

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E ARTES
CURSO DE LICENCIATURA EM LETRAS LIBRAS**

SARA CRISTINA GONÇALVES PAIVA

**INVESTIGAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO A PACIENTES SURDOS EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE RIO BRANCO- AC**

RIO BRANCO

2023

SARA CRISTINA GONÇALVES PAIVA

**INVESTIGAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO A PACIENTES SURDOS EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE RIO BRANCO-AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Acre como requisito parcial para obtenção do título de Licenciado em Letras Libras.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Garcia Silva

RIO BRANCO

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

P149i Paiva, Sara Cristina Gonçalves, 1997 -
Investigação sobre o atendimento médico a pacientes surdos em unidades de pronto atendimento de Rio Branco-AC; Orientador: Profa. Dra. Rosane Garcia Silva. - 2023.
47 f.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Acre, Centro de Educação, Letras e Artes, Curso de Licenciatura em Letras: Libras, Rio Branco, 2023.

Inclui referências bibliográficas e apêndice.

1. Inclusão. 2. Atendimento Médico. 3. Libras. I. Silva, Rosane Garcia (orientadora). II. Título.

CDD: 419

SARA CRISTINA GONÇALVES PAIVA

**INVESTIGAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO MÉDICO A PACIENTES SURDOS EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO DE RIO BRANCO-AC**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de licenciado em Letras Libras pela Universidade Federal do Acre – UFAC.

Aprovado em 13 de março de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rosane Garcia Silva
Orientadora

Profa. Dra. Alcione Maria Groff

Prof. Dr. Alexandre Melo de Sousa

**RIO BRANCO
2023**

DEDICATÓRIA

A Deus, por me ouvir e me dar forças quando eu já não acreditava; à minha família, por todo apoio e incentivo; e aos meus amigos do peito, por toda paciência e amor direcionados a mim em todos os momentos e, principalmente, nos que não mereci.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida; aos meus amigos mais próximos, por sempre enfatizarem que eu seria capaz apesar de toda a procrastinação envolvida em meus atos.

Aos meus colegas de classe: Amarildo, Socorro, Maiza, Carine, Hiasmine, Marcelo, Beatriz e vários outros que deveriam ser mencionados, que fique registrada minha eterna gratidão por todo o tempo, paciência e empenho dedicados a mim quando na maioria das vezes não mereci.

Por último, mas não menos importante, à professora Rosane Garcia, por acreditar em mim bem mais do que eu mesma e por ter se empenhado na pesquisa e no avanço da ciência em nosso estado com total afinco.

Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda!
(Mario Sergio Cortella)

RESUMO

A presente pesquisa propôs como objetivos compreender e analisar como ocorre o atendimento médico ofertado aos pacientes surdos em três unidades de saúde do município de Rio Branco, Acre. A pesquisa teve como objetivos específicos: descrever a experiência profissional dos entrevistados de acordo com o tempo de atuação no serviço de saúde; investigar quantos dos profissionais entrevistados relatam experiências em atendimento a pacientes surdos; investigar a forma de comunicação mantida entre o profissional da saúde e o paciente surdo; relatar as percepções dos profissionais da saúde no atendimento médico; e investigar a formação profissional e capacitação na área de Libras. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa aplicada com abordagem quali-quantitativa, o instrumento para a coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas e fechadas. A coleta de dados ocorreu em três unidades de atendimento médico do município de Rio Branco. Os resultados apontaram a que o tempo de experiência dos profissionais de saúde foi de 36% dos profissionais tinham mais de 10 anos de experiência profissional, 26% tinham aproximadamente mais de 5 anos de experiência profissional, 22% tinham mais que 2 anos de experiência profissional e 16% tinham menos que 2 anos de experiência profissional. Quanto ao atendimento a pacientes surdos 83% dos participantes alegaram haver atendido pacientes surdos e 17% não tiveram contato com esses pacientes. Quanto à capacitação em libras após a formação profissional 83% não buscou capacitação e apenas 17% dos entrevistados fizeram alguma capacitação em Libras por sua própria iniciativa. A pesquisa evidenciou que a maioria dos profissionais de saúde não possuem conhecimento em Libras o que pode comprometer o atendimento integral ao paciente surdo. Percebeu-se que as pesquisas que envolvem o surdo na área da saúde e a importância do uso da Libras ainda são escassas. Torna-se clara a necessidade de formações profissionais ainda no curso superior ou técnico e capacitações constantes para que o direito fundamental garantido constitucionalmente a todos nós seja usufruído também pela comunidade surda. Por fim, a falta de intérpretes nas unidades de saúde faz com que o atendimento médico ao surdo seja comprometido visto que nem sempre ele terá o acompanhante para garantir a comunicação entre médico e paciente, por isso é de suma importância que os profissionais de saúde estejam capacitados para o atendimento ao surdo e a outros tipos de deficiência.

Palavras-chave: Inclusão; Deficiência; Libras; Atendimento Médico.

ABSTRACT

This research aimed to understand and analyze how the medical care provided to deaf patients occurs in three health units in the municipality of Rio Branco, Acre. The research had as specific objectives: to describe the professional experience of respondents according to the time of performance in the health service; to investigate how many of the professionals interviewed report experiences in care for deaf patients; to investigate the form of communication maintained between the health professional and the deaf patient; to report the perceptions of health professionals in medical care; and to investigate the professional training and training in the area of Libras. Methodologically, this is an applied research with quali-quantitative approach, the instrument for data collection was a questionnaire with open and closed questions. Data collection occurred in three medical care units in the city of Rio Branco. The results pointed out that the time of experience of the health professionals was 36% of the professionals had more than 10 years of professional experience, 26% had approximately more than 5 years of professional experience, 22% had more than 2 years of professional experience and 16% had less than 2 years of professional experience. As for the care of deaf patients 83% of the participants claimed to have assisted deaf patients and 17% had no contact with these patients. As for the training in Libras after professional training 83% did not seek training and only 17% of respondents had some training in Libras on their own initiative. The research showed that most health professionals have no knowledge in Libras, which may compromise the comprehensive care to the deaf patient. It was realized that research involving the deaf in health care and the importance of the use of Libras is still scarce. It is clear the need for professional training in higher or technical education and constant training so that the fundamental right constitutionally guaranteed to all of us is also enjoyed by the deaf community. Finally, the lack of interpreters in health care units makes medical care to the deaf is compromised since he will not always have the companion to ensure communication between doctor and patient, so it is of paramount importance that health professionals are trained to care for the deaf and other types of disabilities.

Keywords: Inclusion; Deficiency; Libras; Medical Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Locais de atendimento.....	32
Gráfico 2	Área de atuação dos investigados.....	33
Gráfico 3	Tempo de experiência dos investigados.....	33
Gráfico 4	Atendimento a pacientes surdos.....	34
Gráfico 5	Forma de comunicação.....	34
Gráfico 6	Percepções sobre o atendimento ao paciente surdo.....	35
Gráfico 7	Formação profissional com instrução em Libras	35
Gráfico 8	Capacitação em Libras.....	36
Gráfico 9	Oferta de capacitação em libras nas unidades de saúde.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1	CONCEPÇÕES HISTÓRICAS SOBRE DEFICIÊNCIA.....	12
2.1.1	Exclusão social.....	12
2.1.2	Segregação ou institucionalização.....	13
2.1.3	Integração social.....	15
2.1.3.1	Modelo Social de deficiência.....	17
2.1.4	Inclusão social.....	18
2.2	POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	20
2.3	RELAÇÃO ENTRE O PACIENTE SURDO E O MÉDICO.....	21
2.4	A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS.....	24
3	METODOLOGIA	27
3.1	A FINALIDADE DA PESQUISA.....	27
3.2	OS OBJETIVOS DA PESQUISA	27
3.3	A ABORDAGEM DA PESQUISA	28
3.4	OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	29
3.5	OS DADOS DA PESQUISA.....	30
4	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
5	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICE.....	46

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa parte da perspectiva da inclusão referente ao atendimento médico de pacientes surdos como fator essencial na qualidade do serviço e na garantia individual do cidadão. O capítulo VII do Decreto de Lei nº 5626, de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), que discorre acerca da “garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva”, determina que, a partir de 2006, o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nas empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, seja realizado por profissionais capacitados para o uso de Língua de Sinais Brasileira (LIBRAS) ou para a sua tradução e interpretação.

Tendo como base a grande diversidade populacional de nosso país, em que segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), no Brasil há cerca de 9.717.318 pessoas, com algum grau de deficiência auditiva ou surdez.

A Constituição garante o acesso à saúde de forma igualitária e sem distinção, mas apesar da legislação vigente, o que se pode observar é uma grande lacuna no que diz respeito à área da saúde. Destaca-se a Lei nº 10.436/02, 24 de abril de 2002, Art. 3º, quando estabelece que “As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva [...]” (BRASIL, 2002).

