantes e suas necessidades de saúde.
- Analisar sob a ótica dos surdos o método mais adequado de comunicação alternativa para o planejamento do cuidado e assistência de enfermagem.
- Criar um material ilustrativo para que familiares e profissionais de enfermagem sejam orientados acerca da comunicação com a clientela surda.

1.6. Relevância e justificativa da pesquisa

Este estudo é de grande relevância para os profissionais de enfermagem, em particular oportuno para os acadêmicos que, durante a graduação, têm pouco contato com pessoas com deficiência, em especial deficientes auditivos, podendo ampliar o aprendizado nesta área de comunicação, além de fornecer subsídios teórico-conceituais para o norteamento de seus trabalhos neste campo e futuro exercício profissional.

No que diz respeito à pesquisa, espera-se que o presente estudo contribua no aumento quantitativo e qualitativo das produções acadêmicas e publicações nesta área, uma vez que grande parte dos artigos encontrados durante a busca bibliográfica eram de outras áreas da saúde, principalmente fonoaudiologia, tendo a enfermagem ainda que aprimorar seus conhecimentos neste campo.

No âmbito assistencial, espera-se que o presente estudo possa contribuir e fomentar o conhecimento sobre comunicação alternativa entre enfermagem e deficientes auditivos, otimizando-a para capacitar os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros para melhor atender à comunidade surda em suas necessidades de cuidados específicos.

Com este estudo poderemos ainda extrair da comunidade surda suas expectativas e necessidades comunicacionais, dando-nos subsídios para planejar cuidados efetivos a esta clientela e ampliar a eficácia das políticas de saúde já existentes.

Do ponto de vista social, o fato de este estudo ter proposto consulta aos membros da comunidade surda acerca do que eles acreditam ser fundamental para que possamos interagir com estratégias comunicacionais adequadas a sua melhor compreensão, já sinaliza avanço e consonância com pressupostos legais contemporâneos, sobretudo, inclusivos. Prenuncia sintonia com novos tempos e se configura relevante para a enfermagem o respeito e valorização da dignidade humana, em suas diversas expressões.

2.1. A DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SUAS PECULIARIDADES

2.1.1. CONCEITOS

Existem duas formas de pensar a deficiência: uma baseada no modelo médico (mais antiga) e uma baseada no modelo social (tendência atual). A principal característica do modelo médico é a descontextualização da deficiência, enfocando-a como um incidente isolado. O modelo social da deficiência valoriza a diversidade. Surgiu por iniciativa de pessoas com deficiência, reunidas no Social Disability Movement, na década de 1960. (SAGALLA 2012)

Para Silva, Pereira e Zanolli (2007), também existem duas maneiras de conceituar a surdez. No primeiro modelo, o clínico-terapêutico, a surdez é encarada como doença/ déficit e o surdo como deficiente auditivo, necessitando de um trabalho que supra esta falta e possa assim ser curada através do aprendizado da linguagem verbal oral. Neste caso, quanto melhor a sua fala, melhor terá sido o processo de reabilitação da criança surda, o que pressupõe o uso de aparelho de amplificação sonora e estimulação auditiva, por meio de treinamento auditivo e de fala.

Já no segundo modelo, o sócio-antropológico, a palavra "surdo" denomina qualquer pessoa que não escute, independentemente do grau da perda. A surdez é concebida como diferença e os surdos como "diferentes" dos ouvintes. Diferença esta decorrente, principalmente, pela maneira visual com que os surdos têm acesso ao mundo. (SILVA, PEREIRA, ZANOLLI 2007)

De acordo com a CIF da OMS (2004, p 22), o modelo social:

“considera a questão principalmente como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, a solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a

nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política.”

Afirmar que as pessoas surdas têm uma deficiência não é incomum, afinal, esta ideia não só está consoante com diversos decretos e legislação vigente no Brasil, mas também por força de referendun internacional das Nações Unidas, como *peçoas com deficiência auditiva*. Tomando esta perspectiva como referência e seguindo a lógica da surdez como deficiência, está o que se convencionou por chamar de modelo clínico-terapêutico de surdez. Profissionais da saúde e da educação focam seus esforços na reabilitação, ou seja, a perda auditiva que diminui a capacidade de adaptação social do surdo precisa ser curada e corrigida através de próteses ou implantes cocleares e aquisição e aperfeiçoamento a língua oral. (BISOL, SPERB, 2010)

A surdez destaca-se entre os distúrbios da comunicação, uma vez que gera consequências graves ao desenvolvimento do indivíduo. A linguagem tem duas funções: o pensamento generalizante e o intercâmbio social. É imprescindível que o diagnóstico da surdez seja feito precocemente, pois se a maioria das crianças surdas nasce em famílias ouvintes que utilizam majoritariamente a linguagem oral, os pais devem ser orientados corretamente. Essa diferença linguística gera problemas cognitivos, sociais e emocionais. (SILVA, PEREIRA, ZANOLLI, 2012)

Machado, Figueiredo, Tonini et al (2012) afirmam que a surdez é um problema social não visível, que altera a percepção e reconhecimento dos sons, pode ocorrer em diferentes graus, interferindo desde a aquisição da fala sem impedimento da utilização da linguagem oral no mais leve até o impedimento total de utilização da linguagem oral no mais profundo.

Dados revelam que no Brasil existem 15 milhões de pessoas com algum tipo de problema auditivo e, no mundo, cerca de 10% da população tem algum grau de perda auditiva. Mas o que é mais grave neste caso é que apenas 40% das pessoas admitem possuir a deficiência e levam ainda 6 anos para buscar avaliação ou diagnóstico. (SBO, 2004)

Cardoso, Rodrigues, Bachion (2006) evidenciam a necessidade de atendimento especial pelos profissionais de saúde a pessoas com deficiência auditiva. Uma vez que o surdo possui cultura e linguagem diferentes, estas precisam ser (re)conhecidas e respeitadas de acordo com preceitos éticos, morais e legais. No contexto do atendimento em saúde, os surdos se sentem discriminados, têm medo por não entenderem o que os profissionais dizem, evidenciando que precisam de atenção especial.

A perda auditiva é um prejuízo à audição, podendo ser condutiva ou neurosensorial. A surdez é uma perda auditiva que pode ser classificada com sensorial ou neural. Pode ser causada por um bloqueio da condução de som no canal auditivo ou ainda ao nível do ouvido interno por lesão do nervo auditivo ou de suas vias ao cérebro. A perda auditiva pode ter diversas origens: trauma acústico, infecção viral, ototoxicidade por medicação, parotidite, meningite. (SHARP; DOHME, 2005 apud FERNANDES, 2008)

Segundo Godoy (1998), a perda auditiva pode ser dividida em cinco níveis de acordo com a consequência na linguagem e fala. São eles:

- ✓ Leve (26-40 dB) – Pode apresentar dificuldades de fala e expressão.
- ✓ Moderado (41-55 dB) – Pode apresentar limitação no vocabulário e problemas na fala.
- ✓ Grave (56-70 dB) – Maior dificuldade na utilização da linguagem e compreensão, além de vocabulário limitado.
- ✓ Severo (71-90 dB) – Pode ser capaz de perceber sons altos, porém há dificuldade de compreensão e fala acentuadas.
- ✓ Profundo (> 91 dB) – Necessidade de auxílio da visão para a comunicação, tendo grave dificuldade de linguagem e fala.

2.1.2. COMUNICAÇÃO

“A palavra comunicação deriva do latim, *communicare*, cujo significado seria tornar comum, partilhar, repartir, associar, trocar opiniões, conferenciar. Comunicar implica participação (*communicatio* tem o sentido de participação) em

interação, em troca de mensagens, em emissão ou recebimento de informações novas.” (Rabaça e Barbosa (2001, p. 155) apud Comunicação na assistência de enfermagem à criança: maneiras, influências e estratégias / Dissertação de Mestrado/ Elena Araujo Martinez, 2009.)

A comunicação é o processo no qual são compartilhadas ideias, mensagens e sentimentos através de palavras, sejam elas escritas ou faladas, além é claro do uso de gestos, expressões, imagens e outros mecanismos não verbais. É considerada também como instrumento essencial no desenvolvimento da humanidade e também na área da saúde. (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION 2006)

Muitos surdos podem apresentar retardos no desenvolvimento social e comportamental devido à limitação na capacidade de comunicação, pois ela gera impacto direto nessas áreas do desenvolvimento humano. (BISOL, SPERB 2010)

Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) consideram a comunicação um instrumento decisivo no diagnóstico e tratamento, pois utilizamos instruções verbais em variados procedimentos e, se não podem ser compreendidas, levam ao comprometimento pela falta de compreensão das partes envolvidas.

Com efeito, estudos comprovam a persistência de barreira de comunicação na interação entre surdos e profissionais de saúde, portanto, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interagirem-se para garantir uma assistência de melhor qualidade. (CHAVEIRO, BARBOSA 2005)

As barreiras de comunicação que impedem a interação entre surdos e profissionais de saúde só poderá ser superada quando identificadas maneiras alternativas a comunicação verbal. Só assim poderá ser garantida uma assistência de boa qualidade. (MACHADO, MACHADO, FIGUEIREDO ET AL 2013)

Quando o surdo busca atendimento em saúde, depara-se com situações negativas que interferem no processo de qualificação e, para que a mesma ocorra de maneira plena, é

necessário que haja compreensão mútua, o que no universo léxico do surdo significa *entender*. (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION 2006)

Segundo Bittes Júnior e Matheus (2003), a comunicação é um ato intrínseco ao ser humano e exige uma série aspectos complexos que envolvem clareza para as pessoas envolvidas nesse processo de comunicar e interagir com o outro, pois se não houver, poderá levar ao fracasso deste ato devido ao desentendimento.

Silva (2010) sugere alguns tipos de comunicação, a saber:

- ✓ Comunicação fisiológica: decorre da relação entre as diferentes partes do corpo e sua manifestação, como por exemplo, a palidez e diminuição da pressão arterial.
- ✓ Comunicação verbal: transmissão da mensagem por meio de palavras, sejam elas escritas ou faladas.
- ✓ Comunicação não verbal: diz respeito à transmissão de mensagens sem o uso de palavras.

Por outro lado, Bittes Júnior e Matheus (2003), afirmam ainda que dentro do paradigma da comunicação, existem funções inerentes a ela, como a de informar, persuadir, levar à mudança de comportamento, discutir, ensinar e, é claro, a função de promover o relacionamento entre as pessoas.

Devido à complexidade da temática deste estudo, compreende-se necessário estabelecer recorte focado na comunicação não verbal, por se tratar de investigação com deficientes auditivos.

2.1.3. TIPOS DE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

A comunicação não verbal pode ainda ser classificada como aquela que ocorre na interação entre pessoas que não as palavras por elas mesmas, sendo toda informação obtida

através de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas ou mesmo pelas relações de distância entre os indivíduos. (SILVA, 2010)

A comunicação verbal, falada ou escrita, pode ser utilizada com clientes surdos, no entanto, o profissional não pode abrir mão da comunicação não verbal, seja ela feita por gestos, expressões, orientações do corpo para perceber reações e até mesmo sentimentos transmitidos com clareza. Apesar de parecer simples, sua compreensão depende de capacitação prévia. (BENTES, VIDAL, MAIA 2011)

Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) entendem que a comunicação não verbal é de extrema importância no atendimento aos pacientes e garante a excelência do cuidar. O profissional ao reconhecer adequadamente os sinais não verbais atribui a eles significado e, conseqüentemente, favorece a interação.

Algumas habilidades específicas de comunicação se fazem necessárias aos profissionais de saúde, independente do fato do cliente ser ouvinte ou surdo. Muitos fenômenos que dificultam a comunicação entre surdos e profissionais são semelhantes aos dos ouvintes, como por exemplo, não falar frente a frente, fora do campo visual, utilizando termos não acessíveis para a compreensão. (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION 2006)

Silva (2010) afirma ainda que existem fontes primordiais deste comportamento não verbal, sendo elas:

- ✓ Programas neurológicos herdados: aqueles próprios da espécie humana, como chorar de tristeza, sorrir quando está alegre.
- ✓ Experiências comuns a todos os membros da espécie: relacionadas a demonstração de necessidades fisiológicas principalmente, independente da cultura, como bocejar ao sentir sono.
- ✓ Experiências de acordo com a cultura, classe social, família e indivíduo: expressão de emoções por indivíduos de cultura diferentes, por exemplo, como a expressão de

emoções entre ingleses e japoneses, postura a mesa durante as refeições diferem entre culturas, como por exemplo o ato de eructar após a refeição que em algumas culturas significa que a comida estava gostosa.

A autora afirma ainda que existem vários tipos de classificação para a comunicação não verbal, mas adota a seguinte classificação:

- ✓ Paralinguagem: qualquer som emitido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada.
- ✓ Cinésica: a linguagem do corpo, dos gestos manuais, maneios de cabeça e até expressões faciais mais sutis.
- ✓ Proxêmica: é o uso do espaço enquanto produto da cultura, como a distância entre participantes de uma interação.
- ✓ Características físicas: a própria forma e aparência do corpo, transmitindo informações sobre a faixa etária, estado de saúde, entre outros.
- ✓ Fatores do meio ambiente: disposição dos objetos no espaço e as características do próprio espaço.
- ✓ Tacêsica: tudo que envolva a comunicação tátil, como pressão exercida no toque, local onde se toca.

Silva (2010) e Bittes Júnior e Matheus (2003) concordam quanto a função da linguagem não verbal, pois ambas afirmam as funções de complementação à comunicação verbal, substituição à comunicação verbal, demonstrar sentimentos e algumas vezes até contradizer o verbal.

A comunicação é um instrumento essencial à qualidade de vida, pois leva à socialização e à autonomia do indivíduo. Existem casos em que a pessoa com deficiência auditiva não foi alfabetizada, nem em Português nem em Libras, conhece apenas alguns códigos alternativos informais que, fora do nicho familiar, não fazem sentido. Nestes casos,

este indivíduo está privado da comunicação com qualquer outra pessoa fora daquele meio, tem extrema dificuldade de interagir com outras pessoas, sobrevivendo como um estrangeiro em seu país. (MACHADO, 2012)

2.1.4. A COMUNICAÇÃO ATRAVÉS DA LIBRAS

A comunicação com clientes ouvintes é feita pelos profissionais de saúde através da linguagem oral e escrita com seus códigos verbais, mecanismo que nem sempre pode ser empregado com clientes surdos. Com esses clientes, recomenda-se que os profissionais de saúde, nesse caso, profissionais da equipe de enfermagem, recorram a Língua de Sinais Brasileira.

As línguas de sinais são complexas como as línguas faladas e possuem um sistema linguístico estruturado, sendo articuladas neurologicamente nas mesmas áreas cerebrais que as línguas faladas. Elas possuem modalidade espaço-visual, cujos signos compartilhados são recebidos pelos olhos e sua quiroarticulação é realizada no espaço. (CHAVEIRO, BARBOSA E PORTO, 2008)

Gesser (2008) conclui que a Língua de Sinais é um importante símbolo de identidade cultural, mas não impede que o surdo crie vínculos de cultura com a língua portuguesa, falada ou escrita. A questão é que o português utilizado pelo surdo (na escrita ou na comunicação verbal oral quando este surdo é oralizado) é muitas vezes estigmatizado por não atender as expectativas impostas pelos ouvintes.

Na língua de sinais, a palavra é denominada por um sinal. Os sinais se formam por combinações de movimentos, formatos de mão e sua localização no corpo. As articulações de mãos, que por vezes se equivalem a fonemas e morfemas, são chamadas de parâmetros. As línguas de sinais se estruturam então a partir de unidades mínimas que formam unidades maiores e mais complexas, possuindo diversos níveis linguísticos: fonológico, morfológico, sintático, semântico e pragmático. (MEIRELLES, SPINILLO 2004)

Os sinais são formados a partir da combinação das configurações de mãos, forma e do movimento das mãos e do ponto no corpo ou no espaço onde esses sinais são feitos. Nas línguas de sinais são encontrados os seguintes parâmetros que formarão os sinais: configuração das mãos, ponto de articulação, movimento, expressão facial e/ou corporal e orientação/direção.

A propósito da utilização adequada da terminologia da área, cabe ressaltar que, de acordo com Sasaki (2003), Língua de Sinais Brasileira é preferível a Língua Brasileira de Sinais por uma série imensa de razões. Uma das mais importantes é que Língua de Sinais é uma unidade, que se refere a uma modalidade linguística quiroarticulatória-visual e não oroarticulatória-auditiva. Assim, há Língua de Sinais Brasileira, porque é a língua de sinais desenvolvida e empregada pela comunidade surda brasileira. Não existe uma Língua Brasileira, de sinais ou falada.

Nesse sentido, a comunicação sinalizada dos e com os surdos constitui um língua e não uma linguagem. Já a comunicação por gestos, envolvendo ou não pessoas surdas, constitui uma linguagem gestual. Outra aplicação do conceito de linguagem se refere ao que as posturas e atitudes humanas comunicam não verbalmente, conhecida como a linguagem corporal.

A linguagem do corpo ou cinésica parte do pressuposto que nenhum dos movimentos ou expressões estão livres de significado de acordo com o contexto; que a postura corporal e expressões faciais são determinadas pela cultura; que os movimentos corporais associado a fala audível influencia as pessoas que a escutam; e que determinados comportamentos são congruentes com seu significado corporal. (SILVA, 2010)

Segundo Ekman e Friesen (1976) apud Silva (2010), os gestos humanos podem ser divididos em cinco categorias:

- Gestos emblemáticos – são culturais e de grande uso social, são aprendidos e admitem transmissão oral. Exemplos: tamborilar os dedos mostra ansiedade, dentes cerrados indicam raiva ou mesmo a mão estendida de um cirurgião em um centro cirúrgico.
- Gestos ilustradores - são aprendidos por imitação, acompanham a fala e enfatiza a palavra. Exemplo: quando falamos sobre o tamanho de algo as mãos normalmente acompanham com um gesto.
- Gestos reguladores – são aqueles que limitam ou mantêm a comunicação, através de seu reforço emblemático. Exemplo: maneios positivos com a cabeça reforçam a continuidade da fala do emissor.
- Manifestações afetivas – expressões faciais, conscientes ou não, que demonstram estados afetivos. Exemplo: sorrir para demonstrar felicidade é uma expressão universal em diferentes culturas.
- Gestos adaptadores: dão apoio com partes do nosso corpo, para compensar sentimentos quando não se pode expressar diante do locutor. Exemplo: mexer no cabelo, brincar com objetos durante a fala de um locutor.

Silva (2010) afirma ainda que existem sinais como aqueles realizados pelo rosto (expressões faciais que demonstram sentimentos), o olhar (a dilatação ou a contração da pupila demonstram aprovação ou desaprovação, demonstra emoções, a manutenção do olhar também direciona o fluxo de uma conversa), a postura corporal (inclinação ou afastamento em relação a um ponto ou a alguém, demonstrando por vezes relações de poder) e as características físicas (que apontam características como faixa etária, sexo, origem social) que determinam a continuidade da comunicação.

Cabe ao profissional, portanto, atentar para estes signos e identificá-los durante uma consulta, observando não só os sinais universais, mas também os característicos de uma

cultura para assim, garantir que o cuidado seja prestado com excelência e a comunicação seja utilizada em sua totalidade.

