



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

LUÍSA BANDEIRA COELHO

**A SAÚDE É PARA TODOS? EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS SURDAS NO ACESSO À
SAÚDE**

BRASÍLIA

2020

Luísa Bandeira Coelho

A saúde é para todos? Experiências de pessoas surdas no acesso à saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Larissa Polejack

Brasília,

setembro de 2020

Este trabalho é dedicado a todos os pesquisadores
surdos que vieram antes de mim e, também, àqueles
que estão por vir.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Lúcia e Frederico, por terem investido com muito amor na minha educação e na minha formação como ser humano. A partir do exemplo, senti-me segura para exercer uma profissão de cuidado com o outro, respeitando profundamente cada pessoa dentro e fora do consultório. Agradeço, também, aos meus irmãos, Mariana e Luís Felipe, por terem sido grandes companheiros ao longo da caminhada.

Agradeço à minha esposa, Carolina, por todo carinho, sabedoria, força e suporte necessários do início ao fim desse ciclo, que foram imprescindíveis para que eu chegasse até aqui. Obrigada pelo cuidado e pela dedicação, incentivando-me a seguir em frente.

Agradeço à Larissa Polejack, minha querida orientadora de mestrado, que me acolheu e caminhou junto comigo na elaboração deste trabalho, pela sua dedicação e paciência ao mostrar que é possível pesquisar sem ignorar nossos afetos e que caminhando junto se vai longe.

Agradeço à Maria Inês Gandolfo, Domingos Sávio Coelho e Valéria Brito, por aceitarem fazer parte da banca examinadora deste trabalho. Agradeço pela contribuição de cada um ao longo da minha formação enquanto psicóloga, psicodramatista e pesquisadora surda.

Agradeço às minhas auxiliares, Luíza, Marina, Carmem e Martina, por terem sido grandes companheiras de pesquisa. Obrigada pela seriedade durante as etapas mais trabalhosas e também pela leveza das risadas para além das reuniões de pesquisa.

Agradeço às minhas companheiras de mestrado, Izabella, Graça e Esther, por termos caminhado juntas ao longo dessa etapa tão desafiadora.

Agradeço aos participantes desta pesquisa, que ousaram dividir conosco suas histórias na esperança de um futuro com mais equidade e direitos para todos. Agradeço também aos Tradutores e Intérpretes de Libras da UnB por trabalharem comigo para tornar possível a apresentação bilíngue do trabalho.

E, finalmente, agradeço a toda a comunidade surda, ao grupo de psicologia bilíngue do Brasil e aos amigos do Círculo de Cultura Surda. Em especial, agradeço ao meu grande amigo

Nathanael, por ser um excelente interlocutor na construção desta pesquisa e na idealização de tantos outros projetos. Obrigada por acreditar que tudo é possível. Seguimos juntos!

Resumo

O acesso aos serviços de saúde é direito de todos e se alicerça nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o princípio da equidade no acesso aos serviços de saúde, a acessibilidade em comunicação configura instrumento fundamental para a garantia de direitos, em especial, para os cidadãos surdos. Assim, está previsto que o sistema de saúde deve considerar a diferenciação linguística daqueles que usam a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como primeira língua, minimizando barreiras de acesso. O presente trabalho objetiva conhecer experiências de pessoas surdas no acesso ao sistema de saúde, visando identificar principais demandas, barreiras de acesso e estratégias adotadas por esses usuários. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que adota o método psicodramático para a realização de entrevistas em profundidade. Participaram quatro pessoas surdas e adultas, que usam a Libras como primeira língua. As entrevistas foram realizadas individualmente, em Libras, e registradas em vídeo. Seus conteúdos foram interpretados, transcritos, traduzidos e processados como previsto no método psicodramático. Na apresentação e discussão dos resultados, identificou-se que a barreira linguística, presente na dificuldade de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, gera múltiplas consequências, tais como dificuldades de acesso à informação em saúde, dependência de interpretação familiar, comprometimento da autonomia em saúde e maior exposição a riscos em situação de emergência. Discute-se, também, a importância do mecanismo de controle e participação social para resgatar o protagonismo da população surda no acesso aos serviços. Sugere-se que a formação superior dos profissionais de saúde inclua as necessidades da população surda e que seja incentivado que as gestões de saúde promovam ações de educação continuada que abordem essas demandas.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Direito à saúde, Língua de Sinais, Surdez, Pessoas com Deficiência Auditiva.

Abstract

Access to health services is a right of all citizens, based in Brazilian national health system. As a principle of equity in access to health services, having accessibility in communication is a fundamental instrument for guaranteeing rights, especially for deaf citizens. Thus, it is foreseen that the health system should consider a linguistic differentiation from those who use Brazilian Sign Language as a first language, minimizing access barriers. The research aims to know the experiences of deaf people accessing the health system, seeking to identify their main demands, barriers to access and strategies used by deaf users. It is a qualitative research that adopts the psychodramatic method for conducting in depth interviews. Four deaf people were interviewed, individually, using Brazilian Sign Language. The interviews were recorded on video for analysis. The data were interpreted, transcribed, translated and analyzed through theoretical processing provided for in the psychodramatic method. In the presentation and discussion of the results, it was identified that the language barrier, present in the difficulty of communication between patients and health professionals, generates multiple consequences, such as difficulties in accessing health information, dependence on family interpretation, compromised autonomy in health and greater exposure to risks in emergency situations. It also discusses the importance of social controlling and participation mechanisms to rescue the protagonism of the deaf population in accessing services. It is suggested that the higher education of health professionals include the needs of the deaf population and that health management be encouraged to promote continuing education actions that address these demands.

Keywords: Access to Health Services, Right to Health, Sign Language, Deafness, People with Hearing Impairment.

Lista de tabelas

Tabela 1 <i>Perfil dos participantes da pesquisa</i>	34
---	----

Lista de siglas

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAEP	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CHS	Ciências Humanas e Sociais
DF	Distrito Federal
EJA	Educação de Jovens e Adultos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Libras	Língua Brasileira de Sinais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
Proadess	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

Sumário

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.....	1
INSTITUTO DE PSICOLOGIA.....	1
Apresentação.....	11
1 O direito à saúde.....	15
1.1 Capacitismo.....	18
2 A cultura e a comunidade surda.....	19
3 A socionomia.....	21
4 Objetivo.....	24
4.1 Objetivo geral.....	24
4.2 Objetivo específico.....	24
5 Método.....	24
5.1 Participantes.....	26
5.2 Local.....	27
5.3 Materiais.....	27
5.4 Instrumentos.....	27
5.5 Cuidados éticos.....	28
5.6 Entrevista-piloto.....	28
5.7 Procedimento.....	29

5.8 Registros das entrevistas.....	32
5.9 Processamentos.....	33
6 Resultados e Discussão.....	34
6.1 Hellen.....	35
6.1.1 Compartilhando sentimentos, ideias e reflexões.....	45
6.2 Bárbara.....	49
6.2.1 Compartilhando sentimentos, ideias e reflexões.....	58
6.3 Douglas.....	62
6.3.1 Compartilhando sentimentos, ideias e reflexões.....	67
6.4 Sandra.....	71
6.4.1 Relações de dependência e apagamento.....	82
6.4.2 A comunicação com os profissionais de saúde.....	88
6.4.3 Falta de autonomia no acesso ao serviço de saúde.....	91
6.4.4 Acessibilidade em uma sociedade inacessível.....	92
7 Compartilhando caminhos.....	96
7.1 A comunicação dos profissionais de saúde com o paciente.....	98
7.2 A interpretação familiar e suas consequências.....	100
7.3 Dificuldades na obtenção de informações em saúde.....	101
7.4 A banalização do esforço para se comunicar.....	102
7.5 Em caso de emergência? Riscos sobre a falta de tecnologias assistivas.....	104
7.6 Um paciente invisível – capacitismo na relação entre profissionais e paciente.....	104
7.7 Participação social e consciência dos próprios direitos.....	106
7.8 É para todos? Diálogos possíveis para a acessibilidade.....	107
7.9 E o futuro?.....	109
Referências.....	110
Apêndice A.....	118
Apêndice B.....	120
Apêndice C.....	121

Apresentação

Este trabalho nasceu do incômodo, de um emaranhado de experiências compartilhadas por vozes que não são vistas, e, por conta disso, tendem ser silenciadas. O presente trabalho, que agora é escrito, não foi concebido dessa forma e nem mesmo nesta língua. O incômodo precisou ser traduzido até ganhar forma de pergunta, que é o ponto de encontro para começarmos uma caminhada. Dessa forma, apresento uma pesquisa construída através de histórias e da necessidade de torná-las visíveis e comunicadas, começando pela minha própria trajetória como psicóloga, surda e também pesquisadora afetada.