A partir desse contexto de direitos fundamentais e intransponíveis, este trabalho tem como objetivo compreender e analisar como o atendimento médico ofertado aos pacientes surdos em três unidades de saúde do município de Rio Branco-AC. Desse modo, a pesquisa tem os seguintes objetivos específicos:

- (a) Descrever a experiência profissional dos entrevistados de acordo com o tempo de atuação no serviço de saúde;
- (b) Investigar quantos dos profissionais entrevistados relatam experiências em atendimento a pacientes surdos;
- (c) Investigar a forma de comunicação mantida entre o profissional da saúde e o paciente surdo;
- (d) Relatar as percepções dos profissionais da saúde no atendimento médico;
- (e) Investigar a formação profissional e capacitação na área de Libras.

No aspecto organizacional, o trabalho compreende a seguinte estrutura, o primeiro capítulo que trata das noções gerais sobre o estudo, no capítulo 2 apresentamos as bases teóricas da pesquisa, composta por quatro subtópicos sendo eles: 2.1 Concepções históricas sobre deficiência, 2.2 Políticas de saúde no Brasil, 2.3 Relação entre o paciente surdo e o médico, e 2.4 A Língua Brasileira de Sinais; no capítulo 3 é descrita e caracterizada a metodologia adotada, seguida do capítulo 4 no qual são relatados os resultados, assim como a discussão; por fim, o capítulo final traz as conclusões da pesquisa desenvolvida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo apresenta as contribuições teóricas que fundamentaram a pesquisa realizada. Iniciamos com as considerações sobre as noções históricas que dizem respeito à pessoa com deficiência e seus reflexos na atualidade, discutimos os conceitos sobre exclusão, segregação, integração social e inclusão social. Na seção 2.2 apresentaremos as políticas de saúde no Brasil. Na seção 2.3 elucidaremos a relação entre o paciente surdo e o médico. Por fim, na seção 2.4 abordaremos a língua brasileira de sinais.

2.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS SOBRE DEFICIÊNCIA

Em nosso estudo entendemos que as concepções que temos hoje sobre o atendimento médico, foco da presente investigação, não estão dissociadas dos fatos históricos de conceitos equivocados ao longo dos anos demarcam a evolução das compreensões que temos no presente. Desse modo, nos baseamos na proposta de Sasaki (2012), ao descrever os momentos históricos divididos em quatro períodos importantes, sendo eles: (a) de exclusão, (b) de segregação ou institucionalização, (c) de integração social e (d) de inclusão social. É relevante destacarmos que os quatro momentos se entrecruzam e que certas concepções refletidas nas atitudes são vistas ainda hoje nas instituições médicas e na sociedade em geral.

2.1.1 Exclusão social

O histórico de exclusão das pessoas com alguma deficiência tem seus indícios já na Grécia, e que a cultura da força física era predominante, com vistas ao combate e domínios territoriais, sendo intolerante qualquer tipo de característica física diferente dos padrões gregos para o treinamento militar.

Para Santos, Velanga e Barba (2017, p. 315), em Roma, por sua vez, os sujeitos com deficiências físicas deveriam pagar pelas faltas, justificando o grau de “impureza” do corpo pela presença de “maus espíritos” o que reforçou a prática da marginalização, restando aos deficientes o destino de esmolar nas ruas e praças.

Castro (2009, p. 5) menciona que durante a Idade Média, até o século XVIII, o conceito a respeito da deficiência “estava sempre ligado ao misticismo, ao ocultismo

e à religiosidade e que não havia nenhuma análise científica que amparasse essas pessoas”.

A pesquisadora acrescenta que, desta forma:

[...] a própria religião, com toda sua influência social e cultural, colocava o homem como imagem e semelhança de Deus, sendo assim, ele deveria ser perfeito, incluindo perfeição física e mental, considerando que os deficientes não refletiam a perfeição divina. Diante dessa interpretação destes textos religiosos, os deficientes eram colocados à margem da condição humana. Esse conceito mencionado perdurou por toda Idade Média, o que tornava comum, famílias com membros deficientes esconderem estes filhos, para que nem estes membros, nem mesmo os outros membros “normais”, sofressem com a discriminação da sociedade vigente. (CASTRO, 2009, p. 6).

Santos, Velanga e Barba (2017) pontuam que no século XIV, com o Renascimento, e posteriormente no início da idade moderna, século XV em diante, a deficiência passa a ser analisada sob o viés médico e científico, no contexto geral das deficiências, fato que abre as portas para a demarcação do período da segregação social.

2.1.2 Segregação ou institucionalização

De acordo com Rodrigues (2008), os estudos sobre a deficiência e suas implicações surgem no século XIII em relatos sobre a deficiência como um problema médico. Conforme o autor, nesse período não havia uma distinção clara entre doença e deficiência.

Sasaki (1997, p. 28-29) enfatiza que a deficiência no modelo médico era vista, desde a primeira metade do século XX, como um “problema” do indivíduo, desta maneira, o próprio indivíduo deveria se adaptar à sociedade ou teria que ser “mudado” por profissionais através da reabilitação ou cura. O autor argumenta que, nesse viés, “a pessoa deficiente é que precisa ser curada, tratada, reabilitada, habilitada [...] a fim de ser adequada à sociedade como ela é, sem maiores modificações” e acrescenta que:

O modelo médico da deficiência tem sido responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir em seu seio as pessoas portadoras de deficiência e/ou de outras condições atípicas para que estas possam, aí sim, buscar o seu desenvolvimento pessoal, social educacional e profissional. É sabido que a sociedade sempre foi, de um modo geral, levada a acreditar que, sendo a

deficiência um problema existente exclusivamente na pessoa deficiente, bastaria prover-lhe algum tipo de serviço para solucioná-lo. (SASSAKI, 1997, p. 28).

Até a década de 1990, no Brasil, a deficiência era determinada por um conjunto de defeitos corporais, e essa definição foi sendo incorporada na sociedade pelo modelo médico de deficiência (BAMPI; GUILHEM; ALVEZ, 2010, p. 6) que encontra sua base no positivismo, corrente filosófica que considera a doença como uma alteração do estado normal ou natural do ser humano que pode ocorrer com o excesso ou a falta de algo (BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017, p. 92).

A principal característica do modelo médico de deficiência é a descontextualização da deficiência que é vista apenas isoladamente sem qualquer relação com a sociedade e sem relevância econômica, política e social (WERNECK, 1957, p. 17).

O modelo médico na visão de Medeiros, Diniz e Squinca (2006) é:

Ainda hegemônico, que aborda a deficiência por meio de um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõe relação de causalidade entre a lesão ou a doença e a experiência da deficiência. A deficiência, nesse modelo, é a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p. 14).

Para Bisol, Pegorini e Valentini (2017, p. 93), a deficiência era considerada como um desvio do estado normal da natureza humana e por isso o modelo médico tinha como objetivo a restauração da condição normal do corpo humano.

Sendo assim para esse modelo, a deficiência é uma doença que necessita de cura e que precisa de diagnóstico e tratamento médico (FOHRMANN, 2016, p. 738). Este modelo considera ainda que as pessoas com deficiência estão destinadas a depender do outro, pois não são capazes de desenvolver atividades para sua subsistência (SASSAKI, 1997, p. 28).

Paganelli (2018) acredita que a deficiência é vista pelo modelo médico como algo biológico em que somente as características clínicas do indivíduo devem ser consideradas.

A visão de que a deficiência é um problema que precisa ser tratado e que a pessoa com deficiência é obrigada a se adaptar à sociedade foi imposta pelo modelo médico que é considerado um dos responsáveis pela dificuldade desses indivíduos se

desenvolverem sejam em âmbito social, educacional e/ou profissional (SASSAKI, 1997, p. 29).

França (2013, p. 60) considera que a:

Deficiência seria a consequência lógica e natural do corpo com lesão, adquirida inicialmente por meio de uma doença, sendo uma como consequência desta. A deficiência seria em si a incapacidade física, e tal condição levaria os indivíduos a uma série de desvantagens sociais. Uma vez sendo identificada como orgânica, para se sanar a deficiência, dever-se-ia fazer uma ou mais intervenções sobre o corpo para promover seu melhor funcionamento (quando possível) e reduzir assim as desvantagens sociais a serem vividas (FRANÇA, 2013, p. 60).

Assim, o modelo médico de deficiência é marcado pela segregação e demonstra a dificuldade da sociedade em aceitar as mudanças necessárias em suas estruturas e atitudes para incluir as pessoas com deficiência, que precisam de oportunidade para buscar seu próprio desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional (PEREIRA; SARAIVA, 2017, p. 179).

Com essa visão, o início no século XIX até o início do século XX foi considerado como um período de Institucionalização, que foi evidenciado nas prisões, nos asilos ou os hospitais psiquiátricos, em que as pessoas ficavam enclausuradas por serem consideradas “marginalizadas”, doentes e deficientes, ficavam confinados, tendo como direito apenas atenção básica de abrigo, vestuário e alimentação.

2.1.3 Integração social

A integração social do deficiente tem sua origem no século XX, após a 1ª Guerra Mundial, ao notar que o número de cidadãos com algum tipo de deficiência crescia, principalmente a física devido à guerra, os Estados Unidos reconheceram a necessidade do cuidado ao deficiente garantindo a estes a educação, o treinamento e a reabilitação (ARANHA, 1995, p. 67).

Sasaki (1997, p. 29) acredita que a integração surgiu a partir da necessidade de se combater a exclusão social das pessoas com algum tipo de deficiência uma vez que estas eram vistas como inválidas e sendo impedidas de realizarem qualquer tipo de atividade dentro da sociedade.