2.1.5. A AÇÃO DIALÓGICA E PAULO FREIRE

Para Freire (1971) apud. Lima (2011) a comunicação exige coparticipação dos Sujeitos no ato de conhecer, demanda reciprocidade e não pode ser rompida, é um encontro em que os sujeitos buscam significantes e significados.

Freire (2011) afirma ainda que conhecer é uma tarefa de sujeitos e não de objetos, portanto, no processo de aprendizagem, só aprende verdadeiramente aquele que se apropria do conhecimento e transforma-o de acordo com sua realidade. Esta função de conhecer é primordial aos homens no processo de comunicar.

De acordo com o educador, a comunicação se difere da extensão. A comunicação exige conhecimento do objeto e uma ação transformadora na realidade, além de coparticipação. Já a extensão exprime relação de entrega, manipulação, algumas vezes até de invasão cultural, o que nega ao homem sua condição de sujeito e sua capacidade de transformação do mundo.

Logo, ao conversar com clientes com deficiência auditiva, principalmente durante nossas atividades de trabalho, quando exercemos o cuidado, devemos buscar o real sentido de *comunicar* citado por Freire. Não podemos *estender* nossas ideias, vontades e anseios aos clientes surdos, mas sim buscar compreendê-los e conhecê-los como indivíduos pertencentes a uma cultura específica.

Lima (2011) afirma ainda que para Freire não existiria mundo social humano sem a capacidade de comunicação, que uma pessoa só existe em relação a outras que também existem, se estiver em comunicação com elas e que a vida humana só adquire um significado se houver comunicação.

Este conceito pode ser levado à reflexão no atendimento dos clientes com deficiência auditiva. Diversos estudos comprovam a falta de conhecimento de Libras entre profissionais de saúde. Se não há comunicação pela primeira língua do surdo e não há sucesso em outras formas de comunicação não verbal, não existe interação ou atendimento, logo, este indivíduo deixa de existir como pessoa, suas necessidades são subjugadas. Torna-se então marginalizado, excluído, oprimido.

2.2. INCLUSÃO DO SURDO NA SOCIEDADE

2.2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

No século XVII, surge a Língua de Sinais e a sua utilização no processo de ensino. O abade L'Epée foi o maior responsável por este acontecimento. Ele reuniu surdos dos arredores de Paris e criou a primeira escola pública para os surdos, que antes viviam marginalizados em volta de Paris. (PASTORAL DE SURDOS, 2006)

O Institut National de Jeunes Sourds – primeira escola pública para surdos fundada em 1760 pelo abade L'Epée, em Paris – tinha um regulamento com atividades que iam desde as 5 horas da manhã até as 9 horas da noite. Suas atividades tinham tempo determinado e iam desde atividades sociais de asseio e alimentação até atividades de estudo e práticas de recitar as lições com os colegas. (Institut National de Jeunes Sourds de Paris, 1994). No INSM, em nosso país, o seu diretor, Eduard Huet, descrevia em seu relatório para o imperador D. Pedro II uma rotina diária que abrangia oito horas para aulas e quatro horas para trabalhos manuais, além de "necessitar um exercício moderado que os mantenha saudável". (KLEIN, 2006)

Cabe ressaltar que a Língua de Sinais foi inicialmente criada para suprir as necessidades de comunicação nos mosteiros medievais das ordens de São Bento e São Basílio, onde seus monges faziam votos de silêncio. Documentos datados do século X comprovam esta assertiva. (REILY, 2007)

L'épée utilizou-se deste conhecimento para desenvolver seu trabalho e foi de grande importância, porém sua tradução da língua francesa para sinais, não era muito compreendida pelo surdo. O surdo como conhecedor de suas necessidades precisou envolver-se na construção da sua própria língua, para que houvesse um processo de comunicação eficaz. (MACHADO, FIGUEIREDO, TONINI et al 2012)

Contrapondo o modelo médico da surdez, diversos agentes sociais passaram a reivindicar o modelo sócio-antropológico de surdez, em que ela é afirmada como particularidade linguística e cultural. Tal concepção está disseminada em projetos missionários de diversas instituições religiosas cristãs (Igreja Católica e diversas denominações protestantes), em produções acadêmico-científicas de profissionais da educação e saúde, além de um movimento social organizado, liderado em grande medida pela Feneis. (SILVA, 2012)

Isto mostra que as instituições religiosas continuam comprometidas nos processos de emancipação e valorização da cultura das pessoas com deficiência, principalmente das pessoas surdas, promovendo a dignidade e individualidade do sujeito.

Objetivando um processo de normalização do surdo, e para que isso ocorresse a língua de sinais foi reprimida em favor de ideias dominantes, por meio de práticas corretivas, como por exemplo, o ato de amarrar as mãos das crianças para impedi-las de sinalizarem. Esta atitude esteve presente na educação dos surdos e impedia o uso da LIBRAS nas instituições de ensino, mas, não nas pequenas comunidades.

Mesmo sendo alvo de grande preconceito e proibições, os surdos persistiram no uso da língua de sinais. Estas ações foram fundamentadas em uma ideologia clínica e dominante que contribuiu para impedir a disseminação da língua de sinais, ao mesmo tempo em que impôs uma condição sob a qual a maioria dos surdos não pôde se incluir, por pressupor que a

comunicação plena do surdo aconteceria se ele aprendesse a se expressar verbalmente. (SKLIAR, 1998)

Ao longo de cento e dez anos (1850-1960) o que prevaleceu no mundo, foi o método alemão do oralismo. Aos poucos os estudos mostraram a importância da língua de sinais para os surdos e como ela poderia contribuir no desenvolvimento integral da pessoa surda, pois trata-se de sua língua materna. (PASTORAL DE SURDOS, 2006)

No Brasil, D. Pedro II pela lei nº 839 de 26/09/1857, fundou no Rio de Janeiro, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos. A iniciativa para a criação deste instituto foi do professor surdo, que formulou a proposta ao imperador. O instituto era inicialmente um asilo onde somente surdo do sexo masculino, com idade de 7 a 14 anos, eram aceitos. Em 1957, pela lei nº 3158 de 06/07 do corrente ano, o instituto passou chamar-se Instituto Nacional de Educação para Surdos (INES). No decorrer desses anos, por iniciativa privada várias instituições foram criadas, objetivando oferecer educação e suporte para o surdo, entre elas as APADAS (Associações de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos) e a FENEIS (Federação Nacional de Educação e Integração do Surdo). (FERNANDES, SILVA, 2008)

Todos os anos de luta pela legitimação da cultura surda e da Língua de Sinais culminaram na promulgação da Lei 10.436 em 24 de abril de 2002 que no artigo 1, parágrafo único descreve a Língua Brasileira de Sinais como a forma de comunicação e expressão em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constituem um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades surdas Brasil. (BRASIL, 2002)

2.2.2. PROCESSOS EDUCACIONAIS DOS SURDOS

Se por um lado crianças ouvintes desenvolvem gestos naturais que acompanham verbalizações durante a transição para a linguagem oral, por outro, as crianças com surdez os desenvolvem assumindo função de apoio natural da comunicação e gradualmente funções características da linguagem convencionada, podendo ser a língua falada ou língua gestual. (LIMA, CRUZ-SANTOS 2012)

Diversos estudos nacionais e internacionais apontam que muitos surdos chegam à idade escolar sem o desenvolvimento de uma língua oral ou mesmo da língua de sinais. A ausência de uma língua base pode interferir na alfabetização e a uma escrita com estrutura simples, restrita e ausência de flexão verbal ou concordância. (RODRIGUES, ABDO, CÁRNIO 2012)

O direito à educação mereceu especial destaque na Convenção da ONU sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu art. 24. Partes se comprometem a assegurar um sistema educacional inclusivo em todos os níveis de ensino. Destarte, qualquer Governo ou escola que pratique o ensino segregado, que não ofereça um ambiente de diversidade, estará violando um direito humano de seus educandos. O direito à educação inclusiva não é apenas um direito dos alunos que têm deficiência, porém também daqueles que não as têm, porque TODOS precisam aprender a conviver com as diferenças e assim se desenvolverem plenamente como seres humanos e cidadãos conscientes. (SEGALLA, 2012)

Nesse sentido,

“Incluir não é favor, mas troca. Quem sai ganhando com essa troca? Todos, em igual medida. Conviver com as diferenças humanas é direito do pequeno cidadão, deficiente ou não. Juntos construirão um país diferente. (...) A escola transformadora é a semente desse Brasil do tamanho exato de nossas ideias”. (WERNECK 2000, p. 64).

Para Silva (2012) nenhuma instituição social demonstra relação histórica tão íntima com a surdez como a Igreja Católica. É uma relação de longa duração com a surdez, que convive com certa tensão até devido às questões controversas entre seus agentes dentro da

própria Igreja, como por exemplo, questões de nomeação, relação com as deficiências em geral e modos legítimos ou não de usar sinais. Para Fernandes e Carvalho (2005) as Igrejas Evangélicas e seu Ministério do Silêncio também desempenharam grande trabalho em relação a manutenção da Libras e da cultura surda, criando uma pedagogia bilíngue de resistência.

De acordo com a nossa Constituição Federal de 1988, a educação visa ao pleno desenvolvimento humano, ao preparo do exercício da cidadania e para o trabalho.

Segalla (2012) afirma que a Constituição Federal e a Convenção Internacional sobre Direitos da Pessoa com Deficiência não deixam dúvidas quanto ao direito à educação inclusiva e sobre a impossibilidade de um ensino segregado. E ao falar de educação inclusiva, diz ainda que não basta colocar alunos com deficiência em sala de aula, mas é necessário propiciar meios necessários ao seu desenvolvimento.

A construção de uma sociedade livre, justa e solidária, como objetivou a Constituição Federal de 1988, só será possível a partir de educação de qualidade para todos os brasileiros, quer tenham deficiência ou não. Assim, democracia também é lição da escola inclusiva. Educar significa ajudar na construção do pensamento, ensinar na busca do conhecimento e na utilização dele. Educar tem de levar à percepção do outro e do espaço que se ocupa na comunidade. Educação tem de transformar, tem de nos tornar mais humanos, pois o ato de pensar é que nos diferencia dos outros animais. Ensinar é pensar é ensinar a ser livre. (SEGALLA, 2012)

Segalla (2012) afirma ainda que a Lei n. 7.853/99 prevê como crime recusar, suspender, cancelar ou cessar, sem justa causa a matrícula de aluno por motivos derivados de sua deficiência em qualquer estabelecimento de ensino, seja público ou privado, em qualquer curso ou grau.

Entretanto, em se tratando de educação para pessoas com deficiência, a melhor leitura da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de

1996), especialmente em relação aos arts. 58 a 60, deve interpretar a expressão *Educação Especial* conforme a Constituição, ou seja, deve ser entendida como atendimento educacional especializado. Veja-se que, por impropriedade técnica, o legislador ordinário substituiu a expressão utilizada na Constituição *atendimento educacional especializado* por *educação especial*. No entanto, o que deve prevalecer é o intuito constitucional de proteção e garantia do direito à educação das pessoas com deficiência, em detrimento da terminologia equivocada. (SEGALLA, 2012)

Aproximando a temática ao pensamento de Freire (2000), a educação para surdos não pode se resumir a uma escolarização intermediada por um intérprete, pois a escola inclusiva que pressupõe uma sociedade inclusiva não pode viver a dualidade de surdos versus ouvintes ou, escola de surdos versus escola de ouvintes.

2.2.3. COMUNIDADES DE SURDOS, GUETOS E EXCLUSÃO

Registros históricos revelam que a educação de surdos teve sua origem no século XVI, a partir do trabalho desenvolvido pelo monge beneditino Pedro Ponce de León. Seu trabalho não apenas influenciou os métodos de ensino para surdos no decorrer dos tempos, como também demonstrou que eram falsos os argumentos médicos e filosóficos e as crenças religiosas da época sobre a incapacidade dos surdos para o desenvolvimento da linguagem e, portanto, para toda e qualquer aprendizagem (MACHADO et al, 2012).

Sasaki (1997) Apud Chaveiro e Barbosa (2005) afirma que no período compreendido entre o final do século XIX até a década de 1940, a sociedade vivenciou a política da exclusão e segregação. Na exclusão os deficientes eram considerados inválidos, inúteis, chegando, em algumas culturas, ao extermínio. Já no século XX a fase da segregação se instaura, criaram-se grandes instituições para abrigá-los, em regime de internato, um progresso da humanidade, visando apenas ao bem-estar da pessoa com deficiência, período eminentemente assistencial.

O autor afirma ainda que a fase de inclusão surgiu na década de 1980 e está em plena discussão nos dias atuais. Surge a concepção de que a família e a sociedade devem adaptar-se às necessidades de todas as pessoas, sejam elas deficientes ou não. A imagem da pessoa com deficiência é de alguém que possa desenvolver e exercer sua cidadania, com autonomia e liberdade, numa sociedade na qual ela tem direitos e sobre a qual ela tem deveres.

Há relatos históricos que descrevem e discutem os fatos ocorridos ao longo dos últimos cinco séculos (os primeiros registros datam do século XVI) à luz de diferentes teorias, pode-se observar que o foco dos debates sempre esteve relacionado a questões ligadas à(s) língua(s), ou seja, se os surdos deveriam desenvolver a linguagem oral (acompanhada ou não de sinais) e, assim, sua educação ser realizada e pensada a partir da língua utilizada pelos ouvintes ou se deveria ser permitido a eles (já que essa educação sempre foi determinada por ouvintes que se auto-atribuíram poder para a tomada dessa decisão) o uso da língua de sinais, cujo reflexo seria também sentido nas esferas educacionais (MACHADO et al, 2012).

Segundo Machado (2008), o processo de exclusão social de pessoas com deficiência é tão antigo quanto a socialização do homem. As pessoas com deficiência eram marginalizadas e privadas da liberdade, sempre sofrendo atitudes preconceituosas devido a estrutura da sociedade. Se antes eram castigadas com o banimento da sociedade através da morte, hoje existe uma sutil exclusão através de asilos e outras instituições.

A história da construção dos direitos humanos das pessoas com deficiência compreende quatro fases: a) uma fase de intolerância em relação às pessoas com deficiência, em que esta simbolizava impureza, pecado ou mesmo castigo divino; b) uma fase marcada pela invisibilidade das pessoas com deficiência; c) uma terceira fase, orientada por uma ótica assistencialista, pautada na perspectiva médica e biológica de que a deficiência era uma “doença a ser curada”, estando o foco no indivíduo “portador da enfermidade”; e d) finalmente a quarta fase, orientada pelo paradigma dos direitos humanos, em que emergem os

direitos à inclusão social, com ênfase na relação das pessoas com deficiência e do meio em que ela se insere, bem como na necessidade de eliminar obstáculos e barreiras superáveis, sejam elas culturais, físicas ou sociais, que impeçam o pleno exercício de direitos humanos. (PIOVESAN, 2012, p. 46)

2.2.4. PAPÉIS DO INTÉRPRETE DE LIBRAS

“A palavra intérprete vem do grego hermêneús, derivada do deus grego Hermes. Essa divindade era detentora de muitos segredos que passavam aos mensageiros e eram comunicados ao povo. A atividade de interpretar também era considerada uma técnica (tékhnhê), a interpretação (hermeneutikê).” **Pastoral de Surdos, 2006, p. 50.**

Os Tradutores-Intérpretes de Língua de Sinais [TILS] são profissionais que têm a função de interpretar duas línguas: a Língua de Sinais e a Língua Portuguesa. Seus espaços de atuação são tão amplos quanto a possibilidade de surgimento de uma pessoas surdas no local, podendo ser necessários em atividades que vão desde eventos acadêmicos, tribunais, mídia até o acompanhamento em consultórios, delegacias, cartórios e outros. (DORZIAT, ARAÚJO 2012)

O intérprete de Libras é o profissional que domina a língua de sinais e a língua falada do país e que é qualificado para desempenhar a função de intérprete, sendo então em nosso país obrigatório o domínio da língua brasileira de sinais e língua portuguesa, podendo até dominar outras línguas e fazer a interpretação para a língua de sinais ou o contrário. Além desse domínio das línguas envolvidas no processo de tradução e interpretação, o intérprete necessita ter qualificação específica para atuar como profissional, dominando também os processos, modelos, estratégias e técnicas de tradução e interpretação (BRASIL, 2004)

Intérprete de Libras, de acordo com Sasaki (2003, p. 5), é um termo consagrado pela comunidade surda brasileira, e com o qual ela se identifica. Ele é consagrado pela tradição e é extremamente querido por ela. A manutenção deste termo indica nosso profundo respeito para

com as tradições deste povo a quem desejamos ajudar e promover, tanto por razões humanitárias quanto de consciência social e cidadania. Contudo,

“no índice linguístico internacional os idiomas naturais de todos os povos do planeta recebem uma sigla de três letras como, por exemplo, ASL (American Sign Language). Então será necessário chegar a uma outra sigla. Tal preocupação ainda não parece ter chegado na esfera do Brasil”.

O ato de interpretar é altamente complexo, pois sendo um ato cognitivo-linguístico, é um processo em que o intérprete estará diante de pessoas que apresentam intenções comunicativas específicas e que utilizam línguas diferentes, envolvendo-se em uma interação comunicativa social e cultural com o poder de influenciar a mensagem interpretada, sendo necessária uma série de escolhas estruturais e semânticas e conhecimento técnico do assunto para que o produto da interpretação se aproxime ao máximo da língua fonte. (BRASIL, 2004)

Sendo assim, cabe ao intérprete assumir seu papel seguindo os seguintes preceitos éticos:

- ✓ Confiabilidade (sigilo profissional);
- ✓ Imparcialidade (não deve interferir com opiniões próprias);
- ✓ Discrição (deve estabelecer limites no seu envolvimento durante a atuação)
- ✓ Distância profissional (deve separar sua vida pessoal da profissional);
- ✓ Fidelidade (a interpretação deve ser fiel, transmitindo o que realmente foi dito).

Acredita-se que com a presença dos intérpretes nos serviços de saúde os problemas de comunicação entre surdos e profissionais seriam superados, no entanto, isto nem sempre ocorre. O intérprete melhora a comunicação, mas sua presença não caracteriza um atendimento de qualidade. Apesar de sua presença ser valorizada pelo surdo, ela é aceita com certa desconfiança, constrangimento e dificuldade de expor na frente do intérprete, além da falta de disponibilidade de intérpretes em relação ao número de surdos. (CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO 2008)

2.3. LEGISLAÇÃO E DIREITOS DO SURDO

2.3.1. CONVENÇÃO DA ONU E DIREITOS DAS PCD

A Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2007) tem como propósito promover, proteger e assegurar o desfrute pleno dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência em condições igualitárias, promovendo o respeito da sua dignidade inerente.

A Convenção da ONU trata de direitos de 600 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a OMS. De acordo com dados do Censo 2010, 45 milhões de brasileiros declararam-se pessoas com algum tipo de deficiência. A Convenção é a oitava editada pela ONU e a primeira formalmente incorporada a Constituição do Brasil. Outros organismos internacionais estimam aproximadamente 650 milhões de pessoas com deficiência no mundo. (FONSECA, 2012)

Alguns dos artigos desta Convenção (ONU, 2007) merecem destaque neste estudo devido à interlocução com a temática da pesquisa:

Em seu Artigo 5º que trata da igualdade e a não discriminação, reconhece a igualdade de todas as pessoas perante a lei, proíbe qualquer discriminação baseada na deficiência garantindo proteção legal para as pessoas com deficiência, sendo os Estados signatários responsáveis pela promoção de medidas que eliminem a discriminação e acelerem a igualdade efetiva das pessoas com deficiência.