Quando eu era criança, não sei ao certo em que idade, aconteceu uma situação que debilitou parte da minha capacidade auditiva. Como eu falava alto, brincava e já sabia ler, ninguém da minha família percebeu o que havia acontecido, pensando que eu era apenas uma criança “distraída”. Somente por volta dos dez anos de idade, fiz exames que constataram uma perda moderada de audição e eu comecei a lidar com o fato de não escutar como as outras pessoas.

Quando adolescente, não queria nem ouvir falar em usar aparelho auditivo. Sentia que as outras pessoas, ao vê-lo, poderiam tirar as suas próprias conclusões sobre o que eu era capaz ou não de fazer. Comecei a evitar o assunto, fazendo com que apenas os meus amigos soubessem do meu problema de audição. Tirei proveito da minha boa dicção em português e aprendi a fazer leitura labial e a pontuar quando falavam baixo ou “para dentro”. Na escola, para ouvir os professores, eu ocupava os primeiros lugares na sala de aula e sempre estive bem inserida nos grupos dos meus colegas ouvintes. Com o tempo, aprendi a mascarar o esforço que eu fazia todos os dias para me comunicar, acreditando que seria a única forma de lidar com isso.

As coisas começaram a mudar em 2013, quando eu estava no terceiro semestre do curso de psicologia na Universidade de Brasília (UnB). Por acaso, inscrevi-me em uma

disciplina optativa cujo tema era cultura surda e, no segundo dia de aula, tive uma experiência que mudou tudo. O professor levou uma convidada surda para contar a sua história, e, como a turma era composta por ouvintes que não sabiam Língua Brasileira de Sinais (Libras), ele mesmo fazia a interpretação. O grande problema é que o professor falava muito baixo e com o rosto voltado para a convidada, e eu não conseguia entender quase nada daquilo que era dito. Experimentei um sentimento catártico. Era como se eu, que sempre me senti surda em meio a ouvintes, de uma hora para outra, não pertencesse ao mundo de nenhum deles, pois não era capaz de entender ninguém. Por duas horas, eu fiquei isolada e tomei consciência da minha situação: eu precisava conhecer pessoas surdas.

A partir de um projeto chamado Círculo de Cultura Surda, aprendi Libras e fiz vários amigos dentro da comunidade surda. Comecei a perceber que muitas vivências em relação ao sentimento de isolamento e dificuldade de comunicação são comuns independentemente do grau de perda auditiva. Comecei a questionar as diversas vezes em que eu me desculpei por não ter ouvido, pedindo para alguém repetir uma fala. E, principalmente, comecei a entender que a identidade surda não se constrói a partir de um laudo médico, mas a partir do encontro, da participação na comunidade e do nosso posicionamento em relação ao direito à acessibilidade. Ironicamente, assumir a minha identidade surda me fez assumir também o aparelho auditivo, já não me preocupando com o surgimento de possíveis situações capacitistas. Desde então, direcionei meus interesses dentro da psicologia para o trabalho com a comunidade surda e a promoção de saúde por meio da acessibilidade. Especializei-me na abordagem psicodramática e exerço a profissão atendendo pessoas surdas e ouvintes, atuando como psicóloga bilíngue em Libras e em Português.

O desejo de fazer mestrado surgiu do incômodo despertado ao perceber que a maior parte dos meus colegas surdos tinha dificuldades para acessar serviços de psicoterapia e saúde mental. Como psicóloga, observei, também, que a demanda de pacientes surdos se

mostrava muito maior do que eu e meus colegas psicólogos bilíngues do Distrito Federal (DF) conseguíamos acessar. Incomodava-me perceber que o meu trabalho era visto como uma exceção e que eu tinha dificuldade para encontrar literatura em relação à saúde das pessoas surdas sem foco em reabilitação. De acordo com a minha experiência clínica, ser surdo não costumava ser questão que levasse alguém a procurar psicoterapia, mas sim a falta de acessibilidade em uma sociedade excludente.

Essas questões despertaram o desejo de investigar a fundo como acontecem as experiências de cuidado em relação a um tema tão relevante que é o acesso à saúde. No início da construção desta pesquisa, começando a investigação bibliográfica, tive acesso a um curso em vídeo sobre legislação em saúde para pessoas com deficiência, que era direcionado a profissionais de saúde. Porém, enquanto surda, não consegui compreender o que se falava, pois o curso não tinha opção de legendas e nem material escrito. Percebi que não apenas os usuários surdos estavam à parte, mas também a existência de profissionais de saúde e de pesquisadores surdos estava sendo desconsiderada. Conto isso para exemplificar o que realmente despertou o meu papel de pesquisadora surda, levando-me ao desejo de resgatar o nosso lugar de fala dentro de discussões sobre temas tão importantes quanto o acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, esta pesquisa se guiou tendo a Libras como primeira língua, buscando resgatar o protagonismo da comunidade surda nos temas relacionados ao acesso à saúde.

O primeiro capítulo apresenta as políticas de saúde que se referem às conquistas de direitos em relação ao acesso à saúde e a legislação que tange os direitos das pessoas surdas e das pessoas com deficiência nesse contexto. Em seguida, apresenta-se o conceito de capacitismo, discutindo a discriminação voltada para pessoas com deficiência e a sua relação com as barreiras de acesso encontradas por pessoas surdas em relação à comunicação.

O segundo capítulo apresenta a cultura surda e suas representações fundamentadas em torno da Língua Brasileira de Sinais. São expostas considerações sobre a expressividade dessa cultura em relação às experiências da comunidade surda usuária da Libras, assim como considerações sobre conceitos de identidades surdas. O terceiro capítulo fundamenta a socionomia, referencial metodológico que é adotado nesta pesquisa. Colocam-se os conceitos de sociodinâmica, sociometria e sociatria, relacionando a aplicação do método psicodramático aos conceitos e às técnicas fundamentais da teoria de J. L. Moreno (1975).

A seguir, apresentam-se brevemente os objetivos da pesquisa, e adentramos no capítulo de método. Inicia-se a apresentação das bases epistemológicas da pesquisa qualitativa com método psicodramático, e apresentam-se as estruturas que compuseram a elaboração das entrevistas em profundidade. São apresentados também os cuidados éticos envolvidos na realização dos procedimentos de pesquisa. Nesse capítulo também se apresenta o processo criado de interpretação, transcrição e tradução necessário para que fosse possível apresentar os resultados das entrevistas, que foram realizadas em Libras.

No capítulo de resultados e discussão, são apresentados quatro processamentos resultantes das entrevistas realizadas com cada participante. É possível acessar as experiências trazidas pelos participantes e também refletir sobre os conteúdos levantados por cada experiência, relacionando-os à literatura. O último capítulo traz uma síntese dos principais temas que surgiram nas experiências dos participantes, discutindo-os de forma a reunir pontos comuns de grande relevância e também pensar em maiores possibilidades de ação para evitar barreiras de acesso na posteridade.