Pires (2012, p. 56) considera que a integração social é o “modo como indivíduos autônomos são incorporados num espaço social comum através dos seus

relacionamentos, isto é, como são constituídos os laços e símbolos de pertença coletiva”.

Aranha (1995) acredita ainda que a integração social é um direito de todos os indivíduos, quando a pessoa deficiente é impedida de participar das atividades em uma sociedade ela perde a possibilidade de se desenvolver socialmente.

Assim, a integração social tem por objetivo a criação de uma sociedade inclusiva, que dispõe dos mecanismos necessários que acolham a diversidade e que possibilitam que as pessoas consideradas “diferentes” participem ativamente da vida política, econômica e social. Com isso, a integração social possibilita que todas as pessoas tenham acesso às oportunidades para que consigam atingir seus objetivos (ONU, 1995, p. 66).

No Brasil, a integração social passou a ser adotada a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e resultou no abandono do modelo assistencialista do Estado, assim o Estado teve que buscar garantir o acesso aos espaços públicos e privados ao deficiente (PEREIRA; SARAIVA, 2017, p. 181).

Outro marco da integração social do deficiente no Brasil é a Lei nº 7.853 que fala da integração social no país e com isso busca garantir a efetivação das ações governamentais necessárias para a efetivação dos direitos básicos das pessoas com deficiência.

Nesse sentido, o dito terceiro período é considerado de integração que surge, no início dos anos 1940, com os serviços públicos de reabilitação física e profissional. Inspiradas na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) aparecem às associações voltadas ao assistencialismo.

Sasaki (1997) entende que a integração social ainda está baseada na concepção médica da deficiência, em que os pacientes necessitam de tratamento e reabilitação para que possam ser integrados à sociedade. A crítica relacionada à perspectiva da integração é, segundo Sasaki (1997), era que o indivíduo é quem teria de adaptar-se à nova realidade, não a sociedade às necessidades do indivíduo.

O autor acredita que o modelo médico da deficiência tem sido responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir em seu seio as pessoas portadoras de deficiência para que estas possam, aí sim, buscar o seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional. A sociedade, na visão de Sasaki (1997, p. 29) “foi, de um modo geral, levada a acreditar que, sendo a deficiência um problema existente

exclusivamente na pessoa deficiente, bastaria prover-lhe algum tipo de serviço para solucioná-lo”:

Pois a integração social, afinal de contas, tem consistido no esforço de inserir na sociedade pessoas com deficiência que alcançaram um nível de competência compatível com os padrões sociais vigentes. A integração tinha e tem o mérito de inserir o portador de deficiência na sociedade, sim, mas desde que ele esteja de alguma forma capacitado a superar as barreiras físicas, programáticas e atitudinais nela existentes.

Como complemento desse raciocínio, sob a ótica dos dias de hoje, a integração constitui “um esforço unilateral tão somente da pessoa com deficiência e seus, sendo que estes tentam torná-la mais aceitável no seio da sociedade. Isto reflete o ainda vigente modelo médico da deficiência”. (SASSAKI, 1997, p. 34).

2.1.3.1 Modelo Social de deficiência

O modelo social de deficiência surgiu no Reino Unido a partir de 1960. Foi fundado por um grupo de pessoas com deficiência que tinham como principal objetivo defender e garantir seus direitos para que não fossem impedidos de trabalhar ou de frequentar ambientes que não estivessem de acordo com suas necessidades (FRANÇA, 2013).

Nesse modelo, a deficiência não é mais considerada como um problema, mas sim como uma situação de discriminação e opressão social e que a única maneira de combater é através das políticas públicas (BAMPI; GUILHEM; ALVEZ, 2010).

Segundo Sasaki (1997), no modelo social de deficiência as pessoas são convidadas a perceber que a origem dos problemas sociais que as pessoas com alguma deficiência enfrentam está na sociedade, isso porque os ambientes são restritivos e as políticas públicas são discriminatórias o que impossibilita a inserção desses indivíduos na sociedade.

O modelo social de deficiência rompe com o modelo médico de deficiência porque considera que a deficiência não pode ser compreendida apenas pela condição médica (GESSER; NUERNBERG; TONELI, 2012).

Segundo Bisol, Pegorini e Valentini (2017, p. 93), o modelo social “se constituiu em uma posição de crítica ao positivismo e aos pressupostos do modelo médico, alterando significativamente a compreensão de deficiência e diversidade”.

O modelo social de deficiência, para Canguilhem (2009):

Apoia-se na ideia de que as diferenças corporais, sensoriais e intelectuais não constituem anomalias ou doenças, mas diferentes formas de funcionamento, de tal modo que não se pode predizer a existência de uma norma a todos os seres humanos. (CANGUILHEM, 2009, p. 96).

Essa nova visão revelou que não é possível compreender o ser humano isoladamente ou individualmente isso porque considerando que ele seja parte integrante da sociedade ele precisa ser compreendido pelas relações que estabelece, nela (OLIVEIRA, 2011).

França (2013) considera que a principal mudança no modelo social de deficiência deve ocorrer na sociedade para que seja garantido a participação das pessoas com deficiência e que necessitam ter o acesso facilitado ou desobstruído.

O modelo social é interpretado por Bisol, Pegorini e Valentini (2017) como:

Um produto de uma sociedade “descapacitante” ou “incapacitante”, e não como resultado de uma patologia no corpo do indivíduo. Ser incapacitado pela sociedade relaciona-se diretamente com a discriminação, que restringe a participação das pessoas com deficiência no meio social. (BISOL; PEGORINI; VALENTINI 2017, p. 94).

Assim, o modelo social busca promover uma nova visão acerca da deficiência, tendo como foco as condições de interação entre a sociedade e as pessoas deficientes, entendendo que estas possuem direitos, autonomia e independência para fazer suas próprias escolhas (MAIOR, 2020).

A partir do modelo social de deficiência ocorreram diversas mudanças tanto práticas como políticas que culminaram na criação e implementação de políticas públicas que tivessem como foco a inclusão social da pessoa com deficiência (STROPARO, 2014).

2.1.4 Inclusão social

O processo de inclusão social iniciou-se a partir de 1970 na Europa e nos Estados Unidos, pois já fazia parte dos direitos sociais presentes nos documentos legais e normativos, mas ganhou força e espalhou-se por outros países somente no ano de 1980 (MAZZOTA; D’ANTINO, 2011).

A inclusão social faz parte da promoção da dignidade humana, como consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos. A sociedade que busca incluir promove a valorização da diversidade e a prática do respeito pelo modo de vida de seus indivíduos, assim ela busca fazer com que todos possam ter acesso a bens e serviços por meio da igualdade de oportunidades (ONU, 2016).

A Declaração de Salamanca, documento elaborado na Conferência Mundial sobre Educação Especial em 1994, é considerado um marco na inclusão social de pessoas deficientes, pois fornece diretrizes básicas para a formulação e reforma de políticas e sistemas educacionais de acordo com o movimento de inclusão social (REIS, 2010, p. 2).

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) entende inclusão como a participação ativa em vários grupos sociais e a deficiência como qualquer tipo de perda ou anormalidade seja corporal ou mental (OPAS, 2003).

Assim, a inclusão social busca promover a transformação dos sistemas e estruturas da sociedade para que essa torne-se mais adequadas para todos. Além disso, é baseada na aceitação das diferenças individuais, na valorização da pessoa, na convivência com a diversidade e na aprendizagem (GLABER, et al.; 2015).

A inclusão social é conceituada por Sasaki como:

O processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos. (SASSAKI, 1997, p. 3).

De acordo Fujihira (2008), a inclusão social tem como foco a igualdade de direitos e oportunidades às pessoas. Na inclusão social é indispensável oferecer as condições necessárias para que os indivíduos possam desfrutar dos seus direitos (SILVA; FACION, 2008).

Bartalotti (2001) também acredita que a inclusão social está relacionada com a igualdade dos direitos, com isso fica perceptível que o processo de inclusão social promove a equidade das condições e melhora da qualidade de vida da população com deficiência.

Por fim, a inclusão social contribui para o surgimento de uma nova sociedade por meio das mudanças em espaços físicos e também na forma de pensar dos

indivíduos (SASSAKI, 1997). Ela traz consigo a ideia de igualdade e equidade, pois visa possibilitar as mesmas oportunidades às pessoas, independente de gênero, cor, raça, classe social, mas não deixando de reconhecer as diferenças de cada ser humano e dando ênfase à diversidade de opiniões crenças e necessidades especiais de cada uma (SANTOS; SANTOS; DAMASO, 2019).

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no nosso país há cerca de 10 milhões de pessoas que apresentam algum nível de deficiência auditiva, logo, a criação do SUS em 1988 permitiu a elaboração de estratégias importantes de atenção primária e o desenvolvimento de práticas de interação social e de transformação do lugar da deficiência. Apesar disso, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) inicialmente não mencionou como seria a atenção especializada a saúde das pessoas com algum tipo de deficiência (BERNARDES, *et al.*, 2009).