No artigo 9º, que discorre sobre acessibilidade, diz que os Estados deverão adotar medidas que assegurem o acesso, em igualdade de oportunidade as demais pessoas, ao meio físico, transporte, informação e comunicação incluindo sistemas de tecnologias de comunicação e informação, eliminando barreiras e obstáculos à acessibilidade.

No Artigo 19º, que trata de vida independente e inclusão na sociedade, reconhece que todas as pessoas com deficiência tem o direito de viver em comunidade, com participação

ativa nela, escolhendo o local de sua residência, as pessoas que viverão com ela ou pelo apoio e disponibilização de serviços e instalações na comunidade.

O Artigo 21°, que também aborda o acesso à informação, ressalta que para o exercício da liberdade de expressão e compartilhamento de informações deve-se fornecer todas as informações destinadas ao público em geral sem custo adicional, facilitar a comunicação alternativa e aumentativa por meios oficiais, reconhecer e promover o uso da língua de sinais.

O Artigo 24°, que trata sobre a educação, determina que é dever do estado assegurar um sistema educacional inclusivo em todos os níveis de educação levando ao pleno desenvolvimento da dignidade e autoestima, desenvolvendo a criatividade da pessoa com deficiência e suas habilidades físicas e intelectuais. Para isso, é preciso que as pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional gratuito, recebam o apoio pleno nos processos educacionais por profissionais com o devido conhecimento técnico e, no que tange a deficiência auditiva, facilitar o aprendizado da língua de sinais para promoção da identidade da cultura surda, além de outras formas de comunicação aumentativa e alternativa, forçando ao máximo seu desenvolvimento acadêmico e social.

Por último, o Artigo 25° que trata da saúde, afirma que também é dever do Estado adotar medidas que assegurem o acesso à serviços de saúde, incluindo serviços de reabilitação. Para isso deve oferecer serviços gratuitos de atenção à saúde ou no mínimo de custo acessível, propiciar serviços específicos de atenção à saúde de diagnóstico e intervenção precoces o mais próximo possível de suas comunidades.

Os programas e serviços de atenção à saúde, previstos na Convenção, devem ser gratuitos ou a custos acessíveis e com a mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva. Garantem-se ainda serviços de saúde de que as pessoas com deficiência necessitem especificamente por causa da sua deficiência, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir

deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos. Tais serviços devem ser oferecidos o mais próximo possível de seus domicílios, inclusive na zona rural. (SILVA, 2012)

Scramin e Machado (2008) tecem importantes esclarecimentos acerca dos impactos da Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Pessoa com Deficiência no âmbito dos serviços públicos de saúde e reabilitação, em especial, quanto às dificuldades de acessibilidade enfrentadas por essas pessoas para atendimentos disponíveis ao público em geral. Enfoque atribuído pelos autores às limitações das equipes de saúde para atender a diversidade de necessidades dessa clientela.

Já dos profissionais de saúde, segundo Silva (2012), a Convenção exige que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada aos demais e, sobretudo, que devem obter o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência. Para tanto, o Poder Público realizará atividades de formação e definirá regras éticas para os setores de saúde público e privado que conscientizem os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, sem o que sua atuação seria totalmente inadequada.

Por outro respaldo legal, vale acrescentar que a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 23, II, que se trata de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. Cujas leituras atuais da terminologia passaram a seguir parâmetros da Convenção da ONU, qual seja: “pessoas com deficiência”.

O Brasil através do Decreto N° 6.949 (BRASIL, 2009) assume com caráter jurídico de emenda constitucional os artigos da convenção e garante o cumprimento conforme descrito pelo acordo assinado.

Segundo Araújo (2012) a Convenção da ONU traz três tipos de normas que modificam o sistema vigente nacional. O primeiro com comandos que produzem efeito imediato, criando, reformulando ou legitimando direitos. O segundo grupo é formado por normas que impedem

o estado de agir de forma contrária ao acordo. O terceiro diz respeito à aplicabilidade da Convenção que decreta que onde houver lei protetiva maior não se aplique a Convenção. Este último aspecto não ocorreu no Brasil, afinal o único tratado internacional de direitos humanos assumido desta forma foi esta convenção.

2.3.2. SURDEZ E ACESSIBILIDADE

Sabe-se que o déficit de acesso que a acessibilidade pretende transpor passa, a partir da Convenção da ONU, a integrar o próprio conceito de deficiência. Ou seja, a deficiência não é mais concebida como uma característica médica, mas sim a condição social produzida pelo déficit de acesso aos direitos e bens sociais que esses indivíduos enfrentam, considerando a sociedade tal como está organizada.

Na realidade, segundo Barcellos e Campante (2012), a acessibilidade abrangerá não apenas as estruturas físicas, mas também todas as demais esferas de interação social. Em sua acepção moderna, portanto, a acessibilidade pode ser descrita como a adoção de um conjunto de medidas capazes de eliminar todas as barreiras sociais – não apenas físicas, mas também de informação, serviços, transporte, entre outras – de modo a assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, às condições necessárias para a plena e independente fruição de suas potencialidades e do convívio social.

Numa leitura da evolução da legislação brasileira sobre acessibilidade, constata-se que a Lei 10.098 (BRASIL, 2000) em seu capítulo VII discorre sobre acessibilidade nos sistemas de comunicação e sinalização.

O artigo 17 afirma que o Poder Público deverá promover a eliminação de barreiras na comunicação e mecanismos que tornem acessíveis os sistemas de comunicação e sinalização às pessoas portadoras de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação, para

garantir-lhes o direito de acesso à informação, à comunicação, ao trabalho, à educação, ao transporte, à cultura, ao esporte e ao lazer.

Em seus artigos 18 e 19 diz ainda que é dever do Poder Público implementar a formação de profissionais intérpretes de escrita em braile, linguagem de sinais e de guias-intérpretes, além de garantir o acesso à informação às pessoas portadoras de deficiência auditiva através de medidas técnicas pelos serviços de radiodifusão sonora e de sons e imagens.

A Lei Estadual Nº 4.304/04 em consonância com a Lei Federal supracitada define que os programas, informes, publicidades e atos da administração direta e indireta do Estado, difundidas pela televisão, deverão conter subtítulo (legendas) e terão tradução simultânea para a Libras, a fim de assegurar sua compreensão pelos portadores de deficiência auditiva.

O Decreto 5.296 garante ainda a prioridade de atendimento e atendimento diferenciado para pessoas com deficiência auditiva, prestado por intérpretes ou pessoas capacitadas em Libras e também com aqueles que não saibam sinais, além de guias-intérpretes para pessoas surdocegas. (BRASIL, 2004)

Acessibilidade, no entender de Barcellos e Campante (2012), é o mecanismo por meio do qual se vão eliminar as desvantagens sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência, pois dela depende a realização dos seus demais direitos. Não é possível falar em direito das pessoas com deficiência à educação, à saúde, à inserção no mercado de trabalho, ou a quaisquer outros direitos, se a sociedade continuar a se organizar de maneira que inviabilize o acesso dessas pessoas a tais direitos, impedindo-as de participar plena e independentemente do convívio social. A acessibilidade, nesse sentido, é uma pré-condição ao exercício dos demais direitos por parte das pessoas com deficiência. Sem ela não há acesso possível às pessoas com deficiência. Por isso a acessibilidade é tanto um direito em si quanto um direito instrumental aos outros direitos.

2.4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SURDEZ

2.4.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Historicamente, os primeiros discursos sobre direito dos PcD surgidos no Brasil foram realizados pelos pais e parentes dos deficientes na década de 60. Em consonância a esses discursos, vários países do mundo também levaram essa discussão a jornais e programas de televisão na década de 70. (FRANÇA E PAGLIUCA, 2009)

Em 1981, a ONU fixou como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente. A principal consequência daquele Ano Internacional foi à aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (ONU, 1982).

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de Saúde, de Educação, de Emprego e Renda, de Seguridade Social, de Legislação, etc., as quais os estados-membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência surgiu com o objetivo de esclarecer aos portadores de deficiências, seus direitos (principalmente os que estão relacionados à área de saúde), bem como objetivar a reabilitação destas pessoas, utilizando-se de sua capacidade funcional e desempenho humano. Visa também contribuir para uma melhor inclusão social e também prevenir possíveis agravos de saúde que possam ocasionar o aparecimento de deficiências.

Implicações da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência acerca do que ela representa em termos de mudanças objetivas na saúde e qualidade de vida desses cidadãos e cidadãs brasileiras foram criteriosamente analisadas, discutidas e apresentadas a luz da estrutura de unidade pública da esfera municipal, mostrando que muito ainda pode ser

avançado no plano objetivo das ações planejadas e executadas pelas equipes profissionais. A acessibilidade, inclusive, em sua dimensão comunicacional, prevalece como barreira impeditiva para que surdos tenham acesso aos serviços disponíveis aos ouvintes. (MACHADO et al, 2012).

A secretaria de atenção à Saúde/ Ministério da saúde juntamente com o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Área Técnica de Saúde da Pessoa com deficiência, publicou um manual chamado “A Pessoa com deficiência e o Sistema único de saúde”, com o intuito de trazer á luz os direitos deste grupo de pessoas.

O manual foi confeccionado através de dúvidas e perguntas dos usuários e familiares sobre as ações de promoção, prevenção de deficiências, acessibilidade e reabilitação, atendendo assim á uma das diretrizes bases dessa política, que é fortalecer o conhecimento dos direitos e serviços que são disponibilizados ao usuário com deficiência no SUS.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria 2.073 a Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva. Essa política leva em consideração a possibilidade de êxito com a intervenção na história natural da deficiência auditiva por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, foram criadas estratégias de atendimento nos três níveis de atenção em saúde, utilizando-se de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. (BRASIL, 2004)

2.5. ENFERMAGEM E ABORDAGENS DA SURDEZ

2.5.1. ENSINO DE ENFERMAGEM E INCLUSÃO DO SURDO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) o número de pessoas com deficiência auditiva é de 9,7 milhões, atingindo 5,3% dos homens e 4,9% das mulheres. Isso torna o tema relevante para o estudo em saúde pública, cabendo às faculdades de enfermagem a abordagem do tema de maneira adequada.

Machado, Figueiredo, Barbosa et al (2012) afirmam que foram raras as iniciativas criadas pelos docentes de enfermagem no nosso país visando a criação de disciplinas integrantes da grade curricular obrigatória e eletivas que abordassem o papel do enfermeiro no que tange o cuidado e assistência a pessoa com deficiência na reabilitação.

Os autores concluem ainda que se o currículo Novas Metodologias, implementado em caráter experimental na Escola de enfermagem Ana Nery no início da década de 80, fosse adotado como modelo nas demais escolas de enfermagem do país e, conseqüentemente fossem criados Departamentos de Enfermagem em Reabilitação, teríamos avanços significativos na investigação acadêmica na área e o conhecimento sobre o assunto pelos profissionais não seria tão limitado.

Nessa perspectiva, estudo de Machado, Figueiredo, Barbosa et al (2012), identificou que além da dificuldade de comunicação entre equipe de enfermagem e a clientela surda, há também que se levar em conta o despreparo na formação acadêmica desses profissionais, para a leitura de signos não linguísticos presentes nos corpos dos clientes. Signos esses, que possibilitariam o reconhecimento de riscos expressos em mensagens para tornarem viáveis a avaliação, diagnóstico e intervenção adequada de enfermagem.

O Decreto n° 5.626 em seu Artigo 3° institui a Libras como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores de ensino médio e superior e nos cursos de fonoaudiologia, tanto na rede pública quanto na privada. Nos demais cursos, o que inclui a enfermagem, a Libras deverá ser ao menos disciplina curricular optativa. (BRASIL, 2005)

Apesar da língua de sinais ser uma disciplina optativa para a enfermagem, raras são as faculdade públicas que oferecem esta matéria e, nas privadas, ela é oferecida como disciplina online, o que não garante o aprendizado da Libras e muito menos o conhecimento da cultura surda.

O mesmo decreto discorre ainda no Artigo 14° sobre a necessidade de garantir às pessoas surdas acesso à comunicação, informação e educação em todas as etapas e modalidades de educação, o que inclui o ensino superior. Para isto, as instituições federais devem promover o ensino, a difusão da Libras e capacitação profissional para os professores e oferecer o serviço de TILS para garantir o acesso a informação e educação de pessoas surdas.

2.5.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES SURDOS

Os diagnósticos de enfermagem são elementos necessários para a realização da Sistematização da Assistência de enfermagem. Através de um julgamento clínico correto podemos atribuir diagnósticos de enfermagem e planejar o cuidado de acordo com os diagnósticos atribuídos. (COFEN, 2009)

A North American Nursing Diagnoses Association – NANDA é atualmente a linguagem terminológica utilizada como fonte para os diagnósticos de enfermagem (NANDA, 2008).

Nesse aspecto, torna-se relevante para este estudo discorrer sobre alguns diagnósticos de enfermagem pertinentes ao cuidado das pessoas com deficiência auditiva, de acordo com a taxonomia NANDA:

- ✓ Ansiedade caracterizada pelo nervosismo relacionado ao estresse;
[– neste caso relacionado ao estresse da tentativa de comunicação com um profissional que não é capaz de compreendê-lo];
- ✓ Baixa autoestima caracterizada por sentimento de inutilidade relacionada a rejeições;
[– como foi exposto anteriormente os deficientes auditivos eram tratados como pessoas inúteis perante a sociedade e por isso marginalizados e muitos deles ainda trazem em seu discurso esse sentimento de rejeição];

- ✓ Risco de dignidade humana comprometida relacionado à estigmatização ou a invasão da privacidade
[– pelo discurso citado no diagnóstico anterior ou pelo fato da necessidade de algum familiar/ intérprete durante a consulta deste deficiente auditivo, onde ele terá que expor suas necessidades a outro que não o profissional de saúde devido a falta de compreensão da equipe];
- ✓ Comunicação verbal prejudicada caracterizada por não falar relacionada a diferenças culturais
[– o deficiente auditivo usa a linguagem não verbal/Libras enquanto seu cuidador usa predominantemente a linguagem verbal];
- ✓ Conhecimento deficiente relacionado à falta de exposição
[– uma vez que a equipe não consegue se comunicar com este cliente, não é capaz de orientar quanto ao tratamento ou qualquer outro fator inerente];
- ✓ Síndrome do estresse por mudança caracterizado por ansiedade, medo relacionado à barreira de comunicação da língua
[– deficientes auditivos usuários de língua de sinais quando inseridos em uma unidade hospitalar, por exemplo];
- ✓ Interação social prejudicada caracterizada pela interação disfuncional relacionada à barreira comunicacional
[– podendo com a permanência deste levar a outro diagnóstico, o de isolamento social];
- ✓ Medo caracterizado pela tensão aumentada relacionado à barreira de língua
[– decorrente também da falta de comunicação eficaz com a equipe cuidadora].

2.5.3. ASSISTÊNCIA E CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nós enfermeiros “gastamos” muito tempo em elementos da comunicação: presença e ausência, discurso e silêncio, mensagens, canais, símbolos, assistência, criatividade, ética. Todos estes elementos fazem parte dos nossos atos de enfermagem, mesmo sem consciência deles. (LEWIS-HUNSTIGER, 2011, p.166)

Segundo Silva (2010) é através da comunicação que o profissional de saúde irá decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, estabelecendo então um plano de cuidados coerente com as necessidades de cada indivíduo. Através de uma comunicação efetiva o profissional ajuda o paciente a visualizar seu papel no processo de adoecimento, enfrentar os problemas e encontrar novos padrões de comportamento. O enfermeiro, mais do que qualquer outro profissional de saúde, deve estar atento ao uso adequado de comunicação interpessoal por interagir diretamente com o paciente.

A comunicação mostra-se uma importante ferramenta no cuidado, diagnóstico e tratamento de todo e qualquer paciente. Ela é um indicativo de qualidade e quando utilizada pelos profissionais de saúde com pacientes surdos promove uma assistência humanizada com foco em uma sociedade inclusiva. (CHAVEIRO E BARBOSA, 2005)

Os profissionais de saúde só terão sucesso na comunicação com pacientes surdos se levarem em consideração as características de cada indivíduo em relação a suas necessidades de comunicação. De acordo com Barnett (2002) devemos considerar três tipos de indivíduos:

Pessoas com dificuldade de audição	Linguisticamente estes indivíduos se beneficiam do código verbal.
Pessoas surdas que se comunicam oralmente (Pode ser dividido em dois grupos)	Adultos que perderam a audição.
	Crianças surdas educadas na linha oralista.

Pessoas surdas que se comunicam por sinais	Estes indivíduos perderam a audição antes dos três anos de idade, no período da aquisição da linguagem verbal, tendo como comunicação alternativa a língua de sinais.
--	---

Segundo Von Tetzchner e Martinsen (2002), nas últimas quatro décadas, sistemas alternativos de comunicação tem sido empregados para suplementar ou substituir a linguagem falada, melhorando o desenvolvimento da comunicação e de linguagem em crianças com distúrbios motores, de aprendizagem, autismo e outros.

Os profissionais de saúde raramente são usuários regulares e experientes dos sistemas de comunicação alternativa. Podem ter tido pouca ou nenhuma experiência com estilos de comunicação alternativa antes do contato com deficientes auditivos durante sua formação e prática profissional em saúde.

Um estudo realizado por Miranda (2009) apontou que nenhum dos enfermeiros entrevistados tinha formação para atender os deficientes auditivos e dependiam de meios em sempre confiáveis no que dizia respeito à compreensão total das informações trocadas durante a consulta.

O quadro a seguir pertencente ao mesmo estudo realizado por MIRANDA (2009) e mostra as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para comunicação com os clientes surdos:

Estratégias	Fi	Fi %
Leitura labial	7	41,2
Escrita	6	35,3
Intérprete	2	11,7

Fonte: NUPESINF, 2009.

Machado et al. (2013), investigaram como profissionais de enfermagem se comunicam com surdos, em hospital universitário da Cidade do Rio de Janeiro, entrevistando 37 profissionais de Enfermagem, entre os quais 11 Enfermeiros (30%), 23 Técnicos de

Enfermagem (62%) e 3 Auxiliares de Enfermagem (8%). Entre os entrevistados 16 (43%) relataram já ter prestado cuidados a algum cliente surdo, enquanto a maioria 21 (57%) informou nunca ter prestado cuidados de enfermagem a essas pessoas. Das estratégias de comunicação utilizadas pelos 16 (43%) dos profissionais de enfermagem que já prestaram cuidados aos clientes surdos destacam-se: 12 (46,15%) referências ao uso da mímica; 4 (15,38%) menções ao uso da leitura labial; 8 (30,77%) referências ao uso da escrita; 1 (3,85%) referência ao uso do desenho; e 1 (3,85%) menção à ajuda do intérprete de Libras para se comunicar com clientes surdos quando lhes prestaram cuidados de enfermagem.

Devemos levar em consideração que nem todo surdo é usuário de Libras. Segundo Torres, Mazzoni e Mello (2007) existe a necessidade de atentar para três fatores: saber usar (ter conhecimento necessário sobre a técnica), ter capacidade para usar (ter condições físicas para o uso da técnica) e querer usar (sentir-se a vontade para utilização da técnica escolhida).