1 O direito à saúde

O direito à saúde é fundamental e garantido constitucionalmente, cabendo ao Estado assegurar que todos os seus cidadãos tenham acesso a ele de forma plena (Brasil, 1990). Para tanto, é importante compreender o conceito de saúde considerando a sua constituição multifacetada, não apenas em sua concepção biológica, mas em aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos que nela se envolvem (Czeresnia & Freitas, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está alicerçado em princípios fundamentais, entre os quais podemos destacar os princípios da universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde. A universalidade visa garantir que o acesso à saúde, na totalidade de seus níveis, alcance a população, independentemente de qualquer discriminação biológica, cultural ou social. O princípio da integralidade na assistência em saúde é entendido como um conjunto articulado de ações e serviços em saúde, abrangendo todos os níveis de atenção e complexidade, que compreendam integralmente as necessidades de cada cidadão. O princípio da equidade em saúde está ligado à diversidade da população, de forma a diminuir a desigualdade social e suas diferentes necessidades, a partir do estabelecimento de prioridades, a fim de proporcionar justiça social (Brasil, 1990).

De acordo com Czeresnia e Freitas (2009), o princípio da equidade visa ao compromisso de superar as desigualdades no acesso aos bens e serviços de saúde, dando prioridade aos grupos mais vulneráveis e considerando as especificidades de cada grupo social. Considerando, ainda, o princípio da equidade, Castro, Lefèvre, Lefèvre e César (2011) ressaltam a importância de olhar para as pessoas com deficiência, visando garantir acessibilidade em saúde e atendendo às diferentes necessidades para que seja possível promover a igualdade e a garantia de direitos.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015) assegura às pessoas com deficiência o pleno direito à saúde em todos os níveis de complexidade, por intermédio do

SUS, garantindo o alcance universal e igualitário. É assegurado, também, o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas em lei (Brasil, 2015). Dessa maneira, a comunicação dentro dos serviços de saúde pode ser entendida como instrumento fundamental de acessibilidade, que pode garantir o princípio de equidade em saúde, em especial, para os usuários deficientes auditivos e surdos.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), existem cerca de 9 milhões de pessoas com alguma deficiência auditiva no Brasil, seja ela leve, moderada, severa ou profunda. Sabe-se, também, que a comunicação, muitas vezes, é tida como um dos grandes desafios enfrentados por essa parcela da população na busca por direitos e acessibilidade (Santos, 2017).

O ano de 2002 foi marcado por uma importante conquista: a Libras foi reconhecida como meio legal de comunicação e expressão, conforme Lei federal nº 10.436, de 24 de abril de 2002 (Brasil, 2002):

Entende-se como Língua Brasileira de Sinais – Libras 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 de pessoas surdas do Brasil. (Brasil, 2002, art. 1, parágrafo único, *on-line*).

O Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005), que regulamenta a referida lei, também trata oficialmente como pessoa surda alguém que, por possuir perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Libras, o que marca a existência de uma presença cultural que não se resume à perda auditiva (Brasil, 2005; Santos 2017). A regulamentação da Lei de Libras também dispõe sobre a garantia do direito à saúde das

pessoas surdas ou com deficiência auditiva, enfatizando a importância de voltar o cuidado a essas pessoas pautando-se pelo princípio da equidade (Brasil, 2005).

Considerando especificidades referentes à perda auditiva, o Ministério da Saúde (2004) instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA), que visa estabelecer parâmetros e regulamentar o cuidado integral no aspecto auditivo nos diferentes níveis de complexidade do SUS. Em sua elaboração, a política não se pauta apenas por questões relativas ao diagnóstico e à reabilitação auditiva, mas também pelo fomento de aspectos relacionados à promoção de saúde e qualidade de vida regulados pelos princípios da equidade e da integralidade (Ministério da Saúde, 2004). Por outro lado, Coelho (2015) aponta que tanto a Política Nacional de Saúde Auditiva quanto os programas que a integram, como o Programa de Triagem Neonatal (Ministério da Saúde, 2012), não trazem referências em relação à Língua Brasileira de Sinais ou sobre a importância comunicacional na garantia do direito à equidade em saúde. Chama-se atenção, também, para a importância de considerar aspectos biopsicossociais no conceito de saúde, sem ignorar as contribuições da Libras e da cultura surda no que diz respeito às políticas voltadas para essa população (Coelho, 2015; Tostes, 2018).

Ainda sobre políticas públicas em saúde voltadas também para a comunidade surda, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência aponta o respeito aos direitos humanos como uma de suas primeiras diretrizes, assim como a garantia de autonomia, independência e liberdade para que pessoas façam suas próprias escolhas, promovendo também respeito às diferenças, aceitação social e enfrentamento de estigmas e preconceitos (Ministério da Saúde, 2012, 2017). Isso inclui a liberdade da pessoa surda quanto ao direito de escolher a língua em que prefere se comunicar e fazer uso, ou não, de tecnologias assistivas, considerando que cada pessoa tem uma vivência e uma singularidade que deve ser respeitada.

1.1 Capacitismo

Na última década, observamos que o debate acerca dos diferentes tipos de violências discriminatórias, tais como racismo, sexismo, xenofobia e LGBTfobia, vem ganhando espaço nas discussões ambientadas em prol dos direitos humanos. Por outro lado, não se observa o mesmo destaque na ampliação desse debate quando se trata de violências que resultam do preconceito contra pessoas com deficiência (Nario-Redmond, 2019; Mello, 2016).

Constata-se que a própria dificuldade em nomear a discriminação sofrida por essa população é um indício da necessidade de ampliação dessa discussão. Diante da urgência em nomear esse fenômeno, a palavra “Capacitismo” vem sendo adotada como neologismo equivalente ao termo *Ableism*, que é usado internacionalmente pela comunidade acadêmica e apropriada do discurso emancipatório de pessoas com deficiência, inclusive, por pesquisadores surdos (Dias 2013; Mello, 2016).

Para avançar em profundidade nessa discussão, é importante explorar as nuances da corponormatividade ao nomear o mecanismo presente na sociedade de controle biopolítico que se baseia na lógica da incapacidade relacionada às limitações de um corpo, ou seja, da ideia criada por pessoas sem deficiência do que as pessoas com deficiência seriam capazes de ser ou de fazer (Mello, 2016). Essa lógica tem consequências que se apresentam em diversos níveis, pessoais e interpessoais, na estrutura da sociedade e se manifestam em diferentes formas de violências (Du Mont & Forte, 2016; Janz, 2019; Nario-Redmond, 2019; Nelson, 2020).

Diante disso, a opressão perpetuada pela lógica capacitista leva a crer que as pessoas precisam ser reabilitadas, ou, até mesmo, consertadas, para que se encaixem na normatividade, ignorando a possibilidade de outras existências plenas e formas de estar no mundo e favorecendo a discriminação e a falta de acessibilidade (Nario-Redmond, 2019; Mello, 2016). Assim, também a existência de uma inteira comunidade de pessoas

visuoespaciais, que se comunicam através de uma língua que se manifesta no corpo, passa a ser questionada pela lógica reabilitadora, que se baseia na falta em vez de na potencialidade.

A comunidade surda não aceita a ideia de ter a sua existência questionada por tal lógica reabilitadora, que acredita que a plenitude estaria relacionada à capacidade de escutar e de falar uma língua oral. Diante disso, Strobel (2008) explica que o termo “Deficiente Auditivo” é rejeitado por parte da comunidade surda por ser entendido como uma concepção ouvinte que define pessoas surdas segundo a capacidade auditiva e desconsidera a presença de uma cultura linguística diferente. Assim, observamos que os surdos usuários da Libras são considerados uma minoria linguística e enfrentam diariamente barreiras de acesso em relação à comunicação, desde situações de ridicularização da língua até a privação de acesso à serviços essenciais, como a saúde (Tostes, 2018).