Para Bernardes et al. (2009, p. 35), a Lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99 são considerados os principais documentos normativos que garante a cidadania da pessoa com deficiência, pois tratam das ações governamentais e das responsabilidades de cada ente federativo quanto ao acesso à saúde, a educação, a habilitação e reabilitação de profissionais, ao trabalho, à cultura, ao desporto, ao turismo e ao lazer, as normas gerais de acessibilidade nos espaços físicos, nos transportes, na comunicação e informação das pessoas com deficiência.

Outra medida que foi de grande importância, foi a criação da Política Nacional de Saúde de Pessoas com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060 de 5 de junho de 2002 (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde de Pessoas com Deficiência detalha as ações tanto no SUS quanto nos demais setores da sociedade sejam eles públicos ou privados. Essa política tem como proposta central:

Reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social” – e “proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. (BRASIL, 2002, p. 7).

A Política Nacional de Saúde de Pessoas com Deficiência compreende a promoção da qualidade de vida como responsabilidade social compartilhada e a melhoria dos mecanismos de informação como estímulo às pesquisas em saúde e deficiência, qualificação dos registros e coletas de dados e a viabilização de produção e distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis em Braille e Libras (BRASIL, 2010).

A atenção integral à saúde da pessoa com deficiência implica na assistência específica à sua condição, com a disponibilização dos serviços que são estritamente ligados à sua deficiência, além da assistência a doenças e agravos comuns a qualquer outro cidadão (BRASIL, 2008).

A inclusão social no que refere ao atendimento dos surdos e deficientes auditivos nos serviços da área de saúde e o reconhecimento da comunidade surda como uma minoria sociolinguística e cultural é um desafio e tanto para o sistema único de saúde (SUS) (IANNI; PEREIRA, 2009).

Com isso, a partir criação da Política Nacional de Saúde de Pessoas com Deficiência o indivíduo deficiente passou a ter o direito de atenção integral a saúde como qualquer outro cidadão, assim podem dispor dos serviços de saúde ofertados pelos Sistema Único de Saúde quando deles necessitar.

2.3 RELAÇÃO ENTRE O PACIENTE SURDO E O MÉDICO

Segundo Pinheiro (2005), o conceito de comunicação vem do latim *communicare*, que significa tornar comum, compartilhar, trocar opiniões, associar. O ato de comunicar implica em trocar mensagens, que por sua vez envolve emissão e recebimento de informações sendo assim, é possível afirmar que o serviço de atendimento médico oferecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde) enfrenta uma grande barreira: a comunicação entre pacientes surdos e profissionais ouvintes. Torna-se claro que a comunicação é bem mais do que entender superficialmente o que o emissor explica e sim o ato de poder discorrer ou debater sobre uma certa temática.

A comunicação interpessoal é de suma importância em qualquer ambiente, mas torna-se ainda mais relevante no âmbito da saúde visto que uma falha na comunicação pode interferir na avaliação final em algo que coloca em risco a vida do paciente.

A relação dos médicos com seus pacientes que não têm deficiência auditiva geralmente é estabelecida pelo código verbal, mecanismo habitualmente não utilizado pelos pacientes surdos. Diante disso surge a necessidade de recorrerem a um outro canal para se expressar, representado pela Língua de Sinais. Contudo, esta linguagem quase sempre não é compreendida por aqueles que lhes prestam assistência na área de saúde. Analisar o processo de construção das formações discursivas, os vínculos estabelecidos e investigar as relações que ocorrem neste cenário torna-se imprescindível para viabilizar um atendimento adequado, do ponto de vista técnico e humano. (CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009, p. 148).

A dificuldade de comunicação é um grande desafio tanto para os profissionais de saúde quanto para o próprio surdo, por conta disso, o atendimento que deveria ser algo natural e fluido torna-se então um grande desafio (MAGRINI; SANTOS, 2014).

Souza *et al.* (2017) também considera a dificuldade comunicacional como o maior obstáculo no atendimento ao surdo nas unidades básicas de saúde, isso decorre devido à falta de capacitação dos profissionais de saúde para atender esse determinado público, além disso, o paciente surdo ainda enfrenta a falta de humanização do atendimento à saúde que ocorre na relação entre profissional-paciente.

No estudo de Tedesco e Junges (2013), foi possível perceber que os profissionais de saúde principalmente os médicos sentem-se desconfortáveis ao atender pessoas surdas, seja porque se sentem inseguros quanto a comunicação ou porque não conseguem estabelecer uma comunicação direta entre médico-paciente.

Em relação à dificuldade de comunicação, é importante ressaltar que sequer uma pequena falha na comunicação pode interferir nas orientações médicas oferecidas, então, uma falha que decorre da falta de conhecimento sobre a língua do paciente (médico ou enfermeiro etc.) na Libras ao atender um indivíduo surdo faz com que o indivíduo não siga corretamente as orientações dadas (MAGRINI; SANTOS, 2014).

A comunidade surda utiliza como estratégia de comunicação a leitura orofacial:

O uso da leitura orofacial é uma das principais estratégias quando se apresenta um déficit auditivo, feito de forma inconsciente ao se comunicar por meio da observação da expressão facial, de gestos, modificações de postura e pistas que auxiliam na decodificação da informação. Assim, os indivíduos com deficiência auditiva tendem a apresentar um perfil diferenciado de saúde e de uso dos serviços de saúde, exigindo maior atenção e cuidado no atendimento. (CASTRO; PAIVA; CÉSAR, 2012, p. 129).

Abordando tais impedimentos e possíveis situações pode-se afirmar que o indivíduo surdo majoritariamente utilizará o SUS (Sistema Único de Saúde) de maneira desigual em relação aos demais usuários, pois, ao não ter acesso ao mesmo atendimento que o ouvinte possui, caracteriza-se a falha no cumprimento do proposto na própria Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, visando a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como, promover o acesso universal e igualitário para todos.

Assim, é preciso reconhecer as dificuldades envolvidas na relação entre médico-paciente, por isso o objetivo desta pesquisa é de averiguar quais as barreiras comunicativas existentes e suas causas, visando a implementação e criação de políticas públicas que terão como objetivo amenizar as desigualdades existentes entre surdos e ouvintes no sistema único de saúde.

Magrini e Santos (2014), com o objetivo de investigar a comunicação dos funcionários com o paciente surdo, em uma unidade de saúde localizada em Belém do Pará, composta por 40 funcionários do local, verificou que 39 (97,5%) dos participantes relataram não estar preparados para atender o paciente surdo.

Santos e Shiratori (2004) afirmam que 90% dos entrevistados surdos, nunca receberam uma orientação de saúde. O Decreto 5.626/05, afirma que é dever do Poder Público e empresas privadas que detém autorização, promover a assistência à saúde a comunidade surda, como ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva, disponibilizar serviços de diagnóstico, acompanhamento com profissionais de saúde, o acesso da Língua Brasileira de Sinais às famílias.

Uma pesquisa transversal, com o objetivo de comparar o acesso dos portadores de deficiência auditiva incapacitante a serviços assistenciais e de prevenção com os ouvintes de Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, realizado por Freire et al. (2009), quando analisadas as variáveis relativas a serviços de saúde os portadores de deficiência auditiva tiveram:

30% maior probabilidade de ter consultado nos dois meses anteriores à entrevista e ter sido internado nos 12 meses anteriores à entrevista e nas variáveis de saúde mental os deficientes auditivos tiveram 1,5 mais probabilidade de terem consultado para problemas nos nervos e 4,2 mais probabilidades de terem sido internados em hospital psiquiátrico que os ouvintes. reforça a ideia de investimentos em campanhas voltados para

deficientes auditivos, a fim de que tenham acesso aos serviços de saúde e medidas de prevenção. (FREIRE et al., 2009, p. 896).

Embora, a Constituição Federal de 1988 afirme o direito do acesso universal à população para sua rede de atenção à saúde, um dos maiores obstáculos para os surdos, justamente é de encontrar um serviço de saúde que tenha recursos capazes de atendê-los (BRASIL, 1988; SANTOS; SHIRATORI, 2004).

Nesse sentido, de acordo com Santos e Shiratori (2004), em estudo que analisa as necessidades dos surdos, por meio das entrevistas aos pacientes constituiu-se com três perguntas, e um total de 511 surdos entrevistados, sendo 505 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, e com a idade variando de 20 a 55 anos, entenderam que, diante as falas na entrevista, o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente surdo estava comprometido. Assim, eles não conseguem interagir e formar um vínculo, uma vez que existe dificuldade na comunicação, bem como para o profissional, pois, muitas vezes, não está preparado para atender essa população. Ainda nesse estudo, é possível confirmar que a maioria dos profissionais não conhecem Libras.

Assim, a Lei 10.436, de 24 de abril de 2002, regulamentada pelo Decreto 5.626, de 22 de dezembro de 2005, portanto, determina que o poder público deve assegurar atendimento diferenciado aos surdos, por meio do uso, difusão, tradução e interpretação de Libras. Com isso, é assegurado ao surdo o direito de ter um intérprete/tradutor de Libras (BRASIL, 2002).

Com base nos estudos citados, é inegável que a necessidade de uma mudança imediata na relação entre médicos e pacientes surdos seja estudada e avaliada e posteriormente para uma futura pesquisa a relação de todos os profissionais envolvidos no atendimento a comunidade surda (CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009).