Alguns surdos foram educados seguindo o modelo oralista, portanto a Língua de Sinais que deveria ser sua língua materna foi deixada de lado. Cabe lembrar também que em um passado não muito distante, as pessoas surdas eram segregadas pela sociedade e que o acesso a educação era difícil. Ainda hoje nos deparamos com surdos que não foram alfabetizados, seja em português ou em Libras.

A presença de um intérprete nos serviços de saúde, ao contrário do que se pensa, não soluciona todos os problemas de comunicação paciente-profissional. Ele aperfeiçoa o atendimento, mas não é definidor de qualidade. Em um estudo realizado nos EUA, pacientes surdos preferem ser atendidos por médicos surdos ou que tenham conhecimento da Língua de Sinais. (CHAVEIRO, BARBOSA E PORTO, 2008)

Com certa frequência, indivíduos surdos evitam buscar serviços de saúde devido a sua inabilidade para comunicação efetiva com os provedores deste serviço. (FILLECCIA, 2011)

Quando o indivíduo se depara com ameaça a sua saúde, ele vai procurar na equipe de profissionais da área médica o conforto e a resposta para seus males, e sua possível e provável cura. Face ao exposto, o enfermeiro deve estabelecer um ambiente de cuidado culturalmente congruente e de respeito, para que haja entrega e confiança do paciente para com o cuidador.

Viver em um mundo “silencioso” torna o deficiente auditivo excluído ao convívio com o restante da sociedade, visto que a audição é o sentido essencial para aquisição e uso da linguagem. Incomunicável e incompreendido o deficiente auditivo passa a criar um mundo a parte do mundo “falante” e cada vez mais evita a comunicação com quem não o compreende, pois isso consome energia, causa ansiedade e sensação de impotência frente ao ato mais importante para a socialização: a comunicação. (PAGLIUCA, FIUZA E REBOUÇAS, 2007)

Vários estudos demonstram que para se trabalhar com grupos minoritários devemos compreender sua cultura. Levando isso em consideração, deveríamos olhar o cuidado de enfermagem ao surdo sob o prisma da Teoria da Diversidade e Universalidade de Cuidado Cultural de Madelaine Leninger.

Quando clientes experimentam cuidados de saúde que não são congruentes com suas crenças e valores, eles demonstram os sinais de conflitos pelo aumento do stress, atenção diminuída ao cuidado de saúde ou diminuição de confiança na eficácia do serviço de saúde. Partindo desta premissa, o cuidado ideal ao surdo só será prestado quando sua cultura for reconhecida e compreendida. (FILECCIA, 2011)

Devemos ter sempre em mente a Política de Humanização do SUS que diz que devemos traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre profissionais, nas diversas unidades e serviços de saúde. O confronto de ideias, planejamento, mecanismos de decisão, estratégias de implementação e de avaliação e o modo como estes processos se desenvolvem devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde. (BRASIL, 2008)

Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde transforma esta política em ações materiais e concretas. Tal ação tem poder de formar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, aumentando o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde.

2.5.4. PREVENÇÃO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA – AÇÕES DA ENFERMAGEM

As ações de saúde voltadas à pessoa com deficiência devem ser capazes de atender tanto às suas condições específicas, aquelas voltadas para sua deficiência, como a qualquer outro agravo de saúde.

Para que seja possível a promoção da acessibilidade e inclusão social, primeiro é necessário que haja uma mudança de pensamento na sociedade em relação a questões como raça, credo, nacionalidade, condição econômica e preconceitos com portadores de deficiências, para que todos vivam uma vida sem exclusões.

O Decreto nº 3.298 define prevenção como ações e medidas orientadas a evitar as causas das deficiências que possam ocasionar incapacidades e as destinadas a evitar sua progressão ou derivação em outras incapacidades. (BRASIL, 1999)

Segundo a Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2004), a atenção básica deve realizar ações individuais ou coletivas voltadas à promoção da saúde auditiva, prevenção e identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar. Algumas destas ações são:

- “a) Atenção à gestante, controlando fatores que interferem no desenvolvimento do feto (hipertensão, diabetes, drogas ototóxicas e outros); imunização e controle de doenças que podem levar a infecções congênitas (rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus); orientação sobre a elevação da cabeça do bebê durante a mamada para prevenir alterações de ouvido médio.
- b) Atenção à criança e ao adolescente, através de imunização e controle de doenças infantis como caxumba, sarampo, meningite; orientação para evitar acidentes com a introdução de objetos e hastes de limpeza na orelha, que podem

ferir e prejudicar a lubrificação natural do conduto (cerume); orientação acerca dos riscos da exposição a ruído não ocupacional (aparelhos eletrônicos, brinquedos, ambientes de lazer com níveis sonoros elevados e outros); atenção aos transtornos das vias aéreas superiores (otites de repetição e outros); acompanhamento do desenvolvimento sensório-motor, psicológico, cognitivo, visual, auditivo e de linguagem por meio da observação do comportamento da criança/bebês; orientação à família com relação ao desenvolvimento de linguagem e da audição, valorizando a preocupação e/ou suspeita dos pais quanto a capacidade auditiva de seus filhos; identificação precoce dos neonatos que devem ser referenciados para avaliação especializada, a partir da história clínica, da presença de agravos que comprometem a saúde auditiva, e dos fatores de risco para deficiência auditiva.

c) Atenção ao adulto, orientando para evitar acidentes com a introdução de objetos e hastes de limpeza na orelha, que podem ferir e prejudicar a lubrificação natural do conduto (cerume) e orientações acerca de fatores de risco para a audição no ambiente de trabalho (ruído, vibração, produtos químicos) e uso de equipamentos de proteção individual (EPI), riscos da exposição a ruído não ocupacional (aparelhos eletrônicos, ambientes de lazer com níveis sonoros elevados e outros); identificação de idosos e adulto com queixa de alterações da audição, vertigem, chiado ou zumbido no ouvido que devem ser referenciados para avaliação especializada; orientação e acompanhamento quanto ao uso de medicamentos para hipertensão, diabetes e problemas renais;”

Diversas destas ações podem ser e são realizadas pelo enfermeiro, mesmo que não tenha plena consciência de que seus atos estão enquadrados nesta política. Cabe então a esta categoria atenção especial a esta área e comprometimento nas ações de prevenção para melhor gerenciar o seu cuidado.

3.1. TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, considerando a subjetividade do estudo. Rudio (2001) afirma que método descritivo é aquele em que o pesquisador tenta interpretar a realidade, sem modificá-la. Polit e Beck (2011) acrescentam ainda que nos estudos qualitativos descritivos tendem a se basear em premissas gerais da pesquisa naturalista, não imergindo os dados a profundidade interpretativa.

Polit e Beck (2011) definem ainda algumas características gerais da pesquisa qualitativa. Para elas o modelo qualitativo é elástico e flexível, busca entender a totalidade – tendendo a ser holístico, exige envolvimento do pesquisador e análise contínua dos dados com produção subsequente de estratégias.

3.2. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Algumas alterações foram realizadas no cronograma inicial da pesquisa. As dificuldades encontradas quanto ao prazo foram as manifestações ocorridas no Rio de Janeiro, o que muitas vezes fazia com que os surdos fossem liberados antes do horário no curso e a Jornada Mundial da Juventude, que devido a chegada dos peregrinos cerca de um mês antes do previsto, o que forçou o cancelamento de todas as reuniões paroquiais durante o período uma vez que os mesmos ocuparam as dependências da instituição.

3.3. MÉTODO

A princípio, o método de produção de dados utilizado neste estudo foi o Grupo Focal que consiste em um grupo de discussão informal, de tamanho reduzido, que objetiva a aquisição de informações de caráter qualitativo em profundidade, cuja essência consiste na interação participantes – moderador. Visa à coleta de dados a partir de discussão focada em tópicos específicos e diretivos. É composto por um grupo de sete a doze participantes que

possuam alguma característica em comum, que estão associadas ao tópico pesquisado. (VEIGA E GONDIM, 2001)

Polit e Beck (2011) consideram o grupo focal como uma técnica de obtenção de autorrelatos qualitativos com grupos entre cinco e dez pessoas que expõem suas opiniões e experiências simultaneamente. Neste grupo, o moderador deverá orientar a discussão seguindo um guia de tópicos.

A técnica do grupo focal foi utilizada no primeiro grupo, no entanto, como a técnica exige um número mínimo de participantes que não estava sendo alcançado nos cenários da pesquisa, além do fato do número de reuniões repetidas perderem o foco e tornarem-se enfadonhas, com respostas que não contemplavam as questões da pesquisa, optou-se por outra técnica que contemplasse a pesquisa sem prejuízos metodológicos. A partir de então, foi utilizada a entrevista não diretiva em grupo.

A entrevista não diretiva em grupo é um método no qual a interação moderador-grupo ocorre de maneira mais descontraída, podendo ser realizada em apenas um encontro, com perguntas que surgem a partir das respostas do grupo.

3.3.1. CENÁRIO

O estudo foi realizado em duas instituições religiosas que acolhem a comunidade surda em um movimento pastoral, na região metropolitana do Rio de Janeiro e em uma empresa no município do Rio de Janeiro que promove cursos de qualificação para deficientes auditivos preparando-os para o mercado de trabalho. Pela sua cultura, os surdos se agrupam por comunidades. Os locais foram escolhidos por reunir representantes destas comunidades com determinada regularidade – ao menos uma vez na semana. O contato foi realizado previamente com as instituições e as entrevistas iniciaram após a autorização das instituições (ANEXOS A e B).

3.3.2. PARTICIPANTES

Foram entrevistados 24 deficientes auditivos participantes deste movimento nas instituições religiosas e do curso de capacitação profissional, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Os critérios de inclusão para que estes indivíduos pudessem ser entrevistados foram: ser deficiente auditivo, independente do grau de surdez, maior de 18 anos, participar regularmente das reuniões do seu grupo religioso e/ou de seu curso de capacitação. O critério adotado como o de exclusão foi: apresentar alguma deficiência intelectual que impedisse a comunicação efetiva na entrevista em grupo.

3.3.3. INSTRUMENTO

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados. O primeiro foi um questionário sociodemográfico para traçar o perfil de cada amostra. O segundo foi um roteiro para a entrevista semiestruturada. (APÊNDICE B)

Para Polit e Beck (2011), entrevistas semiestruturadas são utilizadas quando temos questões amplas que necessitam ser abordadas durante a entrevista. O moderador utiliza-se deste guia de entrevista garantindo a abordagem de todas as áreas.

3.3.4. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi feita através de respostas dos participantes e de registro de gestos, comentários, conversa paralela dos participantes, registrando todos os acontecimentos no decorrer do debate através da filmagem das entrevistas em grupo.

Ela foi desenvolvida em três momentos:

- 1) Os surdos participaram de encontros com o pesquisador para manifestar suas necessidades nos atendimentos de saúde e enfermagem, focando estratégias adequadas para comunicação não verbal alternativa (encontros gravados em vídeo);

2) Edição dos vídeos para apresentação aos intérpretes de Libras;

3) Apresentação dos vídeos ao TILS – Tradutor Intérprete de Língua de Sinais para tradução das mensagens gestuais em palavras.

Após a tradução dos vídeos, os dados foram transcritos no programa Word para preceder a análise.

3.3.5. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita através de categorias temáticas de Minayo (2004). Para a autora as categorias são criadas para estabelecer relações, agrupando elementos em torno de um conceito abrangente. As categorias podem ser formuladas na fase exploratória da pesquisa – mais abstratas, ou após a coleta de dados, sendo estas mais específicas.

Inicialmente realizou-se a leitura e releitura do material obtido na entrevista. Para a organização dos resultados construíram-se categorias, segundo as temáticas surgidas das falas das participantes durante as entrevistas realizadas.

A análise temática compreende a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise é a fase inicial da análise de documentos a partir da retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Ela pode ser dividida em leitura flutuante, constituição de corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos- retomando a etapa exploratória. A exploração do material corresponde ao momento em que os dados serão trabalhados para esclarecimento do texto, trabalhando com partes do texto para a definição das regras de contagem e assim classificar e agrupar os dados. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento em que os dados brutos são divididos e se realiza sua interpretação, inter-relacionando com o quadro inicial ou levando a novas dimensões teóricas. (MINAYO, 2004)

3.3.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a análise e separação por categorias temáticas, os dados foram interpretados sob a luz da multirreferencialidade, utilizando-se das diversas linguagens para compreensão do fenômeno, sem que elas se reduzam. A abordagem multirreferencial rompe com o processo moderno de um caminho único para a explicação de um fenômeno social, restaurando o significado de cada participante desta relação sujeito-objeto. (MARTINS, 2004)

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos de exposição aos deficientes auditivos. Todos os deficientes auditivos serão informados sobre os objetivos da Pesquisa e sua opção em participar ou não desta, assim como a respectiva assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o preconizado pela Resolução 446, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido à aprovação do CEP UNIRIO através da Plataforma Brasil, obtendo aprovação sob o parecer consubstanciado número 257.624 em 25/04/2013 (ANEXO C).

Após a análise dos discursos, os dados foram agrupados em três categorias. A primeira categoria apresenta a construção do sujeito surdo; a segunda apresenta as estratégias surgidas a partir de um esforço para se comunicar e a terceira demonstra a necessidade de um terceiro indivíduo para mediar a comunicação entre os surdos e a equipe de enfermagem.

Neste ponto da pesquisa é necessário fazer um adendo. Após os primeiros encontros, notou-se certa confusão na “fala” dos surdos quanto à comunicação com a equipe de enfermagem. Ora falam da enfermeira, ora do médico, demonstrando pouca ou nenhuma diferenciação dos mesmos quanto as especificidades práticas de suas categorias profissionais. Então antes de iniciar as reuniões seguintes optou-se por fazer uma intervenção explicativa a respeito da profissão e do exercício profissional de enfermagem. Mesmo assim, o discurso confuso permaneceu presente. Logo, nas falas surgem vários membros da equipe de saúde, como enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem.

Para preservar a identidade destes indivíduos, optou-se por utilizar apenas as iniciais de seus nomes, seguidas da idade dos indivíduos.

4.1. CATEGORIA 1: A ETIOLOGIA SOCIO-FAMILIAR: A CONSTRUÇÃO DO SUJEITO.

Nesta categoria buscou-se definir como este indivíduo que é surdo, usuário de um sistema de saúde em que os profissionais não conseguem se comunicar com ele, se reconhece. Não há como planejar o cuidado deste indivíduo sem compreendê-lo, sem mergulhar na essência de suas necessidades específicas. Para melhor visualizar a amostra foi construída a tabela a seguir:

Marcador	Variável	Frequência
Sexo	Masculino	33,4% (8)
	Feminino	66,6% (16)
Idade	18 – 29	25% (6)
	30 – 39	16,7% (4)

	40 – 49	8,3% (2)
	50 – 59	29,2 (7)
	= ou > 60	20,8% (5)
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	41,7% (10)
	Ensino Fundamental Completo	8,3% (2)
	Ensino Médio Incompleto	4,15% (1)
	Ensino Médio Completo	41,7% (10)
	Ensino Superior Completo	4,15% (1)
Origem da residência	Zona Norte	8,3% (2)
	Zona Sul	12,5% (3)
	Zona Oeste	8,3% (2)
	Baixada Fluminense	16,7% (4)
	Região Metropolitana	54,2% (13)
	Total	100% (24)

Tabela1: Perfil sociodemográfico dos entrevistados, Rio de Janeiro/RJ, 2013

Pela tabela acima vemos que 66,6% dos indivíduos entrevistados são do sexo feminino, 58.3% deles com idade superior a 40 anos, apenas 41% completaram o ensino médio e somente 4,15% o ensino superior e em sua maioria (54,2%) residentes na região metropolitana do Rio de Janeiro (Niterói e São Gonçalo).

De acordo com o último censo do IBGE (2010), o número de pessoas que apresentam grande dificuldade ou não ouvem de modo algum chega a 2.143.173 indivíduos. Apesar de a amostra estudada apresentar mais mulheres que homens, dados do IBGE apontam que o número de homens com deficiência auditiva é ligeiramente maior, sendo 1.118.694 homens e 1.024.479 mulheres.

Ainda de acordo com o IBGE (2010), os dados demonstram que o nível de instrução das pessoas com deficiência (nestes dados não há separação por tipo de deficiência) em sua maioria não chega ao ensino médio completo. O baixo nível de escolaridade da amostra se deve ao surgimento do conceito de escola inclusiva a partir da década de 90. Antes disso o investimento do governo para capacitação profissional em como lidar com as deficiências nas escolas públicas era baixo, levando grande parte da população com surdez a procurar escolas

de referência para surdos. Infelizmente nem sempre próximas à residência destas famílias, levando a um índice elevado de absenteísmo e posterior abandono dos estudos.

Quanto ao local de residência, se somarmos as variáveis não consegue de modo algum, grande dificuldade e alguma dificuldade, chegamos a 8.095.467 indivíduos com surdez residindo nas grandes áreas urbanas, enquanto apenas 1.621.850 vivem nas zonas rurais.

O número de pessoas com deficiência auditiva aumentou de 5,7 milhões no Censo de 2000 para cerca de 9,7 milhões de pessoas em 2010. Esta parcela da população que apresenta esta deficiência em específico cresceu consideravelmente nos últimos anos, o que deve chamar nossa atenção enquanto profissionais sobre as causas que levaram a este aumento e principalmente para que haja melhoria nos programas de detecção precoce e ações da enfermagem para prevenção da surdez.

Com a Lei nº 12.303 de 12 de agosto de 2010, tornou-se obrigatório a realização do exame de emissões otoacústicas evocadas, o teste da orelhinha, em maternidades públicas e privadas de todo o país, garantindo aos pais o acesso não só ao diagnóstico e intervenção precoce da surdez, mas também às informações inerentes ao quadro da criança. Infelizmente, o direito de acessibilidade à informação aos indivíduos desta pesquisa nem sempre foi respeitado nos atendimentos realizados durante suas vidas, uma vez que não tem conhecimento sobre a etiologia de sua surdez, como podemos observar nos relatos a seguir:

Eu nasci surda. Minha mãe bebia muito. Pode ter sido isso. *(ASA, 26 anos)*

Eu fiquei surda pequenininha. Minha mãe estava numa briga e aí eu cai, fui rolando e “pow”, nunca mais ouvi mais nada. Agora eu já cresci e consigo falar um pouco, em LIBRAS e com voz, mas quando eu era pequena eu não sabia nada. Totalmente surda... *(RQC, 55 anos)*

Bem, até os 4 anos de idade eu ouvia. Depois disso tive uma doença e a audição do ouvido direito sumiu com 8 anos, mas do esquerdo eu ouvia. Só um lado, só um. *(SOR, 39 anos)*

Eu fui crescendo e perdendo a audição aos poucos, não sabia o motivo. Via passarinhos voando, olhava o helicóptero passando, mas não ouvia quase nada. Até que perdi a audição de vez, acabou, fiquei surdo. *(LFC, 25 anos)*

No passado, meu pai e minha mãe brigaram, eu ficava nervosa na barriga da minha mãe. Aí ele empurrou, ela caiu grávida. Eu muito nervosa e nasci surda...
(ECS, 53 anos)

Para explicar sua surdez, estes indivíduos atribuem sua deficiência a causas como abuso de álcool, queda, doenças – apesar de não saberem definir qual - e mesmo susto. Sabe-se que as causas mais comuns para a surdez estão ligadas a fatores genéticos para a surdez, causas pré-natais como rubéola, toxoplasmose, sarampo, drogas, causas peri-natais como hipóxia, prematuridade, traumas no parto, drogas ototóxicas e causas pós-natais que podem ser otites de repetição, caxumba, encefalite, TCE. (CECATTO et al., 2003)

Pode-se inferir que a falta de informação sobre sua deficiência se deve a precariedade de programas de detecção precoce da surdez. Esta foi uma preocupação que surgiu mundialmente no final da década de 90 e no Brasil, mais efetivamente após os anos 2000 com a criação de programas de triagem neonatal.