2 A cultura e a comunidade surda

A Libras é um sistema linguístico visuoespacial, que compreende que o ato de se comunicar acontece através de experiências corporais: “Os surdos veem a língua por meio do olhar, das mãos, das expressões faciais e do corpo. É uma língua vista no outro” (Quadros, 2017).

Ao se referir à cultura surda, Strobel (2008) afirma que ela é o jeito surdo de entender o mundo e de modificá-lo a fim de torná-lo acessível. Compreende-se a cultura surda como todo o conjunto de costumes, ideias, desejos e experiências reunidas em torno da Libras, assim como modos comuns e compartilhados entre sujeitos surdos nos mais diversos contextos (Dall’Alba, 2013; Perlin & Strobel, 2014). Dessa maneira, entende-se que existem traços que reúnem a comunidade surda através da língua de sinais e de uma cultura própria, reafirmando e consolidando relações de pertencimento (Dall’Alba, 2013; Quadros, 2017).

A construção da identidade surda é colocada como uma experiência multicultural e multifacetada, pois há uma ampla gama de possibilidades de identificação cultural do sujeito (Perlin, 1998). E, por conta dessa pluralidade, entendemos também que a comunidade surda não é formada apenas por surdos, mas também por ouvintes que compartilham a língua, as vivências e as trocas de experiências, como filhos ouvintes de surdos, tradutores intérpretes de Libras e demais familiares e amigos (Dall'Alba, 2013).

Nery (2010) destaca que a personalidade de uma pessoa se compõe através de diversos papéis sociais que cumprem funções sociais e culturais, compondo a sua construção identitária. A identidade de uma pessoa está relacionada ao pertencimento de grupo, que gera também um reflexo coletivo em relação a como seus membros percebem a si e àqueles não pertencentes ao mesmo grupo (Moreno, 1975). Já o processo de identificação é um fenômeno psicossocial e se dá por uma projeção subjetiva de um indivíduo em relação a outra pessoa, situação ou papel (Moreno, 1975; Nery, 2010).

Entendendo esses conceitos, falamos também de pessoas que possuem uma perda auditiva (tanto leve quanto profunda), mas que, devido às suas experiências de vida, não têm contato com a comunidade surda e nem se identificam com a cultura surda. Nesses casos, mesmo não se falando em identidade, devido às suas características sensoriais, essas pessoas podem vir a construir suas experiências de maneira altamente visual, impulsionados pela necessidade de comunicação com os demais. Essa maior sensibilidade sensorial se manifesta através de leitura labial associada a tecnologias assistivas, para aqueles que falam português, ou até mesmo através de gestos domésticos ou desenhos, para aqueles que não possuem nenhuma língua. Dessa forma, apesar das diferenças contextuais, também suas vivências e formas de estar e se relacionar no mundo poderão ser semelhantes, ainda que essas pessoas nunca tenham tido contato com a comunidade surda usuária da Libras.

Sabemos que está previsto formalmente que, de acordo com os princípios do SUS, em especial o de equidade, deve-se considerar a diferenciação linguística daqueles que usam a Libras como primeira língua e identificar barreiras de acesso que eventualmente possam vir a acontecer na utilização do sistema de saúde, investigando junto à comunidade surda como tem sido a experiência dos usuários. Pensando sob a perspectiva da promoção de saúde, é importante resgatar a importância do empoderamento comunitário na promoção de políticas públicas e repensar o papel fundamental do mecanismo de controle social no funcionamento do SUS (Czeresnia & Freitas, 2009).

3 A socionomia

Neste trabalho, adotou-se a socionomia como base teórica e referencial metodológico da investigação e, para prosseguirmos, faz-se necessária a sua apresentação. A socionomia é definida por seu criador, J. L. Moreno, como uma ciência que estuda as relações humanas entre o individual e o coletivo, entendendo que os seres humanos se constituem na relação com o outro a partir dos múltiplos papéis sociais que desempenham através da ação (Moreno, 1975; Nery, 2014).

A teoria sionômica (Moreno, 1975) se divide em três áreas de estudo: a sociodinâmica, a sociometria e a sociatria. A sociodinâmica estuda o funcionamento das relações interpessoais, investigando o desempenho de diversos papéis sociais e estimulando, através da ação dramática, a espontaneidade e a criatividade nas relações. A sociometria estuda medidas da atração e da repulsão social, visando a estratégias de identificar e até quantificar aspectos presentes entre indivíduos e grupos. Sociatria é o nome da aplicação terapêutica da teoria sionômica, que se divide principalmente em intervenções de psicodrama e sociodrama, em que se aplica o método sociátrico e suas técnicas de ação com o intuito de fazer uma intervenção terapêutica (Gonçalves, Wolff, & Almeida, 1988; Moreno,

1975). O método sociátrico também é usado para análises qualitativas com indivíduos e grupos, facilitando a investigação de fenômenos através da ação dramática.

A sessão sociátrica se desenvolve em três etapas: aquecimento, dramatização e compartilhamento. O aquecimento é a primeira etapa, na qual o diretor e o grupo se aprontam para ação e para entrar em contato com o tema e os afetos e se prepara a montagem das cenas que fazem emergir a dramatização. A segunda etapa, dramatização, é o contexto dramático que dá lugar às cenas escolhidas pelo protagonista, explorando suas narrativas, montando-as por meio da ação dramática e permitindo que ele entre em contato com seus conflitos e possa elaborá-los através da sua espontaneidade. Na terceira etapa, acontece o compartilhamento, entre o protagonista, o diretor e o grupo, no qual se colocam os afetos em comum emergidos durante a dramatização, se compartilham experiências e ocorrem reconhecimentos necessários para futuras transformações (Gonçalves et al., 1988; Moreno, 1975; Nery, 2010).

A etapa da dramatização, explorada tanto para fins terapêuticos quanto de pesquisa, pode se dar das mais variadas formas, desde a construção em cena aberta que se aproxima da narrativa e atuação teatral até mesmo a dramatização pautada nos personagens internos trazidos pelo protagonista, como no psicodrama interno e na psicoterapia da relação (Fonseca, 2010; Moreno, 1975; Siqueira, Martins, & Campos, 2017). Especificamente, a psicoterapia da relação propõe que sejam trabalhados os personagens internos trazidos pelo protagonista dentro da experiência presentificada, sem necessidade de montar a cena com recursos cênicos no cenário, que também é interno (Fonseca, 2010).

Ainda, é na dramatização que são aplicadas as chamadas técnicas de ação, que facilitam a exploração de conteúdos afetivos e relacionais trazidos para essa etapa. Algumas das principais técnicas são conhecidas como: Duplo, utilizada para auxiliar o protagonista na expressão de pensamentos e sentimentos que, por algum motivo, ele não percebe ou evita expressar verbal e corporalmente, usualmente expressados verbalmente pelo diretor ou ego-

auxiliar; Espelho, possibilita que o protagonista veja sua imagem representada e observe seu comportamento como um espectador de si mesmo; e Solilóquio, toma forma de reflexão pessoal, pensamentos internos que são falados em voz alta pelo protagonista ou pelo diretor a fim de tornar visível uma elaboração, um sentimento ou uma reflexão (Cruz, Sales, Alves, & Moita, 2018; Gonçalves et al., 1988; Moreno, 1975).

A teoria moreniana reconhece a espontaneidade como um mecanismo essencial do ser humano, que possibilita reagir a situações inéditas de maneira adequada e agir de maneira nova diante de uma situação conhecida, permitindo que o ser humano acesse o seu potencial criativo e transforme a sua realidade (Gonçalves et al., 1988). Espontaneidade e criatividade são conceitos indissociáveis e não se manifestam apenas por meio das palavras, mas em todas as formas de expressão, como atuação, interação, som, dança e desenho (Moreno, 1975).