A seguir abordaremos o papel da Libras (Língua Brasileira de Sinais) na construção do indivíduo surdo.

2.4 A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS

O status de língua só foi dado a Libras em 2002, pela Lei Federal nº 10.436/2. Assim é dever do Estado e do poder público e de empresas concessionárias de serviço público promover e apoiar a difusão da Libras não só como um meio de

comunicação da comunidade surda, mas também como uma língua a ser aprendida e no mínimo compreendida para que a comunidade surda possa viver em solo brasileiro sob os mesmos direitos igualitários que regem nossa constituição.

Segundo Lima (2006, p. 68)

A língua de sinais é uma língua viso-espacial, na qual os gestos são traçados no espaço para serem vistos. Ela tem parâmetros próprios. Assim, algumas características da linguagem oral-como uma data entonação ou um questionamento- não são compreensíveis para a pessoa surda.

A Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002 define a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como:

Uma forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil (BRASIL, 2002, p. 1).

Segundo a Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos (FENEIS) a Libras é definida como:

A língua materna dos surdos brasileiros e, como tal, poderá ser aprendida por qualquer pessoa interessada pela comunicação com esta comunidade. Como língua, está composta de todos os componentes pertinentes às línguas orais, como gramática, semântica, pragmática, sintaxe e outros elementos preenchendo, assim, os requisitos científicos para ser considerado instrumento linguístico de poder e força (SILVA, 2016, p. 9).

A Língua Brasileira de Sinais vem ganhando cada vez mais espaço na sociedade devido aos movimentos surdos em busca de seus direitos, os indivíduos surdos são providos de cultura e língua própria que sofrem a opressão da sociedade não surda que impõe um “padrão” de cidadão sem considerar as individualidades de cada pessoa que compõe a sociedade. Após de anos de luta os surdos conquistaram o direito de usarem sua língua para se comunicar e participar da sociedade (SÁ, 2013).

A respeito da diversidade, ainda constitui um dos maiores desafios da sociedade, principalmente a convivência com pessoas portadoras de algum tipo de deficiência ou diretamente ao indivíduo surdo e no que diz respeito ao reconhecimento da Língua de Sinais (MARTINS, 2007).

No início a Libras não era considerada como uma língua própria da comunidade surda, era vista apenas como mímica ou gesticulações que simulavam a fala oral (CHAVEIRO, 2013).

Com a oficialização da Libras fica garantido à comunidade surda “O direito de se comunicar na sua língua natural, i.e., na Língua Brasileira de Sinais (Libras), é garantido legalmente no Brasil, sem imposição ao uso da língua majoritária do País” (CHAVEIRO, 2013, p. 617).

A Libras é constituída de parâmetros primários e secundários que se combinam de forma sequencial ou de forma simultânea. Os parâmetros primários são compostos pelas configurações das mãos; pontos de articulação; e os movimentos. Já os parâmetros secundários são compostos pelas disposições das mãos; orientações da palma das mãos; as regiões de contato e as expressões faciais (SILVA; SCHMITT; BASSO, 2002).

Partindo do pressuposto de que ao necessitar de atendimento médico de emergência um surdo recorra ao atendimento de uma unidade de pronto atendimento e essa unidade não conte com no mínimo um profissional habilitado para se comunicar com o indivíduo, podemos inferir, nesse caso, que o sujeito surdo se vê numa situação de imposição para que saiba utilizar-se da língua do grupo majoritário. O surdo é “uma pessoa que, embora tenha perda total ou parcial de sua capacidade auditiva, compreende o mundo e, ao mesmo tempo, interage com ele por meio de experiências visuais” (ALVES; FRASSETTO, 2015, p. 212).

A inclusão social de pessoas com surdez é um tema bastante discutido na literatura brasileira tendo como destaque Romeu Sasaki e Neuma Chaveiro, no que diz respeito a sua inserção, logo, o ensino deve ser compreendido como base da democracia e o alicerce para superar as desigualdades social sociais (CAMPOS; RODRIGUES; SILVA, 2012).

Assim é necessário reconhecer a importância da Libras para a comunidade surda, isso porque essa língua garante a comunicação das pessoas surdas com o restante da sociedade.

3 METODOLOGIA

Nesta seção será apresentada a metodologia utilizada para desenvolvimento da pesquisa considerando-se os aspectos acerca da caracterização da pesquisa e de seus objetivos, bem como os procedimentos que embasam a investigação e, por último, serão apresentados os procedimentos de análise.

3.1 A FINALIDADE DA PESQUISA

O presente trabalho é uma pesquisa aplicada. A pesquisa aplicada é definida por Fleury e Werlang (2017):

A pesquisa aplicada pode ser definida como um conjunto de atividades nas quais conhecimentos previamente adquiridos são utilizados para coletar, selecionar e processar fatos e dados, afim de se obter e confirmar resultados, e de gerar impacto (FLEURY; WERLANG, 2017, p. 11).

A pesquisa aplicada tem como foco os problemas presentes nas instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Ela é dedicada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e na busca por soluções (THIOLLENT, 2009).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 35) “este tipo de pesquisa tem como objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos”.

A pesquisa aplicada envolve estudos que tem por finalidade a resolução de problemas da sociedade, além disso, busca contribuir para a geração de conhecimento científico e sugerir novos problemas a serem pesquisados (GIL, 2002).

Portanto, a pesquisa aplicada busca soluções para um problema existente na sociedade, tendo como objetivo principal a geração de conhecimento para a aplicação prática para a solução de problemas sejam eles locais, territoriais ou regionais.

3.2 OS OBJETIVOS DA PESQUISA

No que se refere aos objetivos, o estudo se apresenta como uma pesquisa descritiva que procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus

problemas. Pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS,1987).

A descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. (GIL, 2002, p. 42).

Ao realizar a coleta de dados em relação ao atendimento médico a pacientes surdos no município de Rio Branco foram entrevistados: médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, funcionários da área do acolhimento (primeiro contato que os pacientes têm ao chegar na unidade de saúde) entre outros funcionários que lidam com o atendimento ao paciente a fim de constatar a problemática envolvida na pesquisa.

Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. (GIL, 2002, p. 42).

Os estudos do tipo descritivos podem ser criticados porque pode existir uma descrição inexata dos fenômenos e dos fatos, às vezes não existe por parte do investigador um exame crítico das informações, e os resultados podem ser equivocados; e as técnicas de coleta de dados, como questionários, escalas e entrevistas, podem ser subjetivas, apenas quantificáveis, gerando imprecisão (TRIVIÑOS, 1987).

3.3 A ABORDAGEM DA PESQUISA

Esta pesquisa, no que diz respeito à abordagem, trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa tendo uma abordagem mista. Seguindo a conceituação de Bogdan e Biklen (1982), que descrevem a pesquisa qualitativa como o ambiente natural sendo sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, neste caso

a presente pesquisa se caracteriza como qualitativa visto que o instrumento principal foi o pesquisador tendo como ambiente o local onde se fez a pesquisa.

Já a pesquisa quantitativa, segundo Baptista (1999), não é baseada em números, pois existe a influência de pressupostos teóricos e limitações. Ainda, segundo Fonseca (2002), diferente da pesquisa qualitativa, os resultados das pesquisas quantitativas podem ser quantificados sendo considerados representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população-alvo da pesquisa.

A pesquisa quantitativa considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Com base no que afirma Fonseca (2002), a utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

A presente pesquisa é classificada como quali-quantitativa porque usa tanto os métodos quantitativos quanto os qualitativos para a realização da análise mais profunda dos dados.

3.4 OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa documental que tem como instrumento de coleta de dados o questionário que é definido como: “instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 100).

Os procedimentos de análise abrangem a coleta, classificação, seleção e utilização de todas as informações coletadas, compreendendo também técnicas e os métodos que facilitam sua busca e sua identificação (FACHIN, 2017).

Uma das características da pesquisa documental é tomar como fonte de coleta de dados apenas documentos, escritos ou não, que constituem o que se denomina de fontes primárias que podem ter sido feitas quando o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (MARCONI; LAKATOS, 2019).

Para Gil (2002), a pesquisa documental é fonte rica e estável de dados, que não possui altos custos e possibilita uma leitura mais aprofundada das fontes.

A pesquisa documental, segundo Oliveira (2007), acontece em materiais que não receberam tratamento analítico adequado, com isso, nesse tipo de pesquisa o

pesquisador precisa ter mais atenção durante a análise de dados já que estes não passaram por algum tratamento científico adequado.

Como já explicitado, a pesquisa documental trabalha com dados de fontes primárias. As fontes primárias são dados que foram obtidos pelo próprio pesquisador sendo este quem coleta e analisa os dados durante a pesquisa. As fontes primárias são responsáveis por gerar novas informações ou novas interpretações (AZEVEDO, 2012).

3.5 OS DADOS DA PESQUISA

Na presente pesquisa o instrumento para a coleta de dados utilizado foi o questionário. O questionário consiste em uma técnica de coleta de dados que pode ser aplicado quando se tem por objetivo coletar opiniões, percepções, posicionamentos e preferências (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2011).