Os surdos vivem em constante contato com a comunidade surda, logo, casam-se com membros da própria comunidade. Longhitano e Brunoni (2000) demonstraram que a consanguinidade é uma causa comum, ligada com maior frequência a genes autossômicos recessivos. As causas genéticas também surgiram neste estudo como foi observado no trecho a seguir:

Eu nasci surda, surdez profunda. Minha irmã também nasceu surda. As duas com surdez profunda. Meus primos também nasceram com surdez profunda e tenho duas sobrinhas surdas. Também tem primos surdos, tios surdos (...) Na minha família tem muito surdo. (CGA, 42 anos)

Quando estes indivíduos se reconhecem doentes, necessitam de uma terceira pessoa para mediar à comunicação. Cabe neste momento uma reflexão sobre nossa trajetória profissional. Quantos de nós, enfermeiros, já atendemos algum surdo em nossas unidades de saúde? Com certeza poucos de nós. Estes surdos também adoecem como qualquer outro indivíduo na população. Muitas vezes passam despercebidos pelo sistema, pois levam consigo um terceiro elemento para expressar suas necessidades de saúde. Ele se reconhece doente no

momento em que precisa de ajuda. Normalmente esta ajuda é oferecida por familiares e pessoas próximas, para suprir a falta de domínio dos profissionais de saúde em Língua de Sinais:

Já fiquei doente, fui ao hospital com a língua enrolada... me deram remédio, continuei lá e eles me deram remédio, deram injeção na veia... minha mãe foi junto comigo, ficou lá... Eu não ouvia nada por conta da surdez e eles conversavam lá com minha mãe. *(KRR, 39 anos)*

...Às vezes meu cunhado vai junto comigo, às vezes vou sozinha e consigo me comunicar... *(SOR, 39 anos)*

Pai ou a mãe sempre junto no médico. Antes eu não entendia nada, preciso chamar alguém pra ir junto sempre, porque eles só falam e eu não entendo nada. *(ASS, 26 anos)*

Há muito tempo atrás eu quebrei o braço. Meu avô me levou ao hospital (...) meu braço doendo, não conseguia falar. Entendia porque ele (avô) sabia Libras. *(TRM, 29 anos)*

Minha mãe sempre ajuda, fala em Libras comigo, mas tem dificuldade com leitura, não sabe ler e eu também tenho dificuldades com leitura e aí fica difícil... *(VRF, 26 anos)*

Eu fui pro hospital passando mal, minha filha me ajudou. Ficou vigiando o que faziam comigo, meu marido também me ajudou. Fiquei no soro, me deram remédio, fiquei mais calma. Na verdade minha prima me ajuda também, porque meu marido é muito nervoso. Ele fica mais nervoso que eu. Sempre levo comigo alguém. *(RQC, 55anos)*

Minha mãe me ajuda. Eu quando fico doente, vou ao hospital, tenho febre, minha mãe vai comigo e me ajuda (...) Minha mãe sempre vai comigo e me ajuda, eu não falo nada. *(MMM, 24 anos)*

Sempre que vou ao médico, dentista, preciso de alguém pra ir junto. Meu sobrinho é intérprete e vai junto comigo. *(HCM, 67 anos)*

A presença do familiar no momento de fragilidade da doença ou mesmo somente por estar na posição de paciente dá segurança ao surdo, uma vez que proporciona uma comunicação efetiva e acesso a informação.

Para Sluzki (1997), uma rede de apoio produz repercussões na saúde do indivíduo afinal, diminui o constante estado de alerta em que o indivíduo se encontra na situação de fragilidade, corroboram para a aceitação e inclusão deste indivíduo no meio, além de constantemente monitorar as condições de saúde deste indivíduo.

Não obstante os efeitos positivos gerados pelo apoio dos familiares e amigos, essa necessidade constante pode sobrecarregar a família e/ou atrapalhar estes indivíduos em outros campos de suas vidas.

Eu sempre vou com meus pais e os dois são idosos já. O melhor seria o que? O intérprete. Minha família também tem compromisso, nem sempre pode ir alguém comigo. (...) Às vezes eu levo minha filha junto, mas ela estuda de manhã e também é criança. Não dá pra ficar levando criança sempre ao hospital. Ela sabe português, entende, interpreta pra mim o que está escrito, mas nem sempre dá pra levar. *(CGA, 42 anos)*

Eu fui no médico de próstata. Minha esposa tb é surda, minha filha estava trabalhando e não podia ir, aí tive que chamar meu irmão pra ir comigo... *(LGFANR, 62 anos)*

Minha mãe ou irmã sempre junto. Se eu passar mal precisa ligar pro trabalho da minha irmã pra ir junto comigo. *(ASA, 26 anos)*

Neste último relato de ASA, vemos que sua irmã precisa sair do trabalho para levá-la ao serviço de saúde e poder se comunicar por ela, o que gera transtornos em seu trabalho. Mas se por um lado este apoio social leva a efeitos positivos no paciente, por outro, leva a estagnação do conhecimento. Quando estes profissionais da área da saúde, principalmente os profissionais da enfermagem, recebem surdos em suas unidades de saúde acompanhados de um familiar que faz a ponte na comunicação entre eles, não se preocupam em criar estratégias alternativas que supram a falta de conhecimento em Libras.

4.2. CATEGORIA 2: DESCUBRO-ME ENTENDENDO: A COMUNICAÇÃO DO ESFORÇO

Apesar dos profissionais de saúde não dominarem a língua de sinais, os surdos utilizam estratégias alternativas a ela para tentar compreender a equipe. Uma das alternativas que surgiram para solucionar o problema de comunicação foi a leitura labial, conforme os depoimentos abaixo:

Eu quando fui ao médico, entendo um pouco de leitura labial e quando não entendia o que era falado eu pedia pra escrever, olhava entendia e fazia perguntas, ele respondia o que era pra fazer, tratamento e tudo e eu entendia. *SOR, 39 anos*

Às vezes eu entendo leitura labial porque perdi a audição com 12 anos, então consigo me comunicar, mas tenho dificuldade porque vou ao médico e meu filho vai junto pra poder me ajudar. (KGAS, 54 anos)

Leitura labial entendo um pouco. (IPSA, 29 anos)

A leitura labial é uma estratégia muito comum utilizada pelos surdos para comunicação com ouvintes. Porém ela não garante a compreensão plena da mensagem. Para McAleer (2006) e Britto e Samperiz (2010) esta estratégia requer muita atenção ao ser utilizada como forma principal de comunicação, pelo simples fato de que vários fonemas são reproduzidos com similar movimento labial. Mesmo pessoas altamente habilitadas conseguem compreender entre 30% e 40% da mensagem observando o movimento dos lábios. Além disso, a mudança na posição da cabeça pode levar a perda de informação.

A Leitura Labial apontada como forma do surdo compensar a perda auditiva e acessar a as informações via palavra é 75% uma espécie de adivinhação inspirada ou adivinhação por hipótese (SACKS, 1998).

Vilhalva (2004) aponta que ao realizar a leitura labial, está incutido nele um processo mais lento de uma percepção visual e devemos notar que o ritmo do processo de elaboração mental das palavras e a fala são diferentes. Até que haja estruturação do pensamento e compreensão da mensagem, grande parte da informação foi perdida, restando ao surdo inserir as palavras soltas compreendidas e inseri-las num contexto geral.

Reily (2004) afirma que mesmo quando o deficiente auditivo acompanha o assunto que está sendo exposto, quando conhece o contexto que está sendo apresentado, os equívocos na interpretação da leitura dos lábios podem chegar a 60%. É possível ler o formato dos lábios, mas não a posição da língua dentro da boca, assim, um mesmo formato de lábios e posição de língua servem para emitir o som de t e d ou r, l e n, por exemplo, provocando muitas dúvidas de interpretação.

Algumas características do emissor da mensagem, como idade, articulação da boca, velocidade da fala, podem se tornar obstáculo na compreensão, conforme observado pelos depoimentos a seguir:

Mas isso depende porque velho fala com a boca pouco articulada e eu não entendo, aí chamo meu cunhado pra ir junto. Quando articula melhor eu entendo, aí fala, fala, escreve, conversa e é melhor. *(SOR, 39 anos)*

Às vezes eu vou sozinha, tento fazer leitura labial, mas quando fala com a boca cerrada é difícil de entender e quando articula mais a fala é melhor, mas eu peço pra falar devagar pra poder entender (...) A gente tenta fazer leitura labial, escrita, mas a equipe do hospital precisa ter paciência. Precisa falar devagar, escrever, ter calma... *(VRF, 26 anos)*

Falar, articular melhor. Porque a gente chega no hospital e o médico, enfermeiro fala, entrega o papel na mesa, nem olha direito, já tem que sair da sala. Os ouvintes falam rápido, escrevem rápido, mas o surdo não entende, aí precisa chamar o intérprete pra ir lá e fazer o trabalho. *(LFC, 25 anos)*

Quando começa a falar rápido eu peço fala devagar, eu sou surda, aí ele fala: “Ah, desculpa”. Mas depois fala rápido novamente. *(AMCNR, 64 anos)*

Tem muito médico que fala rápido e eu não entendo nada. *(IPSA, 29 anos)*

A comunicação verbal escrita também foi citada nesta categoria. O uso de notas escritas é muito comum entre profissionais de saúde e clientes surdos, mas mesmo surdos alfabetizados podem apresentar dificuldades na compreensão de algumas palavras:

Eu acho que escrever é melhor. *(GS, 54 anos)*

(...) Escrita também depende porque eu tenho dificuldade com algumas palavras, não entendo bem e aí peço pra falar outra palavra pra poder entender, mas depende (...) Porque eu sou surda desde bebê, aí tenho dificuldade com palavras em português, faço leitura labial, escrevo, mas depende. Por isso é importante a presença do intérprete nessas horas! *(VRF, 26 anos)*

Às vezes eu vou fazer um exame ginecológico e eu fico sem saber o que eu tenho. Aí escreve em português e pra mim é fácil, mas o nome do remédio eu não entendo. O médico fala, fala, eu não entendo direito o que está falando. Ele escreve em português o horário, de manhã, de noite, mas e o nome do remédio, como tomar, a doença, o tipo, fico sem saber. Com o intérprete seria diferente (...) eu escrevia, ele escrevia, mas tinha palavras que eu não entendia em português. Aí eu tinha que chegar em casa e perguntar a minha mãe ou irmã e elas me explicavam. Aí sim eu entendia. Intérprete é difícil de achar. *(CGA, 42 anos)*

(...) é difícil fazer leitura labial. Só no papel, escreve e lê a palavra, mas não conhece. Por isso é importante o intérprete junto. A comunicação não existe. Tem surdos que sabem português, mas eu não. Tenho dificuldades. Então precisa Libras. *(SOR, 39 anos)*

Chaveiro e Barbosa (2005) e Lieu et al.(2007) concordam que palavras em português podem representar barreiras na comunicação uma vez que estes indivíduos têm como primeira língua a Libras e muitas vezes tiveram pouco acesso ao sistema educacional. Para Pagliuca et al. (2007), quando o paciente é alfabetizado em português este método pode ser utilizado como forma principal de comunicação quando uma das partes não é capaz de utilizar a Libras.

As dificuldades advindas desta forma de comunicação também ocorrem na via surdo-profissional, uma vez que os enfermeiros não conseguem compreender as frases escritas devido a estrutura gramatical da Libras ser diferente da Língua Portuguesa. (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006)

Diversos estudos comprovam que os profissionais de saúde em geral não possuem nem uma noção da Língua de Sinais, sendo necessárias estratégias alternativas a ela. Uma surda mostrou que a mímica também pode ser utilizada para este fim:

Mas tem outros modos de comunicar, por demonstração, não é só jogar a prescrição na mesa. Pega e mostra: esse remédio aqui você vai tomar 1 comprimido uma vez por dia de manhã! Fica fácil assim! (VRF, 26 anos)

Os próprios surdos sinalizam que é preciso fazer uma avaliação individual para a escolha do melhor método de comunicação, como observado abaixo:

Se o surdo for oralizado, aí sim escreve. Mas depende da pessoa. Tem surdo que não gosta de Libras, prefere português, ok, mas a maioria prefere Libras. Se o surdo usar implante coclear, por exemplo, vai preferir português. Depende. (HRS, 42 anos)

Depende do surdo. Se o surdo tiver muita dificuldade precisa do intérprete. Se não tiver pode fazer leitura labial, tentar escrever. Depende... (AMV, 57 anos)

A escolha do método de comunicação ideal com determinado paciente surdo está intimamente ligada ao tipo de educação que este surdo teve e a sua identidade cultural, se ele foi criado dentro de uma cultura ouvintecentrista ou se teve maior identificação com a cultura surda.

Perlin (1998) diz que os surdos podem apresentar diversas identidades e que estas são resultantes da formação ideológica do meio em que estiveram inseridos. Afirma ainda que ao

passo que os surdos se identificam com a comunidade surda, eles fortalecem uma realidade sócio-linguística-cultural da identidade surda e, quanto mais próximos da cultura ouvintista, mais distantes estarão de suas questões culturais.

Um grupo de surdos resolveu demonstrar como seria a forma de comunicação ideal feita por profissionais que não sabem Libras. No vídeo eles demonstram, em uma dinâmica teatral, como devemos agir durante o atendimento a um cliente surdo na ausência de um intérprete:



Figura 1: Arquivo pessoal, 2013.

1. Identificar quem é o surdo que precisa de atendimento. Muitas vezes os surdos aparecem acompanhados de outros surdos nas unidades de saúde. No ímpeto de ajudar com rapidez, podemos nos dirigir ao surdo errado e atrasar o atendimento.
2. Decidir com ele qual a melhor estratégia de comunicação a ser utilizada. Para isso faz-se necessário identificar qual o grau de surdez do indivíduo, saber se ele é oralizado, se entende bem o português e se estiver acompanhado, se o acompanhante pode servir de intérprete caso a Libras seja escolhida como modalidade exclusiva de comunicação.

3. Dirigir-se sempre ao surdo. Falar de frente para o surdo, sem movimentar muito a cabeça, para que ele não perca nenhuma informação caso deseje utilizar também a leitura labial.
4. Durante os procedimentos não fale com o surdo. Explique antes o que irá fazer, realize o procedimento e depois explique os achados ao surdo. Durante o procedimento ele estará prestando atenção nos seus movimentos, por isso deixará passar as informações ditas durante o procedimento.
5. Utilizar estratégias de apoio à comunicação. Desenhos, mímicas, gestos podem ajudar na compreensão das informações, garantindo a efetividade da comunicação e do cuidado prestado.
6. Certificar-se da compreensão do plano de cuidados. Perguntar o que o surdo entendeu e fazê-lo repetir é uma boa estratégia não só para avaliar a compreensão, mas também para fixar as orientações.

Utilizando estes passos como guia, podemos prestar uma assistência adequada aos surdos e facilitar sua compreensão e adesão ao plano de cuidados estabelecido.

4.3. CATEGORIA 3: DESCUBRO QUE O OUTRO NÃO ME ENTENDE E EU NÃO ENTENDO: A NECESSIDADE DO INTÉRPRETE

A Língua de Sinais é sem dúvida a primeira escolha dos surdos, mas é importante lembrar que a Libras para o surdo não é comunicação alternativa. Para eles a Libras é a primeira língua.

Libras é melhor! (ASA, 26 anos e AFSA, 30 anos)

Melhor Libras (...) O certo mesmo é Libras. (HRS, 42 anos)

A maioria dos surdos não querem estratégias alternativas de comunicação. Anseiam na verdade pelo respeito às leis e a sua cultura com a presença de intérpretes nos serviços de saúde:

Mas precisa de intérprete! A gente quer intérprete nos hospitais! Precisa! (...) Meu marido é surdo, não é? Não, é ouvinte! Ele me ajuda, interpreta em sinais a fala, fala bem. Na verdade ele é metade surdo. Ele também me ajuda, fala pra mim o que o médico falou no hospital, mas precisa de intérprete em cada hospital, porque, por exemplo, se tem alguém com surdez profunda não vai conseguir falar, a leitura labial é ruim, como vai se comunicar? Precisa sim de intérprete. (SOR, 39 anos)

Tem que chamar e colocar intérpretes no hospital, pra falar em Libras... VRF, 26 anos

Uma vez eu fui ao hospital e não tinha intérprete. O médico me deu a receita e eu li, tá ok, beleza. Fui pra medicação e a enfermeira ficou falando comigo e eu: eu sou surdo, não entendo o que você fala! Aí ela me mostrou escrito e eu fiz leitura labial, mas depois fui procurar um intérprete num hospital grande em um outro lugar e no dia que eu fui não tinha intérprete lá. Pensei, volto outro dia. Daí eu voltei e eles me disseram que tinha intérprete. O intérprete me ajudou e eu entendi tudo. (LPS, 25 anos)

Eu penso comunicar médico muito difícil. Pergunta se sente dor, aponta a dor, mas não conhece o sinal, vc fala em Libras ele pergunta e não sabe. Pede pra outra pessoa falar. Procura alguém que saiba Libras, procura outro, outro, depois outro e sente mal, mas não consegue se comunicar. Sempre peço um intérprete pra ir junto, alguém que saiba Libras... (LFMS, 58 anos)

É importante lembrar que quando falamos de intérprete, faz-se referência ao profissional TILS. Confiança é um fator essencial na interação dos surdos com estes profissionais. Para McAleer (2006) alguns surdos podem ser relutantes quanto ao uso do intérprete se o mesmo não é conhecido pela comunidade surda. Os surdos preocupam-se com questões de sigilo durante a consulta, porém sem um intérprete para mediar a comunicação ficariam alheios as decisões de conduta para o tratamento.

Como se comunicar no hospital é difícil. Meu sobrinho intérprete vai comigo no hospital, fala para o médico o que eu estou sentindo e o que falei em Libras e interpreta pra mim o que o médico falou, o médico entende, passa os remédios e o intérprete passa toda informação pra mim. (AARM, 62)

“Também vou ao médico e eles não sabem Libras. Preciso do intérprete pra ajudar, sempre familiar, mas consigo me comunicar assim...” (TMN, 54 anos)

Não tem intérprete. Você vai ao médico ele escreve no papel, mas você não entende. Aí vai a farmácia, compra o remédio e vai tomar em casa sem nem saber o que é? Não dá... (CGA, 42 anos)

Porque precisa chamar o intérprete, mas às vezes ocupado. Intérprete é bom, mas sempre pode ir junto. Tem o tempo também, porque chama o intérprete e demora, tem fila, o intérprete perde tempo esperando, é muito difícil. (*AMCNR, 64 anos*)

Os surdos constantemente reclamam da falta de intérpretes nos serviços de saúde e de seu baixo quantitativo para a demanda. McAleer (2006) afirma também que apesar do número reduzido de intérpretes, os profissionais TILS são preferíveis aos familiares para mediação da consulta, uma vez que os familiares podem esconder informações ruins dos pacientes ou mesmo tomar decisões por eles quando acreditam que esta seria a melhor conduta.