Ao falar da espontaneidade, entende-se que ela naturalmente se manifesta em relação àquilo que é considerado comum, como um enfrentamento novo frente às conservas de comportamento. Logo, a espontaneidade e a conserva cultural não existem de forma pura, mas uma em função da outra (Moreno, 1975). Nessa perspectiva, propõe-se uma reflexão sobre a espontaneidade do pesquisador em psicologia em relação ao conceito de “escuta terapêutica”, amplamente relacionado apenas ao ato de escutar ativamente seu interlocutor. O trabalho do pesquisador psicodramatista é baseado no movimento para além do verbo, enquadrando-se em um amplo conceito de comunicação. Assim, o uso da sociatria com as pessoas surdas propõe uma alternativa à conserva cultural de “escuta terapêutica” e não se restringe à audição, mas a toda a expressão verbal e dramática baseada na espontaneidade do protagonista. Assim, permitimo-nos ser cocriadores de um modelo de investigação psicológica que não se baseia na falta, mas na totalidade.

4 Objetivo

4.1 Objetivo geral

Conhecer experiências de pessoas surdas usuárias de Libras no acesso à saúde.

4.2 Objetivo específico

Investigar estratégias adotadas pela população surda para acessar a rede de saúde e identificar suas principais demandas de cuidado.

5 Método

A pesquisa qualitativa compreende a realidade de forma múltipla e subjetiva. Ela se desenvolve ao colocar em evidência as dimensões privadas e sociais da experiência humana. Buscando estudar, explorar e compreender um aspecto humano ou um fenômeno a partir da experiência de pessoas, a pesquisa qualitativa reúne uma vasta gama de metodologias, entre elas a socionomia (Brito, 2006; Creswell, 2014; Patias & Hohendorff, 2019).

Uma importante característica da pesquisa qualitativa é a recusa do pesquisador em assumir uma postura de neutralidade científica, assumindo um posicionamento que entende o seu estudo como um acontecimento social que se constrói em conjunto. Essa forma de pesquisar compreende diferentes métodos de investigação em que o pesquisador interage com as pessoas com as quais realiza seu estudo, tais como entrevistas abertas, observação participante, materiais artísticos e fotográficos, diários de campo e variados métodos de ação realizados entre pesquisador e participante (Brito, 2006; Creswell, 2014; Patias & Hohendorff, 2019).

Dentro do espectro epistemológico qualitativo, encontramos a teoria socionômica, criada por Jacob Levy Moreno, que considera o psicodrama e seus demais métodos como um conhecimento sistemático e socialmente relevante na produção de pesquisa qualitativa (Brito, 2006; Nery, Costa, & Conceição, 2006; Nery & Gisler, 2019). Guiando-se pelo psicodrama, o

pesquisador explora junto com o participante a sua experiência vivida, colocando a sua atenção em como ela acontece e assumindo a importância científica da subjetividade e dos afetos que são trazidos para o contexto da pesquisa. A socionomia propõe caminhar e criar junto aos grupos e às pessoas, estudando as relações e contribuindo para ativar todo o potencial criativo.

Moreno (1975) descreve a sessão psicodramática composta por três etapas: aquecimento, dramatização e compartilhamento; bem como os cinco instrumentos fundamentais: diretor, ego, protagonista, cenário e plateia. Esses elementos se relacionam compondo o método psicodramático e permitindo que o investigador/diretor explore a realidade que se mostra através da ação, participando e criando, não apenas como observador passivo.

Dessa forma, a coleta de dados se dá como uma experiência de cocriação em que se promovem a espontaneidade e a criatividade entre os envolvidos, dentro de um acordo que é negociado entre o pesquisador, no papel de diretor, e o pesquisado, que assume papel de protagonista e copesquisador (Brito, 2006). Novaes, Souza e Drummond (2019) ressaltam que, também, é importante considerar as diferenças culturais que permeiam os universos dos psicodramatistas em contato com grupos minoritários para que a prática psicodramática seja também emancipatória, promovendo justiça social.

O presente estudo adotou o método psicodramático para a realização de entrevistas em profundidade, visando acessar as experiências de pessoas surdas vividas dentro de atendimentos em saúde e os afetos nelas envolvidos. Enquanto metodologia de pesquisa, o psicodrama vem sendo escolhido para a investigação em profundidade das experiências de sujeitos, em diversos contextos, inclusive na saúde (Antoniassi Júnior, Gomes, Beretta, & Figueiredo, 2018; Carvalho, 2018; Siqueira et al., 2017).

Para a realização deste estudo, buscou-se promover um ambiente que proporcionasse a máxima espontaneidade dos sujeitos enquanto protagonistas. Desta forma, as entrevistas foram inteiramente realizadas na Língua Brasileira de Sinais, em que a visualidade e a narrativa enraizada no afeto e na expressão corporal adentraram, com naturalidade e fluidez, nas dramatizações propostas pelo método psicodramático, complementando-se pela presentificação de cenas e aplicação de técnicas de ação do teatro terapêutico, em especial, duplos, espelhos e solilóquios.

Ao todo, auxiliaram a pesquisa quatro alunas de graduação, sendo três do curso de psicologia e uma de ciências sociais. Durante todo o processo de pesquisa, contamos também com a colaboração externa de um estudante surdo graduando em Licenciatura em Língua Brasileira de Sinais/Português como Segunda Língua, pela Universidade de Brasília. Antes de entrar em campo, as auxiliares de pesquisa, ouvintes, foram preparadas para conhecer o básico da cultura surda e de Libras, por meio do contato com o colaborador externo e da prática de pesquisa em levantamento bibliográfico. A participação do colaborador surdo foi de essencial importância para a interlocução entre os papéis de pesquisadora e de pessoa surda, assumindo a sensibilidade e a parcialidade necessária na construção de uma pesquisa qualitativa e reafirmando o desejo de trazer a voz dos surdos para dentro das discussões acadêmicas.

5.1 Participantes

Para a realização das entrevistas, buscamos participantes surdos ou deficientes auditivos, moradores do Distrito Federal, maiores de 18 anos e usuários da Língua Brasileira de Sinais como língua principal de comunicação. Dessa maneira, participaram do estudo quatro pessoas, sendo três mulheres e um homem, que se dispuseram de forma voluntária a contar suas experiências com o sistema de saúde.

5.2 Local

As entrevistas foram realizadas no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), na Universidade de Brasília. O local é uma clínica-escola que conta com amplas salas para atendimento psicológico com isolamento acústico e visual, garantindo o sigilo ético e a proteção dos dados. Escolhemos realizar as entrevistas em uma sala de atendimento de grupos, por conta do espaço necessário para a aplicação do método psicodramático. Para tornar o ambiente acolhedor, equipamos a sala com almofadas e objetos diversos, além das cadeiras confortáveis e dos espelhos do ambiente. Essa preocupação se mostrou necessária para tornar o ambiente familiar e potencialmente criativo, visando a melhor exploração do conteúdo através do método psicodramático.

5.3 Materiais

A equipe para a realização das entrevistas foi formada pela pesquisadora e três graduandas auxiliares de pesquisa, que ficaram a cargo da filmagem e da assistência de produção. Para as gravações, foram utilizados: uma câmera filmadora JVC modelo GZ-MS110BU, uma câmera filmadora Sony Handycam HDR-XR100, um tripé e dois cartões SD Sandisk 32gb.

5.4 Instrumentos

Buscou-se realizar entrevistas em profundidade com cada participante através do método psicodramático. Esse método se desenvolve em três etapas: aquecimento, dramatização e compartilhamento, nas quais a interação entre o psicodramatista e o participante constrói o conteúdo que será investigado. Inicialmente, pensou-se em utilizar como instrumento uma técnica de ação conhecido como Linha do Tempo ou Linha da Vida (Ramos, 2013), que permite que o paciente reconstrua e concretize, através da ação dramática, cenas já experienciadas em algum contexto específico de maneira cronológica. Por

isso, foi elaborado um roteiro de entrevista para auxiliar na etapa do aquecimento para a ação dramática (Apêndice C).