Para Gil (1999, p. 128), o questionário pode ser definido como “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

O questionário pode ser composto por perguntas abertas e/ou fechadas. As perguntas abertas são aquelas que o participante da pesquisa possui uma liberdade na resposta, isso ocorre porque o pesquisador não influencia com respostas pré-estabelecidas. Por outro lado, as perguntas fechadas terão alternativas específicas para que o participante da pesquisa escolha uma delas (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2011).

O questionário também pode apresentar questões dependentes, ou seja, dependendo da resposta dada a uma questão, o participante responderá uma ou outra pergunta, havendo perguntas que apenas serão respondidas se uma anterior tiver determinada resposta (CHAER; DINIZ; RIBEIRO, 2011).

O questionário possui sete perguntas fechadas em que os participantes (profissionais de saúde entrevistados) escolheram as respostas que já estão predefinidas nas questões. O questionário também possuía duas questões abertas que poderiam ser respondidas conforme a opinião dos profissionais de saúde.

Para facilitar a coleta e análise de dados o questionário foi dividido em quatro áreas: local de atendimento, área de atuação, experiência profissional e atendimento a pacientes surdos.

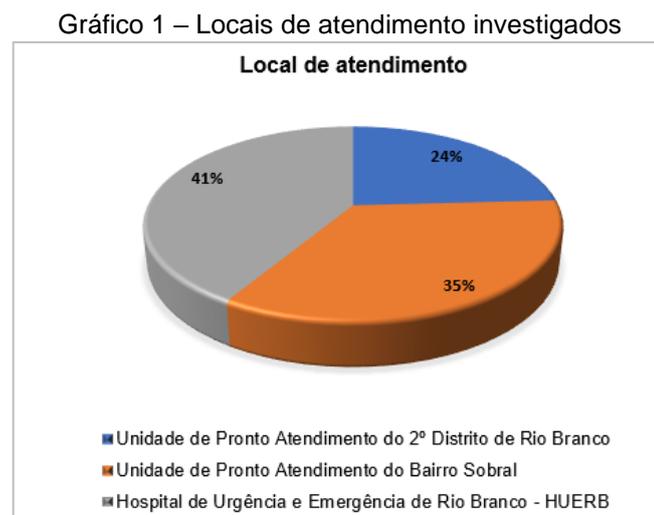
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo constam as análises e discussão dos dados da pesquisa. Nele será considerada a problematização tendo como base o capítulo VII do Decreto de Lei nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 que trata sobre a garantia do direito à saúde de pessoas surdas ou deficientes auditivas.

Apresentam-se a seguir os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados nas unidades estudadas. O material foi analisado e organizado de acordo com a problemática desta pesquisa sendo dividida em categorias, sendo elas: (a) local de atendimento; (b) área de atuação; (c) tempo de experiência profissional; e (d) atendimento a pacientes surdos.

Os locais de atendimento foram selecionados devido ao grande fluxo de pacientes, ou seja, os locais que são procurados pela população em caso de necessidade de atendimento médico.

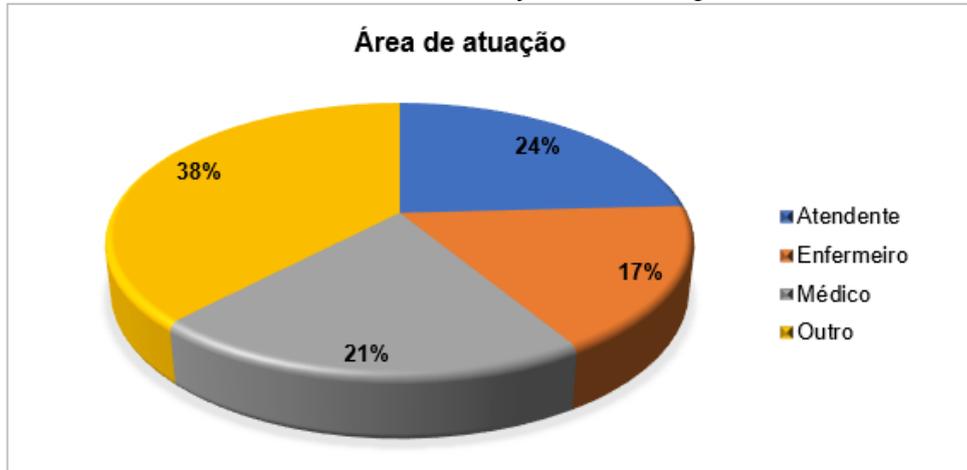
O Gráfico 1 apresenta os locais mais procurados para atendimento médico, o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) foi o mais procurado com 41%, em segundo lugar está a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Sobral com 35% dos atendimentos e, por último, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do 2º distrito com 24% dos atendimentos.



Fonte: Dados da pesquisa

Em seguida, buscou-se quantificar e agrupar os profissionais de cada área atuante nas unidades de saúde sendo outros como técnicos de enfermagem com 38%, atendentes com 24%, médicos com 21%, enfermeiros com 17%.

Gráfico 2 – Área de atuação dos investigados



Fonte: Dados da pesquisa

Posteriormente, os profissionais foram estudados em relação ao seu tempo de profissão, verificou-se que 36% dos profissionais tinham mais de 10 anos de experiência profissional, 26% tinham aproximadamente mais de 5 anos de experiência profissional, 22% tinham mais que 2 anos de experiência profissional e 16% tinha menos que 2 anos de experiência profissional.

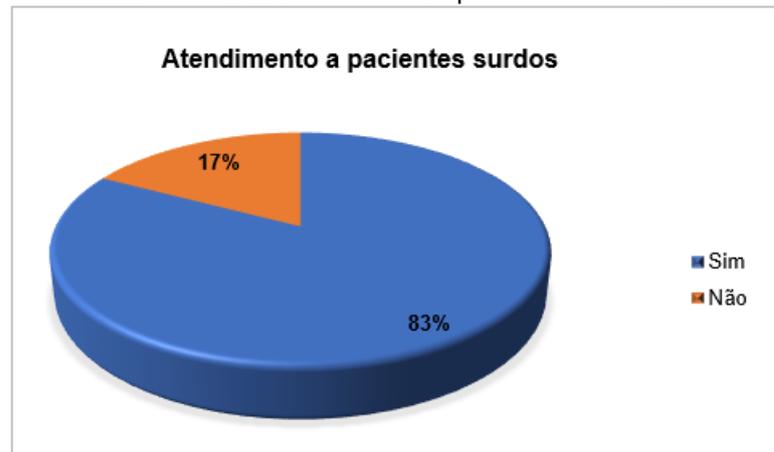
Gráfico 3 – Tempo de experiência dos investigados



Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao atendimento, 83% dos informantes alegaram haver atendido pacientes surdos e 17% não tiveram contato com esses pacientes, como mostra a gráfico 4.

Gráfico 4 – Atendimento a pacientes surdos



Fonte: Dados da pesquisa

Como objeto de estudo desta pesquisa, o gráfico 5 mostra o quantitativo de informantes em que 50% descreveram já ter atendido pacientes surdos tanto com auxílio de familiares quanto com o auxílio de intérpretes, sendo importante informar que os intérpretes citados não foram profissionais das unidades e sim profissionais que acompanhavam o surdo. Assim, 21% tiveram auxílio apenas dos familiares, 16% utilizaram de outros meios como celular, escrita, gestos etc. 10% informaram ter atendido somente com auxílio de intérprete e apenas 3% não precisou de auxílio, pois alegaram conseguir comunicar-se sem prejuízo no atendimento.

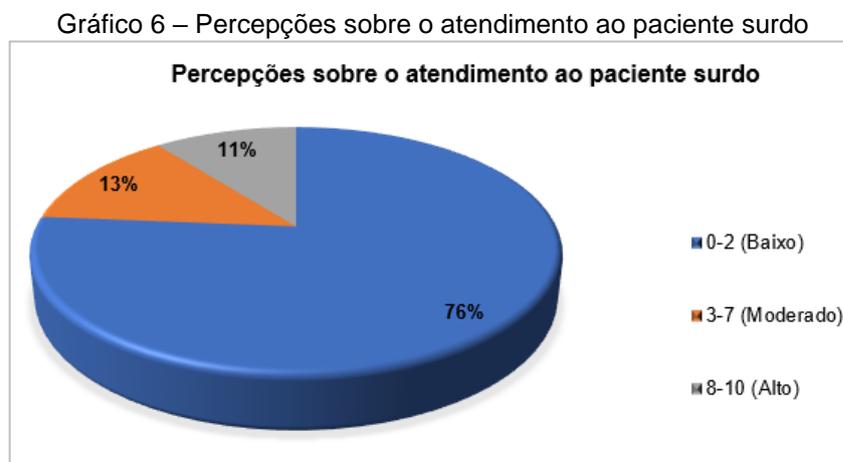
Dando ênfase na parte dos atendimentos em que foi utilizado o método de escrita, Araújo et al (2019) explica que alguns surdos possuem dificuldades com a língua portuguesa apesar de a grande maioria ter bom nível de escolaridade. Dessa forma, somente a escrita não é o ideal para eficácia de um bom atendimento podendo causar constrangimento e frustração ao paciente surdo.