Para Lieu (2007) ter o familiar como intérprete pode não atingir os objetivos de comunicação efetiva uma vez que o mesmo não possui vocabulário necessário para explicar conceitos médicos complexos e pode ainda levar o paciente a não fornecer informações que podem ser cruciais para um correto diagnóstico e tratamento.

Os TILS possuem treinamento necessário para respeitar os preceitos éticos de sua profissão, sendo tradutores literais das informações transmitidas, sem interferir ou sobrepor sua opinião em detrimento das decisões cabíveis ao paciente surdo.

Uma questão importante que também surgiu foi a referente ao gênero do intérprete. As surdas preferem intérpretes mulheres quando vão, por exemplo, a uma consulta com um ginecologista ou realizar preventivo com enfermeiras em unidades básicas:

Eu sempre vou ao ginecologista sozinha. Eu acho melhor ter uma intérprete menina. Melhor né! É melhor mulher do que homem não é? (*SOR, 39 anos*)

A minha namorada eu respeito, nessa hora eu fico do lado de fora. Mas ela não entende nada. Aí o que eu posso fazer? Agradeço e vou embora! (*LFC, 25 anos*)

Os surdos mostram-se ainda preocupados com a formação dos profissionais de saúde. Para minimizar as barreiras comunicacionais entre profissionais e clientes, os surdos sugerem que os profissionais invistam em cursos de Libras, pois é importante conhecer a cultura da comunidade surda para realizar um atendimento adequado.

Eu estou muito preocupada dentro da área médica, dentro dos cursos, precisa de mais aprofundamento na área da surdez. Como se comunicar, aprender Libras,

passar a informação. Quando se forma e está no hospital e chega um surdo, começa a falar em Libras, como entender, precisa saber se ouviu algo, se não ouviu nada, cria um modo de falar (...) Agora eu quero dentro da área da saúde um conhecimento profundo na surdez.. (AMCNR, 64 anos)

Eu era instrutor de Libras. Precisa ensinar Libras dentro das faculdades. Os profissionais precisam saber Libras. Eu sou surdo. Eu chego no hospital e ninguém sabe falar Libras. Quando encontro eu explico o que estou sentindo, peço ajuda e dentro do hospital precisa de pessoas que saibam libras (...) Precisa ensinar o simples, o básico, dor na barriga, partes do corpo, focar nos sinais da saúde pros profissionais no ensino das faculdades... precisa saber Libras, nem sempre o intérprete pode ir. Se achar um médico que saiba Libras seria ótimo! (LGFANR, 62)

Precisa aprender mais Libras, ensinar mais, fazer curso. Eu já estou acostumado a ir sozinho nos hospitais, falar com os médicos, enfermeiros, mas por exemplo, como uma pessoa surda passando mal, se tremendo, em choque pode se comunicar se não consegue se comunicar em Libras? Fica ruim assim... (LFC, 25 anos)

Também precisa de médicos, psicólogos e enfermeiros que saibam Libras. Tem poucos intérpretes pra dar conta de todos os surdos. (HRS, 42 anos)

Médico, advogado, policial, precisam saber Libras. Todos os profissionais do hospital precisam saber Libras pra se comunicar com os surdos! (VRF, 26 anos)

Eu falei no hospital que precisa de intérpretes. Eles sempre dizem que querem aprender. Eu fico feliz em saber que eles querem aprender. Explico que tem o INES, a FENEIS, digo que tem curso de Libras lá, mas precisa ver dia e horários, essas coisas, pra eles poderem aprender. Quando volto depois e alguém foi pro curso, já se comunica melhor comigo em Libras e fica mais fácil, é melhor. (SOR, 39 anos)

Um dos surdos demonstra ainda que é preciso um movimento que deve partir da comunidade surda, um processo cuja informação saia das comunidades surdas e invada hospitais, faculdades e multiplique a informação, incomode e desperte o interesse dos profissionais pela temática:

O mais importante é que nos lugares tenham palestras para aconselhar, explicar as coisas (...) Precisa divulgar a cultura do surdo, mostrar como é. Na maioria dos lugares falta comunicação, falta intérprete. Precisa entrar nos lugares e mostrar a cultura dos surdos, é importante dar palestras para os enfermeiros entenderem a cultura. Porque o médico prescreve, manda fazer o remédio e o surdo não sabe nem o que vai tomar, o que vai fazer, aí se assusta. Se explicar a gente entende. Às vezes o surdo fica nervoso, com raiva e vai embora. Não tem informação, não tem nada. Se tivesse alguém que soubesse Libras seria mais tranquilo. Fica nervoso pela falta de comunicação. (HRS, 42 anos)

A presença de um intérprete garante ao surdo o melhor entendimento dos processos realizados, além de ser um direito, mas isso nem sempre é respeitado, como no relato a seguir:

Eu queria muito um intérprete dentro do hospital quando minha filha nasceu. Eu lá deitada esperando, no meio daquelas pessoas estranhas, de máscara, sem saber o que acontecia. Minha filha nasceu e eu queria saber como ela estava. Ninguém

me falava nada. Meu marido não pode entrar. Difícil! Eu fiquei nervosa! (...) Quando eu senti contração, fui para o hospital. Me colocaram numa cadeira, me levaram pra sala. Pedi pra minha mãe vir junto, pra me ajudar na comunicação, mas a enfermeira falou que não podia, que o médico não autorizou. Entrei na sala, todos de branco, com máscara, eu não via o rosto de ninguém. O médico falou tira a roupa, mas eu não entendia! Depois ele fez o sinal pra eu tirar e aí eu entendi! Mas se tivesse alguém comigo ou um intérprete seria diferente. A comunicação seria mais fácil. A maioria das surdas tem filho sem nenhuma comunicação com a equipe. (CGA, 42 anos)

Situações como esta última não são isoladas e ocorrem com muito mais frequência do que imaginamos. Quando os direitos dos surdos não são respeitados, são ignorados a ponto da vontade de um dos membros da equipe se sobrepor a necessidade comunicacional e ao direito legal constitucional de acessibilidade a informação, podemos dizer que esta é uma forma de preconceito. E o preconceito também está presente no discurso desta minoria:

Os ouvintes em geral tem preconceito, mas é algo que precisa mudar na cabeça das pessoas. Eles pensam: ah, tadinho do surdo. Mas não é assim. Só precisa do intérprete pra gente se comunicar melhor. (VRF, 26 anos)

Se sentir dor e for ao hospital pra ser atendido? O ouvinte vai chegar lá e perguntar: o que você está sentindo? Mas eu surdo, sem entender nada, começo a falar, mas ele também não entende o que eu falei. Os ouvintes tem preconceito sim, desprezam os surdos. Como vão me ajudar se não entendem o que estou falando? (LFC, 25 anos)

Observa-se também o preconceito quando a situação é invertida, quando o profissional de saúde é o surdo e os pacientes são ouvintes, conforme o relato:

Meu amigo fez faculdade pra ser dentista. Estudou quatro anos, se formou, feliz, ok. O pai deu um consultório pra ele quando se formou, mas os ouvintes iam lá e depois não confiavam num dentista surdo. Perguntavam: pode ter dentista surdo? Ele explicava: eu estudei igual aos outros, me formei igual! Também competente! Mas as pessoas não começavam o tratamento porque ele era surdo. Aí ele desistiu, foi fazer pedagogia! (HRS, 42 anos)

Para realmente melhorarmos o atendimento desta clientela devemos investir em técnicas e métodos que nos garantam um atendimento de qualidade. Para isto, precisamos esquecer a visão paternalista que enxerga o surdo como coitado, como incapaz, reconhecendo-o como indivíduo pensante, que existe em relação ao outro, ajudando-o a sair deste lugar imposto ao ser oprimido.

Deve-se reconhecer também que os lugares de oprimido e opressor se trocam, mudam de acordo com a situação. Historicamente, os surdos são oprimidos por ser uma minoria e, como minoria subjugada, são mal compreendidos e oprimidos pela sociedade em geral. Porém, quando profissionais de saúde que não sabem se comunicar corretamente com clientes surdos os encontram, principalmente em situações de emergência, estes profissionais também se sentem oprimidos. Sentimentos como medo, ansiedade, frustração e incapacidade surgem reforçando a opressão cultural de um indivíduo apenas, mas que sem o conhecimento dela não seria possível atendê-lo.

Para Freire (2011) esta libertação ocorrerá através de uma ação cultural, onde os oprimidos busquem reconquistar sua humanidade, se transformar, pela superação da alienação, pela afirmação do homem como pessoa. Não podendo este indivíduo, antes oprimido, se tornar opressor de seus opressores. Deve então se libertar e libertar seus opressores.

Esta prática libertadora deve ocorrer através de um legítimo conhecimento da cultura surda e da ação dialógica. Neste sentido,

“Dialogar não significa invadir, manipular, ou fazer slogans. Trata-se, isto sim, de um devotamento permanente à causa da transformação da realidade. Nesse diálogo é o conteúdo da forma de ser que se mostra peculiarmente humano, excluído de todas as relações nas quais as pessoas são transformadas em ‘seres para o outro’ por pessoas que são ‘falsos seres para si’. O diálogo não pode se deixar aprisionar por qualquer relação de antagonismo. O diálogo é o encontro de amor de pessoas que, mediadas pelo mundo, ‘proclamam’ esse mundo. Elas transformam o mundo e, ao transformá-lo, o humanizam para todos.” (FREIRE, P. 1971, In: Lima, VA. Comunicação e cultura: as ideias de Paulo Freire. 2011. pág. 90).

Este discurso de ação dialógica presente em Freire está intimamente ligado à prática do cuidado de enfermagem. Não podemos invadir a cultura do surdo com nossas vontades, nossos desejos e anseios comunicacionais, muito menos sobre a decisão do que seria melhor em uma conduta pela falta de tempo ou mesmo vontade de comunicar. Precisamos nos apropriar do real sentido de dialogar, reconhecendo-o como um indivíduo pensante, optando junto ao surdo pela melhor forma de comunicar.

É preciso dar voz ao surdo. Mas como ouvir a voz de um indivíduo que não fala? Precisamos então ver vozes. Já que sua língua é a de sinais, sua voz é liberada através do movimento das suas mãos, devemos perceber, codificar e compreender seus sinais e expressões, assim sendo, sua voz. Isso será possível quando respeitarmos sua cultura e aprendermos a sua língua.

Ao realizar essa ação dialógica com o surdo, se aprofundando na cultura surda, o enfermeiro também estará desenvolvendo suas habilidades e competência cultural em cuidar, aplicando assim à sua prática a Teoria de Cuidado Transcultural.

Reconhecendo que o surdo pertence a uma cultura visual e utiliza as mãos para se comunicar, evitaremos toda e qualquer barreira comunicacional provocada por nossos procedimentos. Logo, um enfermeiro que respeite a cultura do surdo evitará, por exemplo, puncionar um acesso venoso periférico na mão dominante do surdo, o que prejudicaria seus movimentos e, por conseguinte, sua fala, sua voz, colocando-o novamente numa posição de oprimido, retomando a ideia de cultura do silêncio.

Quando o enfermeiro se comunica com os surdos, a comunicação pode ser comparada a uma balança. Ora tende para um lado, ora tendendo para outro, mas o ideal é que ao final ela permaneça em equilíbrio. A comunicação pode, e deve, passar por momentos em que o peso maior está em um dos lados da balança, quando estamos informando ao cliente seu quadro de saúde e damos orientações por exemplo. Pode se inclinar para o outro quando o cliente expõe suas dúvidas, suas necessidades. Mas se houver compreensão das informações por ambos os lados, a balança da comunicação irá se equilibrar.

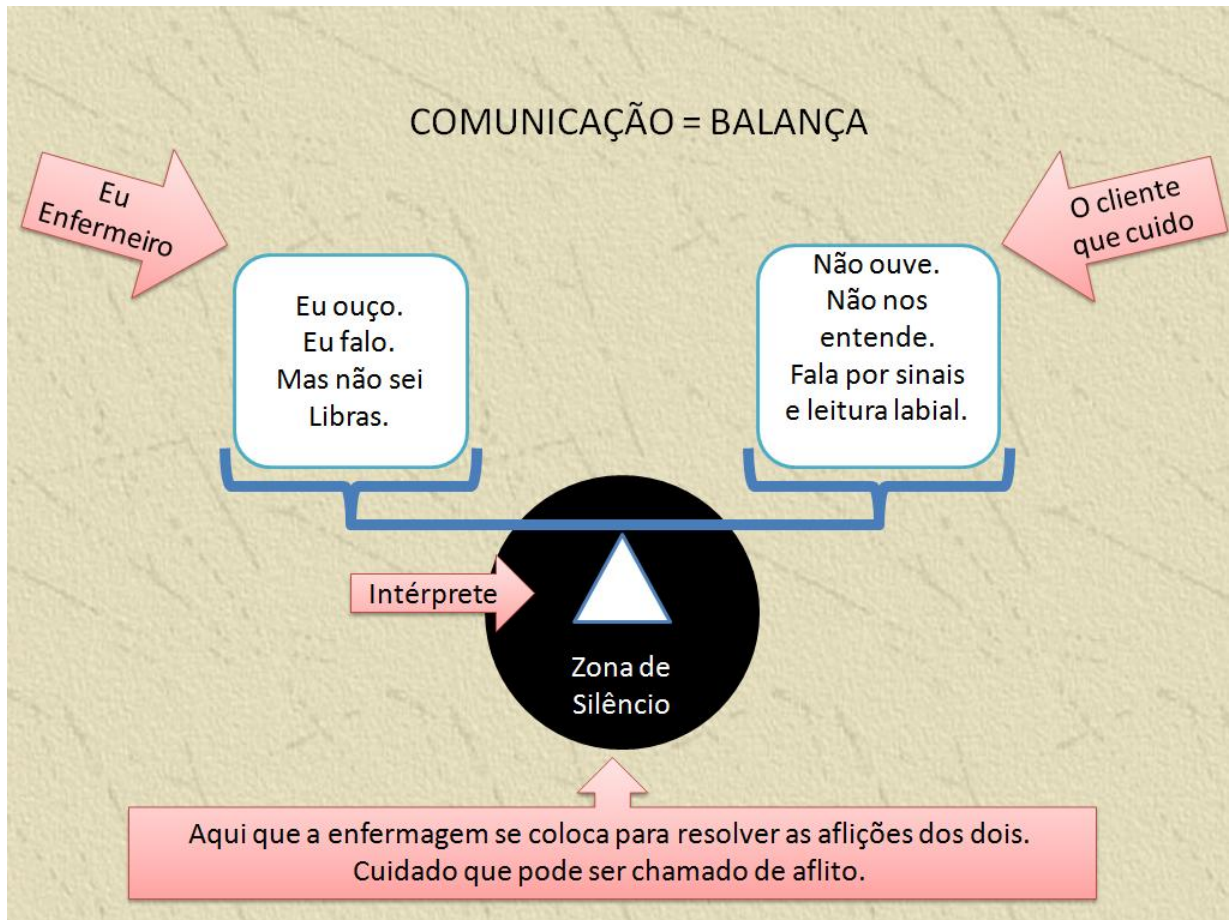


Figura 2: Esquema comparativo entre a Comunicação e a Balança.

O enfermeiro ao cuidar de qualquer cliente, mas principalmente ao cuidar do cliente surdo precisa ter empatia. Se o profissional não sabe se comunicar na língua do cliente, ou ao contrário, se o cliente não consegue se comunicar na língua do enfermeiro, a leitura dos cuidados a serem prestados é intuitiva. A comunicação torna-se gaga, uma comunicação aflita, onde um anseia por compreender o outro, mas não o faz pela barreira da linguagem. É quase o mesmo que falar com um estrangeiro, mas um estrangeiro dentro do seu próprio país.

O enfermeiro usa a comunicação alternativa para suprir a sua falta de conhecimento em Libras. Lança mão então da leitura dos movimentos labiais, da comunicação não verbal e da linguagem corporal, para facilitar o processo de comunicação. Mas ainda assim existe uma caixa escura, uma zona de silêncio. Neste momento surge o intérprete, para atuar na grande caixa escura da comunicação.

Os profissionais de saúde precisam ainda reconhecer a importância da Libras não só no cuidado com os surdos, mas de pessoas em geral com dificuldade ou impossibilidade de se comunicar verbalmente. Deliberato et al. (2009) afirmam que os sinais manuais entram em ação para suprir necessidades de comunicação em pessoas com motricidade preservada de membros superiores enquanto a oralidade não se desenvolveu.

Reily (2009) destaca a importância de sinais manuais e gestos nos processos de comunicação em crianças que não falam ou com deficiências múltiplas (deficiência física associada à surdez).

Portanto, podemos utilizar sinais da Libras e treinar com alguns pacientes antes de uma cirurgia para utilizar durante os momentos em que ele estará impossibilitado de se comunicar verbalmente. Por exemplo, em uma cirurgia de crânio-maxilo em que o paciente não poderá falar após o procedimento cirúrgico, podemos treinar com ele alguns sinais como o de dor, sede, náusea, banheiro para facilitar a comunicação e interação entre ele e a equipe no atendimento de suas necessidades.

Esta pesquisa procurou extrair da comunidade surda as melhores técnicas de comunicação a serem utilizadas pela equipe de enfermagem para o atendimento das necessidades específicas destes clientes. As respostas surgiram a partir das experiências vivenciadas pelos surdos, tanto no atendimento público quanto no privado, e foram agrupadas em três categorias.

Os surdos e os profissionais de saúde frequentemente utilizam estratégias alternativas a Libras – a língua materna dos surdos – para superar as barreiras comunicacionais determinadas pela diferença da língua. Utilizam então leitura labial, linguagem verbal escrita, mímicas, demonstrações, mas ainda assim os surdos temem não compreender perfeitamente as orientações realizadas pelos profissionais de saúde.

Estes clientes necessitam do real cumprimento das legislações vigentes para conquistar sua plena acessibilidade, equidade e autonomia no atendimento em hospitais públicos, clínicas da família e ambulatórios. Para que isto ocorra, precisamos de profissionais intérpretes nestes locais para intermediar a comunicação na primeira língua do surdo.

Deve haver também maior investimento na capacitação profissional para que os enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, aprendam a Libras e consigam se comunicar plenamente com esta clientela. Após esta capacitação, estarão aptos também a utilizá-la com clientes com oralidade prejudicada, sejam estes traqueostomizados, pacientes após uma cirurgia de crânio-maxilo, ou qualquer outro procedimento que os impeça momentaneamente de utilizar a fala como forma de comunicação principal.

Existe a necessidade também de investimento em capacitação de professores do ensino superior, para popularização da Libras e criação de acessibilidade de alunos surdos nos cursos de enfermagem. Neste ponto, podemos nos questionar sobre alguns procedimentos que não poderão ser realizados pelo enfermeiro surdo, pela limitação da audição, mas devemos reconhecer que com um campo visual e percepção ampliados, um enfermeiro surdo não

precisaria ouvir um alarme sonoro de algum monitor para reconhecer alguma alteração do paciente por exemplo.

As universidades também devem criar disciplinas que contemplem o ensino da comunicação não verbal, com ênfase na comunicação com clientes surdos e no ensino da Libras. Para os cursos de enfermagem, já existe a disciplina de Libras oferecida como matéria optativa/eletiva pelas principais universidades públicas no estado do Rio de Janeiro e também nas instituições privadas, mesmo que apenas como disciplina de modalidade online. Nestas disciplinas, os alunos aprendem o básico para se comunicar com clientes surdos.