Por se tratar de uma construção de pesquisa qualitativa que permite a mútua complementação entre métodos qualitativos, fez-se uso de instrumento chamado “Caderno de afetações”, que serviu como um diário da pesquisadora em relação aos afetos mobilizados pelo tema ao longo da construção da pesquisa (Carvalho, 2019; Creswell, 2014). Foram escritas experiências pessoais realizadas dentro do papel de pesquisadora, impressões diversas, ideias a serem discutidas e até mesmo desenhos que poderiam auxiliar posteriormente a relembrar o caminho e os afetos presentes na elaboração da pesquisa.

5.5 Cuidados éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Ciências Humanas e Sociais (CHS) da UnB, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 03389818.7.0000.5540 e número de parecer de aprovação 3.214.884 (Anexo A). As preparações para a etapa de convite e gravação das entrevistas só aconteceram após a aprovação.

Considerando o caráter voluntário da pesquisa, foram elaborados documentos de esclarecimentos éticos, tais como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa (Apêndice B), que autorizou a gravação em vídeo das entrevistas.

5.6 Entrevista-piloto

Antes de iniciar as entrevistas com os participantes, foi realizada uma entrevista-piloto que permitiu testar o método e verificar a qualidade do ambiente e dos nossos materiais de registro. A análise da entrevista-piloto não integra a dissertação, mas foi de grande importância para a identificação de problemas e soluções que garantiram a realização das entrevistas.

O participante foi um convidado, jovem e estudante universitário. Ele é usuário da Libras e é bem inserido dentro da comunidade surda. A entrevista-piloto aconteceu no CAEP, na mesma sala reservada para as demais entrevistas, alguns meses antes do início da etapa de gravações. Ela teve aproximadamente 30 minutos de duração e contou com a colaboração de duas auxiliares de pesquisa para fazer o registro em vídeo. Foi durante a gravação da entrevista-piloto que a equipe identificou a necessidade de registrar as entrevistas com duas câmeras de vídeo, diminuindo a probabilidade de imprevistos e problemas técnicos.

A entrevista-piloto indicou que o método escolhido poderia ser reproduzido com os demais participantes e que a sala escolhida para as gravações era propícia para esse tipo de coleta, protegendo a privacidade e contando com amplo espaço para dramatização. Todos os documentos e procedimentos éticos foram aplicados e assinados, assim como a explicação do texto escrito em português, que não precisou de alterações por se mostrar claro.

5.7 Procedimento

Inicialmente, o convite aos participantes foi pensado através do método Bola de neve, que, de acordo com Vinuto (2014), permite o acesso a uma população específica por meio de uma cadeia de referências. Dessa maneira, elaboramos, junto com o colaborador surdo, um vídeo em Libras, legendado em português, com todas as informações do convite para o público-alvo. Considerando que a própria pesquisadora faz parte da comunidade surda, a imagem de uma terceira pessoa no convite se propôs a minimizar uma possível implicação ética relacionada à liberdade de participação, tendo em vista que os participantes, por meio da intermediação, poderiam se sentir mais confortáveis para aceitar ou declinar o convite.

Após dois meses do lançamento do vídeo, obtivemos poucas respostas de possíveis participantes com disponibilidade para participar da pesquisa. Fez-se necessária uma nova abordagem de convite, para alcançar um maior número de interessados, indo pessoalmente ao encontro do público. A pesquisadora entrou em contato com docentes do curso de

Licenciatura em Língua Brasileira de Sinais/Português como Segunda Língua, da Universidade de Brasília, e pediu espaço em sala de aula para apresentar em Libras a proposta de pesquisa a um grande grupo de alunos surdos e ouvintes.

A segunda abordagem se mostrou mais eficaz e, após duas apresentações, três participantes fizeram contato. Através da divulgação do vídeo, uma participante também fez contato. Assim, ao todo acessamos a experiência de quatro pessoas, sendo entrevistados três estudantes universitários e uma participante residente no DF. Acreditamos que a necessidade de deslocamento para o local das entrevistas, visto que a participação é voluntária, mostrou-se um obstáculo para outros interessados em participar, já que o Distrito Federal apresenta longas distâncias entre as cidades satélites e o transporte até a universidade nem sempre é acessível ao público externo.

As entrevistas foram marcadas individualmente com cada participante e realizadas inteiramente em Libras. Antes de iniciar cada entrevista, foram realizadas as devidas apresentações da equipe e da pesquisa. Por se tratar de um estudo bilíngue, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa foram apresentados por escrito, em português, e interpretados em Libras. Esse momento se mostrou importante para o esclarecimento de dúvidas e para assegurar ao participante o sigilo quanto a sua identidade e a segurança de não divulgação da imagem, acessada apenas pela equipe para registro e análise da entrevista.

Após as formalidades, as entrevistas se iniciaram com a aplicação do método psicodramático, respeitando as etapas de aquecimento, dramatização e compartilhamento. Baseando-se na técnica de ação conhecida como “Linha da vida”, buscou-se dramatizar em cena aberta episódios marcantes trazidos pelo participante/protagonista no contexto do sistema de saúde, de diferentes momentos da sua vida. O uso de técnicas com viés exploratório permite a realização da entrevista em profundidade por meio da ação, facilitando

a emergência de conteúdos afetivos e o acesso às informações (Nery & Gisler, 2019). No contexto da realização das entrevistas em Libras, e considerando as especificidades sensoriais da língua, buscou-se, também, verificar se esse método de pesquisa em psicologia se mostra adequado, por facilitar o acesso, a vivência e a expressão corporal durante as entrevistas.

Adentrando na prática de pesquisa qualitativa, especialmente combinada com o método psicodramático, sabemos que cada entrevista é uma experiência única e imprevisível. Dessa forma, o tempo de realização das entrevistas com os participantes variou entre 15 minutos e 1 hora e 40 minutos. Cada uma delas trouxe conteúdos pertinentes e especialmente particulares da vida de cada participante, fundamentando-se em aspectos comuns da vivência de uma pessoa surda em uma sociedade ouvinte dentro do contexto dos serviços de saúde. Enquanto diretora e pessoa surda, eu procurei conduzir cada entrevista da forma mais transparente possível ao explicar o propósito do estudo e a minha motivação, trabalhando o vínculo com o participante desde o começo da experiência.

Sobre o registro do conteúdo, houve alguns problemas técnicos em relação ao material de filmagem que já estavam previstos, mas que, ainda assim, limitaram um pouco o andamento das gravações. Problemas relacionados à bateria e memória das filmadoras aconteciam com frequência, mas foram minimizados pela presença de duas câmeras e uma pessoa encarregada de auxiliar a produção entre as auxiliares de pesquisa. A equipe foi treinada para não interferir no andamento da entrevista quando acontecessem problemas técnicos. Combinamos que as auxiliares poderiam conversar em voz baixa se fosse necessário, para evitar desconcentrar a diretora e o participante com movimentos visuais, já que ambos seriam pessoas surdas.

5.8 Registros das entrevistas

Por se tratar de um estudo bilíngue, alguns desafios foram enfrentados para o processamento dos registros antes da análise, sendo necessária a realização de diversas etapas de tradução, interpretação e escrita de Libras para o português escrito.

A primeira etapa desse processo acontecia logo após a entrevista e a saída do participante, quando a equipe se reunia para conversar em português sobre as cenas e os conteúdos trazidos. Era realizada uma primeira reflexão sobre a vivência da pessoa e os nossos afetos. Pontuações importantes sobre a percepção da diretora/pesquisadora e de cada auxiliar em sua função complementavam as memórias e até mesmo registravam dificuldades técnicas que poderiam resultar na perda de algum registro de filmagem, complementando lacunas de informação através da memória. Essa primeira conversa era registrada em áudio em um aplicativo de gravação de voz de celular e posteriormente transcrita por uma auxiliar de pesquisa ouvinte.