Gráfico 5 – Forma de comunicação



Fonte: Dados da pesquisa

Os informantes também foram questionados sobre suas percepções acerca do atendimento aos surdos em uma categoria de 0 a 10, sendo 0 para totalmente inapto no atendimento e 10 como totalmente apto. No detalhamento de 0-2, considerado “baixo”, de 3 a 7 – no nível “moderado” e de 8-10 considerado “alto”. A seguir o resultado das análises, segundo o gráfico 6 demonstra que 76% dos entrevistados consideram-se inaptos ao atendimento aos surdos, 13% medianos e apenas 11% consideram-se aptos ao atendimento aos pacientes.



Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 7 apresenta a quantificação dos profissionais que tiveram alguma instrução curricular sobre a Libras ainda no curso superior ou técnico sendo que a maioria 76% não tiveram instrução e 24% tiveram alguma formação.



Fonte: Dados da pesquisa

No gráfico 8, os dados demonstram que após a formação profissional 83% não buscaram capacitação e apenas 17% dos entrevistados fizeram alguma capacitação em Libras por sua própria iniciativa.



A partir do gráfico 9 podemos notar que 95% das unidades não ofereceram capacitação na área da Libras aos funcionários sendo a porcentagem de 5% referente aos funcionários do setor de atendimento da unidade HUERB que alegaram haver realizado uma formação a 10 anos atrás.



Por último, os informantes foram convidados a contar suas experiências particulares sobre o atendimento a pacientes surdos quando eles poderiam descrever alguma situação atípica aos demais atendimentos. Alguns afirmaram ter dificuldades em entender uma simples conversação que envolvia triagem no atendimento, outros

chegaram a informar situações que colocavam em risco a vida dos pacientes, como no relato em que um paciente com covid necessitava ser entubado devido ao agravamento de seu estado.

A profissional descreveu a situação como angustiante, pois, segundo o procedimento padrão, o paciente era informado metodicamente acerca do porquê estaria sendo intubado e, no caso do paciente com covid, as barreiras comunicativas impediam esse procedimento.

Para Chaveiro e Barbosa (2005), ser cidadão brasileiro e vivenciar a mesma cultura que os ouvintes não garante aos surdos atendimento igualitário na área da saúde, uma barreira é imposta aos surdos e profissionais por não compartilharem a mesma língua.

Ainda sobre as experiências, um informante relatou conseguir entender o que o paciente surdo informava, porém não sabia como retribuir o que lhe era solicitado, trazendo à tona o valor fundamental da linguagem, que para Chaveiro de Barbosa (2005), está na relação em que as pessoas se fazem entender umas as outras.

Quando experiências são compartilhadas de forma eficaz, é possível reconhecer as percepções de dor ou prazer expressas pelo outro, por meios de aspectos verbais e não verbais de comunicação.

Em relação ao comprometimento destas comunicações, é correto possível que as unidades estão oferecendo assistência pouco eficiente, que padece de humanização. Acerca de outro atendimento, o informante citado afirmou que só conseguiu atender o paciente com o auxílio de português escrito via celular.

Cabe ressaltar que para os surdos o português é uma segunda língua e como qualquer língua estrangeira seu aprendizado resulta dificultoso, sendo um grande desafio para os surdos na área da educação a sua alfabetização (PEREIRA, 2014). Portanto torna-se claro que a escrita como meio de comunicação direcionada para casos em que se faz necessário descrições mais abrangentes na área da saúde é ineficaz.

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo verificar como ocorre o atendimento médico de pacientes surdos em Rio Branco e identificar quais profissionais de saúde estão habilitados para o atendimento desse público.

Verificou-se que a maioria dos profissionais de saúde não possuem o conhecimento de Libras adequado para garantir um atendimento integral ao paciente, isso porque, 50% dos profissionais necessitaram de auxílio do familiar ou do intérprete no momento da consulta com o paciente surdo. Percebe-se então a importância das políticas públicas que visem diminuir a barreira comunicativa entre os surdos e ouvintes.

Além disso, foi possível identificar que a 36% dos entrevistados tinham mais de 10 anos de experiência no serviço de saúde. Outro ponto importante é que a maioria dos profissionais de saúde já haviam ter atendido pacientes surdos em algum momento de sua atuação nos serviços de saúde.

É importante destacar também que durante o atendimento ao paciente surdo a comunicação ocorre por meio da intermediação da família ou intérprete. É preciso destacar ainda que apenas 11% dos profissionais se consideram aptos para o atendimento ao paciente surdo.

Ao realizar este trabalho percebeu-se que as pesquisas que envolvem o surdo na área da saúde e a importância do uso da Libras ainda são escassas. Torna-se clara a necessidade de formações profissionais ainda no curso superior ou técnico e capacitações constantes para que o direito fundamental garantido constitucionalmente a todos nós seja usufruído também pela comunidade surda.

Retomando ainda a escrita como meio de comunicação que muitas vezes é recorrida em caráter de urgência, devemos lembrar que para os surdos brasileiros o português é uma segunda língua, e como qualquer língua estrangeira seu aprendizado é difícil não sendo recomendável segundo Pereira (2014) que este meio seja utilizado para descrever situações que envolvem a saúde do paciente.

Por último, a falta de intérpretes nas unidades referenciadas torna o atendimento ao surdo ainda mais dificultoso, tendo em vista que nem sempre o surdo terá um familiar ou intérprete disponível no caso de urgências e emergências, sendo assim a implementação de políticas públicas em caráter de urgência é de suma

importância para que profissionais e atendentes de unidades de pronto atendimento possam atender a comunidade surda de forma igualitária e humanizada.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Elizabete Gonçalves; FRASSETTO; Silvana Soriano. Libras e o desenvolvimento de pessoas surdas. **Revista Aletheia**, n. 46, p. 211-221, Jan, de 2015.
- ARANHA, Maria Salete Fábio. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas psicol.** v. 3, n. 2, p. 63-70, 1995.
- ARAÚJO, Antônio Marcondes; COTTA, Bruna Stefane Silva; SOUZA, Anna Carollina C. Rezende; OLIVEIRA, Ana Paula; LAGES, Karoline Sousa. A dificuldade no atendimento médico às pessoas surdas. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas.** v. 3, n. 1, p. 3-9, 2019.
- BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVEZ, Elioenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 18, n. 4, 2010.
- BAPTISTA, Dulce Maria T. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: MARTINELLI, Maria Lucia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.
- BARTALOTTI, Celina Camargo. A terapia ocupacional e a atenção à pessoa com deficiência mental: refletindo sobre integração/inclusão social. **Rev Mundo Saúde**, v. 25, n. 4, p. 361-364. 2001
- BERNARDES, Liliâne Cristina Gonçalves; MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro; SPEZIA, Carlos Humberto; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 31-38, 2009.
- BISOL, Cláudia Alquati; PEGORINI, Nicole Naji; VALENTINI, Carla Beatris. Pensar a deficiência a partir dos modelos médico, social e pós-social. **Cad. Pes**, São Luís, v. 24, n. 1, p. 87-100, 2017.
- BOGDAN, Roberto; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação.** Porto: Porto Editora, 1982.
- BORGES, Manoella Cardoso Guglielmi; NATIVIDADE, Michelle Regina da. **A inclusão de pessoas com deficiência no ambiente de trabalho a partir de práticas adotadas por profissionais da área de gestão de pessoas em Florianópolis.** Universidade do Sul de Santa Catarina, 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 1988, Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 10436 de 24 de abril de 2002.** Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 5626/05 que regulamenta a Lei nº 10436 de 24 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060**, de 5 de junho de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2010.

CAMPOS, Leonardo; RODRIGUES, Bruno; SILVA, Maria Helena Neves. A inclusão dos surdos na educação e na sociedade. **Seminário Internacional de Educação no Mercosul**, 14. 2012, Cruz Alta, UNICRUZ, 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; PAIVA, Karina Mary; CÉSAR, Chester Luiz Galvão. Dificuldades na comunicação entre pessoas com deficiência auditiva e profissionais de saúde: uma questão de saúde pública. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 2, p. 128-134, 2012.

CASTRO, Heloísa Vitória de. Educação especial e inclusão de pessoas com deficiência na escola: um olhar histórico- social. **XVIII Simpósio de Estudos e Pesquisas da Faculdade de Educação**, Universidade Federal de Goiás, 2009. Disponível em: <http://anaisdosimposio.fe.ufg.br/up/248/o/1.4.27.pdf>. Acesso em 18 fev 2023.

CHAER, Galdino; DINIZ, Rafael Rosa Pereira; RIBEIRO, Elisa Antônia. A técnica do questionário na pesquisa educacional. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 251-266, 2011.

CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; BARBOSA, Maria Alves. Relação do Paciente Surdo com o Médico. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 1, n. 75, p. 147-150, 2009.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. Enferm.** v. 39, n. 4, 2005.

CHAVEIRO, Neuma. Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 616-23, 2013.

COSTA, Maria Izabel Sanches; IANNI, Aurea Maria Zollner. A dialética do conceito de exclusão/inclusão social. In: **Individualização, cidadania e inclusão na**

sociedade contemporânea: uma análise teórica. São Bernardo do Campo, São Paulo. Editora UFABC, p. 75-101, 2018.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

FIGUEIRA, Emilio. **Caminhando no silêncio**: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na História do Brasil. 1.ed. São Paulo: Giz, 2008.