O que falta neste momento é a criação de disciplinas que contemplem sinais específicos não só da área da saúde, mas também sinais específicos da enfermagem. Desta forma os surdos poderão entender a nossa profissão e poderemos nos comunicar de forma mais natural durante os procedimentos, levando a valorização e o reconhecimento da profissão de enfermagem pelos surdos sem que sejamos confundidos com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, e não apenas lembrados na hora da administração da medicação, como observamos nos discursos dos surdos.

Para auxiliar no cuidado de clientes surdos, criamos um material para ser divulgado entre os profissionais de saúde para orientar a comunicação com estes indivíduos.

(APÊNDICE C)

AMIRALIAN, Maria LT et al . Conceituando deficiência. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 34, n. 1, Feb. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n1/1388.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. A Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência e seus reflexos na ordem jurídica interna do Brasil. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Org). Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 1 ed. São Paulo: Ed. Saraiva. 2012. Parte I, cap. 3, p. 52-60.

BARCELLOS, Ana Paula de; CAMPANTE, Renata Ramos. A acessibilidade como instrumento de promoção dos direitos fundamentais. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Org). Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 1 ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. Parte II. Cap. 2, p. 175-191.

BARNETT, Steven. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. Acad Med, v. 77, n. 7, jul. 2002. p. 694-700. Disponível em: http://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2002/07000/communication_with_deaf_and_hard_of_hearing.9.aspx#. Acesso em: 17 jul. 2012.

BENTES, Iratyenne Maia da Silva et al. Deaf person's perception on health care in a midsize city: an descriptive-exploratory study. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), v. 10, n.1, p., mai. 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3210.2>. Acesso em: 23 abr. 2013.

BITTES JÚNIOR, Arthur; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. (Org.) *Instrumentos Básicos para o Cuidar um desafio para a qualidade de assistência*. 1 ed. São Paulo, Ed. Atheneu, 2003, Cap. 6, p. 61-73.

BISOL, Cláudia; SPERB, Tania Mara. Discursos sobre a surdez: deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. Psic.: Teor. e Pesq, Brasília (DF), v. 26, n.1, p. 07-13, jan.-mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a02v26n1.pdf> . Acesso em: 04 mai. 2013.

BRASIL. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 dez. 1999.

_____. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 dez. 2000.

_____. Portaria MS/GM n.º 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da pessoa portadora de deficiência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 jun. 2002.

_____. Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 abr. 2002.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa. Brasília: MEC; SEESP. 2004. 94 p.

_____. Portaria MS/GM n.º 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 set. 2004.

_____. Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n.ºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 03 dez. 2004.

_____. Decreto n. 5.626 de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 dez. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. 346 p.

_____. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010. 72 p.

_____. Lei nº 12.303 de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Dengue : diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. 4 ed. 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59.

BRITTO, Fernanda da Rocha; SAMPERIZ, Maria Mercedes Fernandez. Communication difficulties and strategies used by the nurses and their team in caring for the hearing impaired. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, jan.-mar. 2010. p. 80-85. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1339-Einsteinv8n1p80-85.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2013.

CARDOSO, Adriane Helena Alves; RODRIGUES, Karla Gomes; BACHION, Maria Márcia. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, n.4, jul.-ago. 2006. p. 553-560. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a13.pdf. Acesso em: 15 mai. 2013.

CECATTO, Suzana B. et al. Análise das principais etiologias de deficiência auditiva em Escola Especial “Anne Sullivan”. *Rev Bras Otorrinolaringol*, São Paulo, v. 69, n. 2, mar.-abr. 2003. p. 235-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v69n2/15630.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008. p. 578-583. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a22.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área da saúde como fator de inclusão social. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.39, n. 4, dez. 2005. p. 417-422. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/62.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

CHUN, Regina Yo Shon. Comunicação suplementar e/ou alternativa: abrangência e peculiaridades dos termos e conceitos em uso no Brasil. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2009. p. 69-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v21n1/12.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2012.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 311/2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 fev. 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 20 de agosto 2012.

_____. Resolução n. 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 20 de agosto 2012.

DELIBERATO, Débora; GONÇALVES, Maria de Jesus; MACEDO, Elizeu Coutinho de (Org). *Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa*. São Paulo. Memnon Edições Científicas. 2009.

DORZIAT, Ana; ARAUJO, Joelma Remígio de. O intérprete de língua de sinais no contexto da educação inclusiva: o pronunciado e o executado. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v.18, n.3, jul.-set. 2012. p. 391-410. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v18n3/a04.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2013.

EKMAN, Paul; FRIESEN, Wallace V. Origen, uso y codificación: bases para cinco categorías de conducta no verbal. In: SILVA, Maria Júlia Paes. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 7. ed. São Paulo. 2010.

FÁVERO, Eugênia. Fazendo história. Entrevista. *Revista Sentidos*, São Paulo, v. 5, n. 30, p. 14-17. ago/set. 2005. p 136.

FERNANDES, Edicléa Mascarenhas; CARVALHO, Gláucia Silva de. Língua Cultura e Poder: O caso da Língua Brasileira de Sinais e seus espaços sociais de resistência numa sociedade marcada pelo “ouvintecentrismo”. In: *Acessibilidade e Inclusão Social*. FERNANDES, Edicléa Mascarenhas; ORRICO, Helio Ferreira. 2 Ed. 2012. Rio de Janeiro: Descubra. 2012. 160p.

_____; SILVA, Ester Alves da. Surdez e bilingüismo: uma reflexão sobre práticas pedagógicas a partir da vivência do intérprete de libras. *Círculo Fluminense de Estudos Filológicos e Linguísticos*, Rio de Janeiro, CEFIL, 2008. Disponível em: http://www.filologia.org.br/xicnlf/10/surdez_e_bilinguismo.pdf. Acesso em: 15 jun 2012.

FENEIS, Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos. Lei nº 4.304 de 07 de abril de 2004. Dispõe sobre a utilização de recursos visuais, destinados as pessoas com deficiência auditiva, na veiculação de propaganda oficial. Rio de Janeiro, RJ, 07 abr. 2004. Disponível em: <http://www.feneis.org.br>. Acesso em 18 jun. 2012.

FILECCIA, Joyceann. Sensitive Care for the Deaf: A Cultural Challenge. *Creative Nursing*, Minneapolis, v. 17, n. 4, jul.-ago. 2011. p. 174-179.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques. O novo conceito constitucional de pessoa com deficiência: um ato de coragem. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Org). *Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. 1 ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012. Parte I. Cap. 1, p. 19-31.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009. p. 223-239. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/23.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2013.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* 15^a Ed. 2011. São Paulo: Paz e Terra. 2011.131p.

_____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 17^a Ed. 2011. São Paulo: Paz e Terra. 2011. 333p.

_____. *Pedagogia da Autonomia - saberes necessários à prática educativa*. 15^a Edição. São Paulo. Paz e Terra. 2000. 144p.

GESSER, Audrei. Do patológico ao cultural na surdez: para além de um e de outro ou para uma reflexão crítica dos paradigmas. *Trab. linguist. apl.*, Campinas, v. 47, n. 1, 2008. p. 223-239. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tla/v47n1/v47n1a12.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2013.

GODOY, Maria de Fátima Reipert. *Educação artística para deficientes auditivos: uma leitura a partir da visão de professores*. Tese de doutorado. São Paulo: IP/USP, 1998.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010 Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 20 de julho de 2012.

KLEIN, Madalena. Novos textos e novos atores na formação profissional para surdos: rupturas ou permanências?. *Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro*, v.11, n.33, 2006. p.435-449. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n33/a05v1133.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2013.

LAZARINI, Paulo Roberto; CAMARGO, Ana Cristina Kfour. Surdez súbita idiopática: aspectos etiológicos e fisiopatogênicos. *Rev Bras Otorrinolaringol.*, São Paulo, v.72, n.4, 2006. p.554-561. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n4/a19v72n4.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2013.

LEWIS-HUNSTIGER, Marty. Deafness as metaphor, and partnerships in practice in 2012. *Creative Nursing, Minneapolis*, v. 17, n. 4, p. 166-167. jul.-ago. 2011.

LIEU, Christine Chong-hee; SADLER, Georgia Robins; FULLERTON, Judith T. et al. Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. *Medsurg Nurs, Nova Jersey*, v.16, n.4, Ago. 2007. p. 239-245.

LIMA, Etelvina do Rosário Silva; CRUZ-SANTOS, Anabela. Aquisição dos gestos na comunicação pré-linguística: uma abordagem teórica. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*, São Paulo, v.17, n.4, dez. 2012. p. 495-501. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n4/22.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

LIMA, Venício A. de. *Comunicação e cultura: as ideias de Paulo Freire*. 2 Ed. 2011. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, Fundação PERSEU ABRAMO, 2011. 191p.

LONGHITANO, Silvia Bragagnolo; BRUNONI, Décio. Genetic hearing loss: a study of 228 Brazilian patients. *Genetics and Molecular Biology*, São Paulo, v.23, n.1, 2000. p.25-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gmb/v23n1/2301.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

MACHADO, Wiliam C. Alves et al. Significados do "cuidador-sombra" no imaginário de homens com Tetraplegia pós-traumática. *Rede Saci [online]*. 2008. Disponível em: < <http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=23256> > Acesso em: 21 dez. 2013

_____. O surdo como estrangeiro em seu próprio país: barreiras comunicacionais na vida cotidiana. *Rede Saci [online]*. 2012. Disponível em: <http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=33906>. Acesso em: 27 de abril de 2013.

_____ et al. The search for a brazilian sign language course: a descriptive exploratory study. *Online braz j nurs, Niterói (RJ)*, v.11, n.2, p.331-45. Ago. 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/html>. Acesso em: 24 out. 2012.

_____ et al. SIGN LANGUAGE: HOW THE NURSING STAFF INTERACTS TO TAKE CARE OF DEAF PATIENTS? *J. res.: fundam. care. Online, Rio de Janeiro*, v.5, n.3, jul.-set. 2013. p. 283-292. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2065>. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; BARBOSA, Luis Alberto; et al. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves. Tratado Cuidados de enfermagem Médico-Cirúrgico. Rio de Janeiro. Roca. 2012. Cap. 162. p. 3024-3061.

MARTINEZ, Elena Araujo. Comunicação na assistência de enfermagem a criança: maneiras, influências e estratégias. 2009. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, João Batista. Contribuições epistemológicas da abordagem multirreferencial para a compreensão dos fenômenos educacionais. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, n. 26, maio-ago. 2004. p. 85-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n26/n26a06.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013.

McALEER, Monica. Communicating effectively with deaf patients. *Nurs Stand*, v.20, n.19, Jan. 2006. p.51-54.

MEIRELLES, Viviane; SPINILLO, Alina Galvão. Uma análise da coesão textual e da estrutura narrativa em textos escritos por adolescentes surdos. *Estud. psicol., Natal*, v.9, n.1, 2004. p.131-144. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22389.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. 2004. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

_____. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23 ed. 2004. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 80 p.

MIRANDA, Rodrigo Sousa de. Comunicação com portadores de deficiência auditiva Interface com o ensino e o cuidado de enfermagem. 2009. 45p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem e Obstetrícia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2009.

NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2012-2014. 1 ed. 2013. Porto Alegre: Artmed, 2008. 606p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Tradução oficial/Brasil. Brasília, DF, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. 2007.

_____. Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes Documento das Nações Unidas. Resolução 37/52, de dezembro de 1982. Disponível em: http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/copy_of_20020319150524/20030623133227/20030623114443/view. Acesso em: 30 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, 2004.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FIUZA, Nara Lúgia Gregório; REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo, v. 41, n 3, 2007. p. 411-418. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/10.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2011.

PASTORAL DOS SURDOS. Pastoral dos Surdos rompe desafios e os sinais do reino na Igreja no Brasil. 1 ed. 2006. São Paulo: Edições Paulinas, 2006. 77 p.

PERLIN, Gládis T. T. Identidades Surdas. In: SKLIAR, Carlos (org.). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação. 1998. p. 51-73.

PIOVESAN, Flávia. Convenção da ONU sobre direitos da pessoa com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Org). *Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. 1 ed. São Paulo: Ed. Saraiva. 2012. Parte I, cap. 2, p. 33-51.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª Ed. 2011. Porto Alegre: Artmed. 2011. 669 p.

REILY, Lúcia. *Escola Inclusiva: linguagem e mediação*. 1 ed. 2004. Campinas: Papirus. 2004. 188 p.

REILY, Lúcia O papel da Igreja nos primórdios da educação dos surdos. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 35, 2007. p. 308-326. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n35/a11v1235.pdf>. Acesso em: 27 maio 2012.

REILY, Lúcia. Língua de sinais e a comunicação suplementar e alternativa: questão polêmica. in DELIBERATO, Débora; GONÇALVES, Maria de Jesus; MACEDO, Elizeu Coutinho de (Org). *Comunicação Alternativa: teoria, prática, tecnologias e pesquisa*. 1 ed. São Paulo, Memnon Edições Científicas, 2009, Cap. 4, p. 55-62.

RODRIGUES, Maria Glória Gomes; ABDO, Anila Gabriela Rotger; CÁRNIO, Maria Silvia. Influência do tipo de estímulo visual na produção escrita de surdos sinalizadores sem queixas de alterações na escrita. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol*, São Paulo, v.17, n.2, 2012. p. 208-215. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n2/18.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2013.

RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 29ª Edição. Petrópolis. Vozes. 2001. 144 p.

SACKS, Oliver. *Vendo vozes. Uma viagem ao mundo dos surdos*. 1 ed. 2010. São Paulo: Ed. Companhia das letras. 2010. 240 p.

SCRAMIN, Ana Paula; MACHADO, Wiliam César Alves. HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO. In: *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flávia Maria de Paiva (Coord). BRASÍLIA (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008, v.1, p. 88-92.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. In: Mídia e Deficiência. Brasília (DF): Agência de Notícias dos Direitos da Infância, Fundação Banco do Brasil, 2003, p. 160-165.

_____. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA; 1997 in CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área da saúde como fator de inclusão social. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.39, n. 4, dez. 2005. p. 417-422. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/62.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

SEGALLA, Juliana Izar Soares da Fonseca. Direito à Educação. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Org). Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 1 ed. São Paulo: Ed. Saraiva. 2012. Parte II, cap. 1.4, p. 128-146.

SHARP, M; DOHME. Manual merk: saúde para a família in FERNANDES, Janaína Francisca Pinto. Doenças sexualmente transmissíveis – análise psicossocial das representações de alunos surdos. 2008. 170p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Ceará – Ceará, 2008.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 7 ed. 2010. São Paulo: Edições Loyola. 2010. 133p.

SILVA, Angélica Bronzatto de Paiva e; PEREIRA, Maria Cristina da Cunha; ZANOLLI, Maria de Lourdes. Mães ouvintes com filhos surdos: concepção de surdez e escolha da modalidade de linguagem. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 2007, v.23, n.3, 2007. p. 279-286. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a06v23n3.pdf>. Acesso em: 02 maio 2013.

_____. Surdez: da suspeita ao encaminhamento. Revista paulista de Pediatria, São Paulo, v. 30, n. 2, 2012. p. 257-262. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/16.pdf> Acesso em: 21 jun. 2013.

SILVA, Roberta Cruz da. Direito à saúde. In: FERRAZ, Carolina Valença; LEITE, George Salomão; LEITE, Glauber Salomão; LEITE, Glauco Salomão (Org). Manual dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 1 ed. São Paulo: Ed. Saraiva. 2012. Parte II, cap. 1.3, p. 109-127.

SKLIAR, Carlos. Um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação, 1998, p. 57. In: FERNANDES, Edicléa Marcarenhas; SILVA, Ester Alves da. Surdez e bilingüismo: uma reflexão sobre práticas pedagógicas a partir da vivência do intérprete de libras. Círculo Fluminense de Estudos Filológicos e Linguísticos, Rio de Janeiro, CIFEFIL, 2008. Disponível em: http://www.filologia.org.br/xicnlf/10/surdez_e_bilinguismo.pdf. Acesso em: 15 jun 2012.

SLUZKI, Carlos E. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. 1 ed. 1997. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997. 148p.

SBO – Sociedade Brasileira de Otologia. Campanha da saúde Auditiva. SBO lança Campanha Nacional da Audição. Disponível em: http://www.saudeauditiva.org.br/imprensa/imprensa_releases_detalhe.asp?id=6. Acesso em: 15 ago. 2013.

TORRES, Elisabeth Fátima; MAZZONI, Alberto Angel; MELLO, Anahi Guedes de. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de Sinais. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 2, mai/ago. 2007. p. 369-386.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia Maria Guedes. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*, Campinas, v.7, n.1, 2001. p. 1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/op/v7n1/16930.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2012.

VILHALVA, Shirley. *Despertar do silêncio*. Petrópolis: Arara Azul, 2004. 76 p. In: WITKOSKI, Silvia Andreis. 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. p 565-575. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n42/v14n42a12.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2013.

VON TETZCHNER, Stephen; MARTINSEN, Harald. *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*. Porto: Porto Editora. 2002. 288p.

WERNECK, Cláudia. Sou humano. *Educ Fam – Deficiências –A diversidade faz parte da vida*. v.1, n.5, 2008. p. 58–61.

_____. *Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva*. 2 ed. Rio de Janeiro: WVA. 2000. p 64.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título: A Comunicação Alternativa na Enfermagem – um instrumento essencial ao cuidado de pessoas com deficiência auditiva

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo geral deste projeto é identificar as expectativas dos deficientes auditivos quanto as mais adequadas alternativas de comunicação não verbal a serem utilizadas pelas equipes de enfermagem para a assistência e cuidados de suas necessidades específicas.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual e você irá determinar o tempo de duração de acordo com suas respostas, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM VÍDEO: Todas as entrevistas serão gravadas em vídeo. Os arquivos serão vistos por mim e outro intérprete de Libras para transcrição dos dados e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os CDs serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em vídeo, você não poderá participar deste estudo.

CESSÃO DE DIREITOS DE IMAGEM: entendendo como imagem, qualquer forma de representação, inclusive a fotográfica, bem como o processo audiovisual que resulta da fixação de imagens com ou sem som, declara o cedente que a presente cessão é feita em caráter universal e a título gratuito, autorizando o pesquisador a utilizar as imagens para divulgação da pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a desenvolver técnicas junto a equipe de saúde para comunicação com os surdos, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de vídeo, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem sendo o aluno Rodrigo Sousa de Miranda o pesquisador principal, sob a orientação do Profº Wiliam César Alves Machado. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate o pesquisador principal através do e-mail drigo_pan@yahoo.com.br, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

ASSINATURA

Data: ____/____/____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

RODRIGO SOUSA DE MIRANDA

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nome:

Sexo:

Idade:

Onde mora:

Nível de Instrução:

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- ✓ Como você faz para se comunicar quando chega a unidade de saúde?
- ✓ Quais as expectativas para essa comunicação e atendimento?
- ✓ Qual a melhor forma de comunicação alternativa?
- ✓ Sabendo que os profissionais raramente utilizam sistemas de comunicação aumentativa e alternativa, principalmente a língua de sinais, existiria alguma outra forma de comunicação eficaz que não a Libras?

APÊNDICE C

GUIA PARA COMUNICAÇÃO COM CLIENTES SURDOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO -
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

COMO INTERAGIR COM CLIENTES SURDOS?