Em seguida, as gravações em vídeo de cada entrevista foram assistidas pela pesquisadora, que realizava a primeira interpretação livre de Libras para português falado seguindo a cronologia dos registros em vídeo. Durante essa etapa, a pesquisadora assistiu às filmagens registrando oralmente a tradução livre em um aplicativo de gravação de voz de celular. Esses registros foram enviados para uma auxiliar de pesquisa ouvinte, encarregada de ouvir o áudio e transcrever do português oral para escrito, conservando a linguagem coloquial e os tempos verbais empregados na interpretação.

Após a transcrição, o texto era recebido com conteúdo escrito e eu realizava um minucioso processo de tradução, que consistia em reassistir à filmagem e corrigir, no texto escrito, falhas de interpretação. Esse processo buscava aproximar gramaticalmente a língua original em Libras da língua portuguesa escrita, conservando a coloquialidade e respeitando o

contexto e o sentido do discurso quando não era possível traduzir uma frase com literalidade por conta das diferenças gramaticais.

Considerando a minha formação enquanto psicóloga, a tradução realizada foi instrumental e não pode ser considerada profissional ou utilizada fora do contexto desta pesquisa. Devido à impossibilidade de conciliação de agendas e recursos, não foi possível contar com um profissional tradutor e intérprete de Libras no processo de escrita para o português. Ademais, tivemos receio em convidar um intérprete para auxiliar na etapa das entrevistas, com receio de que a presença de mais uma pessoa no ambiente pudesse gerar desconforto no participante, dificultando o estabelecimento de vínculo com a pesquisadora.

A última etapa mostrou-se importante para a correção de eventuais erros de interpretação, considerando a expressão corporal e os sinais utilizados na conversa, a fim de garantir o sentido e evitar erros de tradução. Esse processo foi realizado minuciosamente devido à necessidade de apresentação da pesquisa em português escrito, e não na língua em que a entrevista foi realizada. O registro dessa tradução resultou no conteúdo processado, que foi discutido através da elaboração de processamentos, método de discussão escolhido para dar prosseguimento à pesquisa.

5.9 Processamentos

A socionomia possui o seu próprio método de discussão qualitativa, chamado de processamento. Esse método busca descrever, investigar e discutir profundamente os fenômenos que emergiram durante a prática psicodramática a partir da leitura da equipe de pesquisa, que pode analisar o conjunto de cenas, diálogos, papéis sociais e ações realizadas nos contextos sociais, grupais e dramáticos que compreendem a prática realizada na pesquisa (Aguiar & Tassinari, 1999; Carvalho, 2018; Nery & Gisler, 2019; Novaes et al., 2019).

Existem diversas possibilidades de realizar o processamento, e frequentemente fica a critério do diretor/pesquisador descrever a cena apontando os aspectos relevantes em

destaque a cada etapa da sessão. Esse método, porém, não se limita ao critério descritivo, ou mesmo tem intenção de estabelecer juízo de valor, ele busca a evolução do método psicodramático para que sejamos pesquisadores e socionomistas atentos, sensíveis e capazes de ler adequadamente os fenômenos, proporcionando novas possibilidades (Aguiar & Tassinari, 1999). Escolhi realizar o processamento das entrevistas entendendo ser a forma mais coerente de análise por conta do método escolhido.

6 Resultados e Discussão

O presente capítulo apresenta os processamentos das entrevistas realizadas os participantes. Serão apresentadas quatro entrevistas que seguiram o método psicodramático para a sua realização. Os três primeiros processamentos apresentados foram elaborados de forma a apresentar a narrativa em sua ordem cronológica, conforme as etapas de aquecimento, dramatização e compartilhamento, seguida da discussão com reflexões da diretora acerca das experiências apresentadas em cada uma das cenas. A quarta entrevista difere um pouco desse formato. Por ter sido uma entrevista mais longa, com a realização de diversas cenas de conteúdo denso, foram selecionadas as cenas mais relevantes por temas principais nas quais foram incorporados reflexões e alinhamentos da literatura.

O detalhamento dos perfis dos participantes da pesquisa está apresentado na Tabela 1. Foram criados nomes e sinais fictícios para proteger a identidade dos participantes. Assim como na cultura surda, cada pessoa tem um sinal de identificação além do seu nome, também nessa pesquisa foram criados sinais fictícios para os participantes, para facilitar a interpretação durante a apresentação do trabalho em Língua Brasileira de Sinais.

Tabela 1*Perfil dos participantes da pesquisa*

Identificação	Faixa etária	Sexo	Línguas
Hellen	18-25 anos	Feminino	Libras, Português oral e escrito
Bárbara	18-25 anos	Feminino	Libras, Português oral e escrito
Douglas	18-25 anos	Masculino	Libras, Português escrito
Sandra	40-50 anos	Feminino	Libras, Português escrito

6.1 Hellen

A participante Hellen, seu sinal corresponde às letras H e N de forma consecutiva, é jovem universitária e aceitou o convite para participar da pesquisa. Ela mora com a família em uma cidade satélite do Distrito Federal, sendo a única pessoa surda em uma família de ouvintes. Ela é fluente em Libras e faz uso do português como segunda língua, especialmente com a sua família que não domina a Língua Brasileira de Sinais. Antes de começarmos, discorri sobre a proposta do trabalho e da entrevista, explicando os procedimentos éticos e apresentando as auxiliares de pesquisa que iriam registrar a entrevista em vídeo. Com o consentimento da participante, iniciamos a primeira etapa do método de entrevista, em que se busca aquecer a participante para nos aprofundarmos.

A protagonista foi convidada a refletir sobre a sua história de vida e resgatar na memória experiências enquanto paciente em serviços de saúde. Ela começa a explicar que, desde a infância, suas experiências foram marcadas pela dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde.

Hellen: *Eu nasci surda. Qualquer exame que faziam em mim quando eu era criança, por exemplo, eu não conseguia entender nada. Surda, completamente surda. Eu olhava aquelas bocas se mexendo. A minha mãe tinha que interpretar tudo e me mostrar. Mas, por exemplo, se meu coração estava doendo, ou qualquer outra coisa... se eu estava com algum sangramento ou com febre, se eu tinha que tomar injeção ou vacina, qualquer coisa sobre a minha saúde virava problema.*

Ela explica que o problema começava na dificuldade em transmitir para os membros da família o que estava sentindo e fazer com que alguém a entendesse. Só então eles poderiam recorrer ao serviço de saúde e explicar para o profissional o que ela sentia. Durante o atendimento, além de depender de um familiar ouvinte para comunicar os sintomas, dificilmente o familiar traduziria para ela detalhes do atendimento ou até mesmo seu diagnóstico, caracterizando essa falta de comunicação com os profissionais de saúde como uma situação muito difícil.

A partir desse incômodo, a jovem afirma que, mesmo se procurasse acessar o serviço de saúde local por conta própria, ao chegar ao hospital não encontraria acessibilidade, pois acreditava que não haveria intérpretes para ela no atendimento.

Hellen: *Então, tem a questão da surdez, toda vez eu ficava meio dependente da minha mãe pra ir junto. Não conseguia intérprete porque não tinha. Era muito difícil... Aqui em Brasília é muito difícil. Se eu tentava ir, não tinha acessibilidade. Os médicos eram todos ouvintes, então não conseguia interagir ou eu ficava com vergonha, por isso eu sempre pedia para minha mãe ir comigo para traduzir. Minha mãe traduz um pouquinho, mas sabe muito pouco de Libras e é difícil para eu entender.*

Nesse momento, percebo que podemos começar a etapa da dramatização, pois a participante traz uma situação em que se vê em uma consulta médica. Devido a sua expressão e ao movimento fluido que a narrativa em Libras proporciona, a protagonista entra no papel

de si mesma ao descrever uma situação em que ela, a mãe e o médico estão em meio a uma consulta.