FLEURY, Maria Tereza Leme; WERLANG, Sergio. Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. **GV pesquisa**, p. 10-15, 2017.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOHRMANN, Ana Paula Barbosa. Os modelos médico e social de deficiência a partir dos significados de segregação e inclusão nos discursos de Michel Foucault e de Martha Nussbaum. **Revista Estudos Institucionais**, n. 2, v.2, 2016.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza, UEC, p. 1-127, 2002.

FRANÇA, Thiago Henrique. Modelo social da deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, São Paulo, v.17, n. 31, p. 59-73, 2013.

FREIRE, Daniela Buchrieser et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 889-897, 2009.

FUJIHIRA, Carolina Yuki. Acompanhando a inclusão: percurso ético. **Psychê**, v. 10, n. 18, p. 101-108, 2008.

GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. A contribuição do modelo social da deficiência a psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 557-566, 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLABER, Natieli; SAMARA, Tamires; MIRANDA, Tatiani; SANTOS, Marcos Ferreira. Inclusão social de pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho. **Rev Multivix**, v. 2, n. 1, p. 65-88, 2015.

IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da comunidade surda á rede básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, 2009.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de deficiência a questão da inclusão social. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n. 2. 2000.

MAGNAGO, Clarissa Faverzani; SCHMITZ, Daniele dos Anjos; PAVÃO, Sílvia Maria de Oliveira. Considerações sobre saúde e inclusão para qualidade de vida de estudantes universitários. **Linhas Críticas**, v. 27, p. 1-20, 2021.

MAGRINI, Amanda Monteiro; SANTOS, Teresa Maria Momensohn. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? **Revista DIC**, v. 64, n. 3, p. 550-558, set. de 2014.

MAIOR, Izabel. História, conceito e tipos de deficiência. **Sobre a deficiência visual**, p. 1-18, 2020.

MARCONI. Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINS, Vanessa Regina de Oliveira. Intérprete de língua de sinais legislação e educação: o que temos, ainda, a “escutar” sobre isso. **Educação Temática Digital**, v. 8, p. 171-191, 2007.

MAZZOTTA, Marcos José da Silveira; D’ANTINO, Maria Eloísa Famá. Inclusão social de pessoas com deficiência e necessidades especiais: cultura, educação e lazer. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 50, n. 2, p. 377-389, 2011.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. **Estudo do programa brasileiro de Transferências de Renda para a População com Deficiência e suas famílias no Brasil**: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Texto para discussão nº 1184. Brasília: IPEA; 2006.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde**, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

ONU. Organização das Nações Unidas. Social Integration – Social Policy and Development Division. **Social integration**, p. 1-80, 1966.

ONU. Organização das Nações Unidas. Leavin no one behind: the imperative of inclusive developed. **Economic & Social Affairs**, p. 1-186, 2016.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. São Paulo: EDUSP, 2003.

PAGANELLI, Raquel. Na educação inclusiva, a pessoa vem antes da deficiência. **Diversa**, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://diversa.org.br/artigos/na-educacao-inclusiva-a-pessoa-vem-antes-da-deficiencia/>. Acesso em: 10 jan 2023

PEREIRA, Maria Cristina da Cunha. O ensino de português como segunda língua para surdos: princípios teóricos e metodológicos. **Educar em Revista**, n. 2, p. 143-157, 2014.

PEREIRA, Jaquelline; SARAIVA, Joseane Maria. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185, 2017.

PINHEIRO, Daíse Cristina de Sá. **O papel do plano de comunicação preventivo em momento de crise na organização**. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia, p. 1-58, 2005.

PIRES, Rui Pena. O problema da integração. Sociologia, **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, vol. XXIV, 2012, pág. 55-87

REIS, Nivânia Maria de Melo. Declaração de Salamanca. In: OLIVEIRA, Dalila Andrade.; DUARTE, Adriana Maria Cancellaria; VIEIRA, Livia Maria Fraga. **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010.

RODRIGUES, David. Questões preliminares sobre o desenvolvimento de políticas de Educação Inclusiva. **Inclusão – Revista de Educação Especial**, v. 4, n. 1, p. 33-40, 2008.

SÁ, Nídia Regina Limeira de. Cultura, poder e educação de surdos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 118, p. 272, 2013.

SANTOS, Érika Machado; SHIRATORI, Kaneji. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Rev Enfermagem**, v. 6, n. 1, 2004.

SANTOS, Thiffane Pereira dos; REIS, Marlene Barbosa de Freitas. Educação especial: da segregação a inclusão. **IV Semana de Integração: XIII Semana de Letras, XV Semana de Pedagogia e I Simpósio de Pesquisa e Extensão (SIMPEX) – “Educação e Linguagem: (re)significando o conhecimento”**. 2015.

SANTOS, Maria Núbia Guimarães; SANTOS, Elisabeth Guimarães; DAMASO, Eliene Alves Ferreira. Inclusão social na escola: controversas e desafios. **Revista EDaPECI**, v. 19, n. 3, p. 109-21, 2019.

SANTOS, Jusiany Pereira da Cunha dos; VELANGA, Carmem Tereza; BARBA, Clarides Henrich. Os paradigmas históricos da inclusão de pessoas com deficiência no Brasil. **REEDUC**, v. 14, n.35, p. 313-340, 2017.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. WVA, Rio de Janeiro, 1997.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Causa, impedimento, deficiência e incapacidade, segundo a inclusão. **Revista Reação**, São Paulo, ano XIV, n. 87, jul./ago. 2012, p. 14-16.

SILVA, Fábio Irineu.; SCHMITT, Deonísio; BASSO, Idavania M. S. Língua Brasileira de Sinais: pedagogia para surdos. **Caderno Pedagógico I**. Florianópolis: UDESC/CEAD, 2002

SILVA, Fábio Irineu. Aprendendo Língua Brasileira de Sinais como segunda Língua. **Caderno Pedagógico I**. Palhoça, Santa Catarina, p. 1-69, 2016.

SILVA, Maria de Fátima Minetto Caldeira; FACION, José Raimundo. Perspectivas da inclusão escolar e sua efetivação. In FACION, José. Raimundo. (Org.). **Inclusão escolar e suas implicações**. 2ª ed. Curitiba: Ibpex, 2008. p.185-216.

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**. São Paulo-SP, v. 19, n.3, 395-405, 2017.

STROPARO, Eliane Maria. **Políticas inclusivas e acessibilidade em bibliotecas universitárias**: uma análise do sistema de bibliotecas (SIBI) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Dissertação (Mestrado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

TEDESCO, Janaina dos Reis; JUNGES, José Roque. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, 2013

THIOLLENT, Michel. **Metodologia de Pesquisa-ação**. Saraiva. São Paulo, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALENTE, Betha. A deficiência e a inclusão social. **Encontros Teológicos**. v. 43, n. 1, 2006.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. **Vozes**, p. 19-23, 2001.

WERNECK, Claudia. **Manual sobre Desenvolvimento Inclusivo para a Mídia e Profissionais de Comunicação**. Rio de Janeiro: WVA, p. 93, 1957.

APÊNDICE

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Investigação sobre o atendimento médico a pacientes surdos em Rio Branco-Acre
 Universidade Federal do Acre
 Pesquisadores responsáveis:
 Profa. Dra. Rosane Garcia Silva (orientadora)
 Sara Cristina Gonçalves Paiva
 Telefone para contato: (68) 992119374 e (68) 992090346
 E-mail para contato: rosane.silva@ufac.br e sara.cristina@sou.ufac.br

Caro(a) profissional da saúde, este questionário é parte da pesquisa sobre meu Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Letras-Libras. Suas respostas são muito importantes para a fase exploratória deste estudo e para o desenvolvimento da ciência no estado do Acre. As informações fornecidas serão arquivadas sem nenhuma identificação pessoal a fim de preservar a identidade dos informantes voluntários. Desde já, agradeço a colaboração!

QUESTIONÁRIO

- 1) Qual a Unidade de atendimento em que trabalha? _____
- 2) Qual sua área de atuação na Unidade de atendimento?
 Atendente ()
 Enfermeiro(a) ()
 Médico(a) ()
 Outro () Qual? _____
- 3) Tempo de experiência na profissão:
 Menos de 2 anos () mais de 2 anos () mais de 5 anos () mais de 10 anos ()
- 4) Prestou atendimento a algum paciente surdo? SIM () NÃO ()
- 5) Se prestou atendimento, a comunicação se deu de que forma?
 Não necessitei de auxílio porque tenho fluência na Língua Brasileira de Sinais ()
 Com o auxílio de Intérprete em Libras ()
 Com o auxílio de Familiar ()
 Outro () Especifique: _____
- 6) Na escala entre 10 para completamente apto e 0 para inapto, qual a sua percepção sobre seu atendimento ao paciente surdo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 No seu processo de formação profissional teve alguma instrução sobre a Língua Brasileira de Sinais? SIM () NÃO ()
- 7) Possui alguma capacitação na área de Libras? SIM () NÃO ()
 Qual(is)? _____
- 8) A sua Unidade de Pronto Atendimento ofereceu algum curso de Libras? SIM () NÃO ()
 Qual(is)? _____
- 9) Conte sobre sua experiência no atendimento ao paciente surdo.