Extraído da dissertação:
**A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL COM CLIENTES SURDOS: UM
OLHAR INOVADOR PARA A ENFERMAGEM SOBRE
INSTRUMENTOS BÁSICOS DO CUIDADO.**

Rodrigo Sousa de Miranda
Orientador: Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado

Quem são os Deficientes Auditivos?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) a deficiência auditiva pode ser caracterizada pela perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis ou mais medida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 3000 Hz.

Godoy (1998) afirma que a perda auditiva pode ser dividida em cinco níveis de acordo com a consequência na linguagem e fala. São eles:

- ✓ Leve (26-40 dB) – Pode apresentar dificuldades de fala e expressão.
- ✓ Moderado (41-55 dB) – Pode apresentar limitação no vocabulário e problemas na fala.
- ✓ Grave (56-70 dB) – Maior dificuldade na utilização da linguagem e compreensão, além de vocabulário limitado.
- ✓ Severo (71-90 dB) – Pode ser capaz de perceber sons altos, porém há dificuldade de compreensão e fala acentuadas.
- ✓ Profundo (> 91 dB) – Necessidade de auxílio da visão para a comunicação, tendo grave dificuldade de linguagem e fala.

Dadas às explicações técnicas, devemos lembrar que os surdos – assim preferem ser chamados – são indivíduos que vivem no mesmo país, mas que apesar disso possuem cultura diferente, falam outra língua, a LIBRAS, e vivem em um mundo visual diferente do mundo ouvinte em que vivemos. Logo precisamos de atenção especial ao atender esta clientela.

Estes indivíduos vivem em comunidade, mas sua relação com a língua de sinais e a cultura surda varia de acordo com o comprometimento e o reconhecimento de sua personalidade surda.

Por que é relevante aprender a se comunicar com os surdos?

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) o número de pessoas com deficiência auditiva é de 9,7 milhões, atingindo 5,3% dos homens e 4,9% das mulheres. Isso torna o tema relevante para o estudo em saúde pública, cabendo aos profissionais de enfermagem e os de saúde em geral a preocupação em aprender estratégias para se comunicar com os surdos.

Devemos lembrar que a comunicação é essencial à qualidade de vida, pois leva à socialização e à autonomia do indivíduo. Existem casos em que a pessoa com deficiência auditiva não foi alfabetizada, nem em Português nem em Libras, conhece apenas alguns códigos alternativos informais que, fora do nicho familiar, não fazem sentido. Nestes casos, este indivíduo está privado da comunicação com qualquer outra pessoa fora daquele meio, tem extrema dificuldade de interagir com outras pessoas, sobrevivendo como um estrangeiro em seu país. (MACHADO et al, 2012)

Por isso, devemos avaliar qual a melhor estratégia de comunicação a ser utilizada com o cliente surdo e lançar mão de todo e qualquer apoio que nos auxilie neste contato.

Comprovamos em vários estudos que o surdo prefere profissionais que saibam se comunicar em sua própria língua e, na falta deles, intérpretes que possam intermediar este contato.

Quem são os TILS?

O Tradutor Intérprete de Língua de Sinais – TILS é o profissional que domina a língua de sinais e a língua falada do país e que é qualificado para desempenhar a função de intérprete, sendo então em nosso país obrigatório o domínio da língua brasileira de

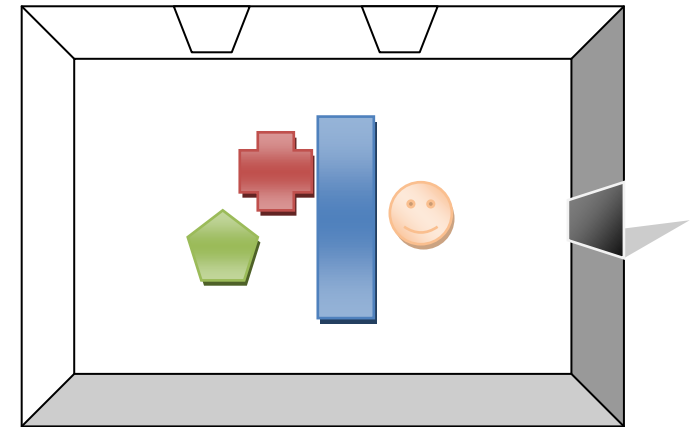
sinais e língua portuguesa, podendo até dominar outras línguas e fazer a interpretação para a língua de sinais ou o contrário. Além desse domínio das línguas envolvidas no processo de tradução e interpretação, o intérprete necessita ter qualificação específica para atuar como profissional, dominando também os processos, modelos, estratégias e técnicas de tradução e interpretação. (BRASIL, 2004)

Como se comunicar efetivamente com pacientes surdos na presença de um intérprete?

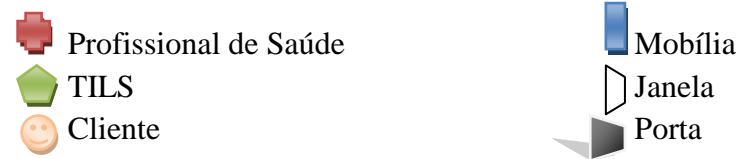
- ✓ Agradeça ao intérprete. Esta é a única hora que você deve se dirigir diretamente ao intérprete até o final da consulta.
- ✓ Olhe diretamente o paciente da saudação inicial ao fim da consulta. Olhe diretamente para o paciente quando você está falando com ele ou ela, ou quando o intérprete está expressando para o paciente. Fale diretamente com o paciente, e não com o intérprete.
- ✓ Estabeleça contato visual com o paciente. Mantenha as suas mãos longe do seu rosto, especialmente, da sua boca.
- ✓ Use gestos para mostrar ao paciente onde se sentar ou o que fazer. Sempre use a segunda pessoa em suas conversas com o paciente (por exemplo, "Sra. Maria, como você está se sentindo hoje?") e evite o uso da terceira pessoa (por exemplo, "Por favor, pergunte ao paciente como ela está se sentindo hoje").
- ✓ Evite expressões difíceis de traduzir.
- ✓ Claramente expresse uma mudança no assunto.
- ✓ Verifique periodicamente de que você e o paciente entenderam cada assunto. Isso deve ser perguntado ao paciente e não ao intérprete.
- ✓ No final da interpretação, agradeça ao intérprete pelo serviço prestado.

Onde posicionar o intérprete?

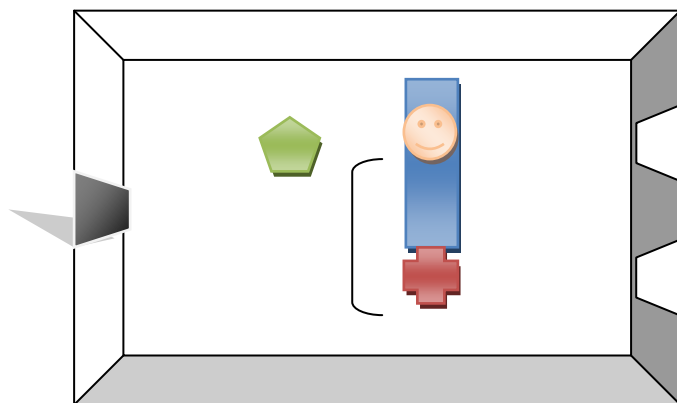
Durante a consulta: coloque o intérprete ao lado e ligeiramente atrás de você para que ambos estejam no campo visual do cliente. Se houver uma fonte de luz brilhante, sente o paciente de modo que ele ou ela não está olhando para um fundo iluminado.



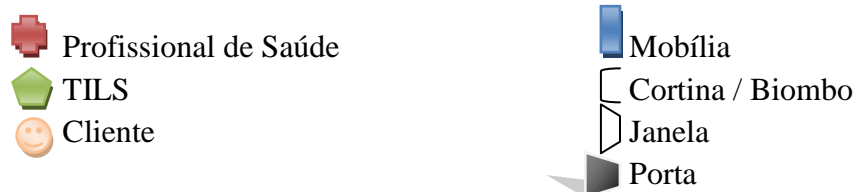
Legenda:



Durante um procedimento: mantenha a privacidade do paciente preservada, mantendo-o atrás de um biombo ou de uma cortina. Deixe apenas um vão para que o cliente veja o intérprete e explique o que irá fazer dando um tempo para que o intérprete realize a tradução e o cliente não se assuste.



Legenda:



Onde conseguir um intérprete?

APILRJ, APADA, INES, FENEIS.

Como se comunicar efetivamente com pacientes surdos na ausência de um intérprete?

- ✓ Pergunte ao paciente a melhor forma de se comunicar com ele ou ela (leitura labial, papel e caneta, computador?).
- ✓ Assimilar o pedido de comunicação do paciente da melhor maneira possível.
- ✓ Verifique se o ambiente está uniformemente iluminado. Se houver uma fonte de luz intensa, posicione-o para que não esteja olhando para um fundo iluminado.

- ✓ Olhe o paciente diretamente para a saudação e conversa.
- ✓ Estabeleça contato visual com o paciente. Mantenha as suas mãos longe do seu rosto, especialmente, sua boca.
- ✓ Use gestos para mostrar ao paciente onde se sentar ou o que fazer.
- ✓ Fale normalmente e claramente, mas não exagere nos movimentos labiais.
- ✓ Use velocidade normal na fala. Nem muito rápido, nem devagar, pois isso atrapalharia a leitura labial.
- ✓ Use gráficos, imagens e gestos/mímicas com as mãos para enriquecer a compreensão do paciente (por exemplo, tábuas/cartas de comunicação, frases de sim ou não, placas com desenhos).
- ✓ Claramente expresse uma mudança no assunto.
- ✓ Intermitentemente, certifique-se de que você e o paciente entenderam um ao outro. Peça ao paciente para repetir as informações para ter certeza de que foi transmitida corretamente.
- ✓ Expressar claramente a conclusão da visita e reafirmar os planos futuros.

Como conseguir a atenção do seu paciente surdo?

- ✓ Coloque-se no campo visual do paciente e faça um gesto suave para chamar sua atenção (sacudir a mão, por exemplo).
- ✓ Bata na mesa ou na superfície que o paciente esteja para criar vibração e chamar sua atenção.
- ✓ Toque suavemente o ombro ou o braço do paciente.
- ✓ Apague e ascenda a luz do ambiente repetidas vezes.

Caso decidam que a melhor maneira de interação é a comunicação verbal escrita, lembre-se:

- ✓ Evite utilizar termos técnicos da área da saúde. Lembre-se que a Libras possui gramática própria diferente do português e que, quanto maior a complexidade dos vocábulos, em igual proporção será a falta de compreensão do surdo.
- ✓ Use frases curtas e de fácil compreensão.
- ✓ Não utilize jargões. Às vezes eles não fazem sentido em Libras.
- ✓ Use verbos na voz ativa, o que deixará as frases mais curtas.
- ✓ No caso de digitar um texto no computador ou em outro dispositivo eletrônico, evite colocar todas as letras em maiúsculo e sublinhar o texto. Isso distrai e dificulta a compreensão. Para enfatizar algo, use palavras em negrito e minúsculo.
- ✓ Planeje e elabore seu texto de maneira que ele fique limpo, com informações importantes em pontos-chave.
- ✓ Use palavras cotidianas, do contrário, pode causar confusão ao entendimento do cliente.

Materiais de apoio para o atendimento

Qualquer profissional que possua um smartphone ou um tablet com sistema android pode fazer o download de aplicativos que traduzem para a Língua de Sinais textos, áudio e até imagens de texto. Um deles é o HandTalk, um aplicativo que pode ser baixado de graça. Apesar do nome em inglês, foi criado por brasileiros e traduz algumas palavras em português para Libras ou faz a dactilologia – soletra a palavra utilizando o alfabeto manual da Libras. Pode ser uma ótima ajuda quando o surdo sabe Libras e o profissional não domina a língua.

Orientações gerais para os profissionais de uma Unidade Hospitalar:

- ✓ Manter um arquivo com frases comuns e perguntas fechadas, com o auxílio de gravuras para facilitar a compreensão do paciente surdo.
- ✓ Mostrar as dependências do lugar para o indivíduo na presença de um intérprete para sanar suas dúvidas, ou mesmo gravar um vídeo institucional que possa ser utilizado com vários pacientes.
- ✓ Sempre que possível oferecer acesso à internet para que o surdo utilize seus dispositivos eletrônicos para manter contato com seus amigos e familiares. Isto diminui a sensação de isolamento.
- ✓ Marcar com o intérprete um horário para que esteja presente durante a admissão, visitas de profissionais de saúde e alta hospitalar.
- ✓ Evitar a punção venosa na mão dominante do paciente surdo. Isto pode dificultar a sua comunicação em Libras.
- ✓ Não discutir o caso clínico na frente do paciente sem um intérprete. Ele pode fazer a leitura labial e entender alguma informação de maneira errada, gerando um desconforto e ansiedade desnecessários.
- ✓ Providenciar capacitação profissional em Libras para que nos momentos em que o intérprete não esteja junto, a equipe consiga manter uma comunicação eficaz com o paciente surdo.

Orientações para os surdos e seus familiares:

De acordo com o Decreto 5.296/04 os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. O atendimento prioritário compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas com deficiência (exceto em situações de emergência quando a gravidade dos casos deve ser respeitada). Para tal, deve-se oferecer serviços de

atendimento para pessoas com deficiência auditiva, prestado por intérpretes ou pessoas capacitadas em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e no trato com aquelas que não se comuniquem em LIBRAS, e para pessoas surdocegas, prestado por guias-intérpretes ou pessoas capacitadas neste tipo de atendimento.

Portanto é direito do surdo ter um intérprete durante seu atendimento em saúde. Na falta de um TILS ou de um profissional capacitado em Libras, exija a presença de seu familiar para mediar à comunicação.

Disponível também em vídeo:



<https://www.youtube.com/watch?v=VRch4z2VoJM&feature=youtu.be>

REFERÊNCIAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa. Brasília. MEC; SEESP. 2004.
- BRASIL. Decreto n. 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 dez. 2004. Seção 1, p. 5.
- GODOY, M.F.R. Educação artística para deficientes auditivos: uma leitura a partir da visão de professores. Tese de doutorado. São Paulo: IP/USP, 1998.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 20 de julho de 2012.
- LIEU, C.C.; SADLER, G.R.; FULLERTON, J.T. et al. Communication strategies for nurses interacting with deaf patients. *Medsurg Nurs*, Nova Jersey, v.16, n.4, p. 239-245. Ago. 2007.
- MACHADO, W.C.A.; FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. et al. The search for a brazilian sign language course: a descriptive exploratory study. *Online braz j nurs*, Niterói (RJ), v.11, n.2, p.331-45. Ago. 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/html>. Acesso em: 24 out. 2012.
- McALEER, M. Communicating effectively with deaf patients. *Nurs Stand*, v.20, n.19, p.51-54. Jan. 2006.

ANEXO A

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Rio de Janeiro, 07 de janeiro de 2013.

A/C Sr Alexandre Sapucaia
 Gestor de Responsabilidade Social da empresa Masan Serviços Especializados.

Eu, Rodrigo Sousa de Miranda, responsável principal pela pesquisa "A Comunicação Alternativa na Enfermagem como instrumento essencial ao cuidado de pessoas com deficiência auditiva" que dará origem a uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF- da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, venho pelo presente, solicitar a autorização para realização da pesquisa na empresa Masan Serviços Especializados. Esta pesquisa deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos deficientes auditivos vinculados ao curso de capacitação profissional da empresa, maiores de 18 anos. Este projeto tem como objetivo identificar as expectativas dos deficientes auditivos quanto as mais adequadas alternativas de comunicação não verbal a serem utilizadas pelas equipes de enfermagem para a assistência e cuidados de suas necessidades específicas. A produção de dados será conduzida nos encontros agendados com cada surdo, através da gravação em vídeo da entrevista. Os sujeitos também responderão a um instrumento de identificação com a finalidade de caracterizá-los sócio-demográfico.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Direção.

Na certeza de contar com o apoio de V. S^a e contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Rodrigo Sousa de Miranda
 RODRIGO SOUSA DE MIRANDA
 RG: 20.582.107-7
 MESTRANDO EEAP/UNIRIO
 CEL: 9507-7372 / 8471-4117

DATA: 08/03/13

 AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

ALEXANDRE SAPUCAIA
 Administrador
 CRA - RJ 2062754-1

ASSINATURA

ANEXO B

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Rio de Janeiro, 04 de dezembro de 2012.

A/C

Pe. José Osmar Medeiros

Eu, Rodrigo Sousa de Miranda, responsável principal pela pesquisa “A Comunicação Alternativa na Enfermagem como instrumento essencial ao cuidado de pessoas com deficiência auditiva” que dará origem a uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF- da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, venho pelo presente, solicitar a autorização para realização da pesquisa em sua paróquia. Esta pesquisa deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos deficientes auditivos vinculados a Pastoral de Surdos, maiores de 18 anos. Este projeto tem como objetivo identificar as expectativas dos deficientes auditivos quanto as mais adequadas alternativas de comunicação não verbal a serem utilizadas pelas equipes de enfermagem para a assistência e cuidados de suas necessidades específicas. A produção de dados será conduzida nos encontros agendados com cada surdo, através da gravação em vídeo da entrevista. Os participantes também responderão a um instrumento de identificação com a finalidade de caracterização sociodemográfica.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Direção.

Na certeza de contar com o apoio de V. S^a e contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Rodrigo Sousa de Miranda
RÓDRIGO SOUSA DE MIRANDA
 RG: 20.582.107-7
 MESTRANDO EEAP/UNIRIO
 CEL: 9507-7372 / 8471-4117

DATA: 07 /12/12

 AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

José Osmar de Medeiros
 ASSINATURA

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Comunicação Alternativa na Enfermagem - Um instrumento essencial ao cuidado de pessoas com deficiência auditiva

Pesquisador: RODRIGO SOUSA DE MIRANDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08982812.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 257.624

Data da Relatoria: 25/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, considerando a subjetividade do estudo, cujo objeto de estudo é a comunicação entre a equipe de enfermagem e deficientes auditivos.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as expectativas dos deficientes auditivos quanto as mais adequadas alternativas de comunicação não verbal a serem utilizadas pelas equipes de enfermagem para a assistência e cuidados de suas necessidades específicas. Identificar as formas de comunicação alternativa que podem ser utilizadas durante atendimento dos surdos,

Descrever as expectativas dos surdos em relação ao atendimento de suas necessidades de saúde e

Analisar sob a ótica dos surdos o método mais adequado de comunicação alternativa na atendimento em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa oferece riscos mínimos. Quanto aos benefícios pretende-se ampliar o conhecimento sobre comunicação alternativa entre enfermagem e deficientes auditivos, otimizando-a para capacitar os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros para melhor atender à comunidade surda em suas necessidades de cuidados específicos.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante considerando as demandas geradas pela COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA contidas em Leis federais de acessibilidade, neste caso, a LEI Nº 10.436, de 24 DE ABRIL DE 2002 que Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras serão utilizados dois instrumentos, o questionário para traçar o perfil sociocultural dos participantes da pesquisa e a entrevista semi-estruturada na oportunidade dos encontros com o grupo focal. Os encontros com os grupos focais serão gravadas em vídeo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou TCLE

Apresentou autorização das instituições/grupos para realizar a pesquisa.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo na versão apresentada atende as pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo aprovado

RIO DE JANEIRO, 26 de Abril de 2013

Assinador por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com