Nessa cena, Hellen se vê observando uma conversa entre a sua mãe e o médico, que falam sobre ela, em português, durante um longo tempo. Percebendo que o assunto é maior e mais complexo do que traduzem para ela, enfatiza que toda a conversa em português é difícil de ser compreendida e se sente à parte do assunto que é a sua própria saúde. Hellen aponta que, mesmo quando um familiar a acompanha, o profissional de saúde pode não entender claramente o que ela está sentindo por conta da falta de comunicação direta.

Durante essa cena, e também em cenas posteriores, a participante se encontra sentada, marcando a personagem da mãe, que conversa olhando para o personagem invisível do médico à esquerda, e transita para a representação de si mesma, do lado direito da cadeira, observando e transmitindo seu desconforto enquanto explica em palavras o que se passava. Não preciso intervir na direção da cena, que se desenvolve com fluidez devido ao aspecto narrativo da Libras, apenas me atentando a perguntar se o que ela sentia naquela cena se repetia com frequência.

Diante disso, a participante traz a experiência de quando precisou fazer uma cirurgia no ano passado, e começamos a reconstruir a cena que se passava em um hospital particular do Distrito Federal. Recorremos ao mesmo modelo de dramatização na cadeira, em que a personagem se posiciona olhando para cima e para a esquerda, quando fala representando a si mesma observando os profissionais de saúde, e olhando para baixo e para a esquerda, quando atua no papel da equipe médica. Eu me posiciono à sua frente, conduzindo a cena com perguntas direcionadas à protagonista, para pedir solilóquios e conduzir passagens de cena entre um cenário e outro.

Hellen descreve que, ao entrar na sala de cirurgia sozinha, começa a perceber que a equipe de profissionais de saúde tentava falar com ela em português. Na mesa de cirurgia e

assustada diante da situação, apenas quando ela tentou vocalizar a equipe percebeu que a paciente era surda. Ela descreve a seguir:

Hellen: Estava sozinha na sala de cirurgia, não tinha intérprete e os médicos eram todos ouvintes. A comunicação simplesmente não estava acontecendo. Eu estava lá, na sala de cirurgia, surda, e percebo que eles acabaram de descobrir que eu era surda. Precisavam chamar a minha mãe para ajudar; porém eu já estava pronta para cirurgia. Eu estava lá internada. Surda. [Alterna para solilóquio dos personagens da equipe de cirurgia.] “E aí? E agora? Como é que a gente faz pra explicar e se comunicar com ela?” Eles perceberam que era uma paciente surda e sozinha. Minha família estava dentro do hospital enquanto eu estava lá na mesa de cirurgia. “Como isso aconteceu?” A médica precisava aplicar anestesia, mas como? Eu me sentia presa... Eu era surda, como que ela ia me ajudar?

A participante transita sozinha alternando entre seus solilóquios e as falas que ela imagina ser o diálogo dos profissionais de saúde dentro da sala de cirurgia diante da situação. Ela traz expressivamente que a equipe só se deu conta de que estavam diante de uma paciente surda, frente à impossibilidade de comunicação em português. Como a equipe de profissionais de saúde estava usando máscaras, toda essa movimentação é centrada na percepção da participante em relação ao que estava sentindo e observando. Essa cena transmite o sentimento de impotência e desamparo quando a participante enfatiza que se sentia presa na sala de cirurgia.

Continuando, ela conta que o procedimento começaria com a aplicação da anestesia e foi quando ela começou a perceber que um médico estava tentando se comunicar. Ainda sozinha, tentou compreender a mímica feita pelo profissional e copiar os gestos escolhidos por ele para tentar estabelecer uma comunicação, até que entendeu que o médico perguntava se ela estava tranquila – mas faria sentido responder? Comunicando-se por mímica, a equipe

iniciou a cirurgia. Hellen conta que, em dado momento do procedimento, acordou sentindo uma dor forte e precisou vocalizar e sinalizar chamando atenção para isso. Após a cirurgia, foi levada para outra sala enquanto acordava da anestesia, onde também era necessário sinalizar e vocalizar para tentar estabelecer uma comunicação quando sentia dor.

Hellen: Toda vez que eu começava a sentir dor eu fazia algum gesto para a enfermeira aplicar mais anestesia. Mas eu tinha que chamar [oralmente] e a pessoa sempre oralizava e eu tinha que fazer gestos sobre o que tava doendo. Não tinha nada de Libras, era tudo leitura labial e eu ainda estava sozinha. Quando eu estava muito debilitada pra gesticular também, então a gente tentava ir pela oralização. Ah, não tinha ninguém pra ajudar a enfermeira ou pra me ajudar. Eu era a surda, então como iria fazer, né?

Durante a cena da cirurgia, a protagonista expressou sua dificuldade em lidar com a insegurança e o medo, ao mesmo tempo que se esforçava ativamente para entender como a equipe médica escolhia os gestos para tentar estabelecer uma comunicação através de mímica. Ainda, ao acordar da anestesia, precisou fazer o dobro do esforço para se comunicar e entender o que era transmitido pela profissional de saúde. É importante ressaltar que, assim como em qualquer outra língua, a Libras tem uma gramática própria e não necessariamente um gesto ou mímica é de fácil compreensão. Ao mesmo tempo que, enquanto paciente, passava pela experiência da cirurgia e de acordar da anestesia, ela também se esforçava, enquanto surda, para compreender e ser compreendida por um profissional de saúde ouvinte.

Ela relatou que, quando foi para o quarto, continuava sem ter pleno conhecimento do seu quadro, dos procedimentos e do nome das medicações que tomava, por conta da alta rotatividade de profissionais e exames no pós-operatório. Ainda que estivesse acompanhada pela família, nem sempre a comunicação era efetiva entre ela e os profissionais de saúde. Então, se limitava a observar o contexto e tentar compreender a interação entre os

profissionais de saúde e sua família, confiando em seus acompanhantes. Ela relatou que ficou mais ou menos cinco dias no hospital, com a sensação de estar presa durante a internação.

Após a alta, recuperou-se em casa por 30 dias antes de tirar os pontos, e não houve complicações.

Conversamos sobre a sua recuperação e como as recomendações de cuidado e repouso não foram passadas diretamente para ela, mas para a sua família. Questionada sobre a tradução das recomendações, Hellen explicou que a família costumava receber as informações e interpretar na medida do possível, pois a própria comunicação entre eles é limitada. Dessa forma, retornamos para uma cena antes da sua cirurgia, em que ela conta como aconteceu o diagnóstico que resultou na indicação cirúrgica, enfatizando que, em todas as etapas, existiram barreiras de comunicação.

Hellen: Bem, antes de eu ir pro hospital, eu sabia que estava sentindo muita dor na região abdominal, era como um inchaço que doía muito, muito, muito, muito. Aí avisei e fomos rápido pro hospital. Chegando lá, fizeram todos os exames, fizeram muitas perguntas, aí me colocaram em um exame que você entrava mais ou menos dentro de uma caixa, dentro de uma concha. Aí você entra. Depois tive o diagnóstico e fiz a cirurgia.

Ao ser questionada sobre o exame, uma tomografia, a participante enfatizou que todo o processo do diagnóstico foi permeado por muita apreensão, devido à falta de explicações básicas sobre a sua consulta médica ou a finalidade dos exames que ela faria. Por depender da tradução e explicação feita por familiares, Hellen não se sentiu à vontade e nem obteve informações claras sobre o que acontecia com ela.

Hellen: Então eu fiquei internada depois de fazer a tomografia. Por conta do exame, eu achei que era alguma coisa na cabeça. Retornamos ao consultório médico, e perguntaram bastante se eu já tinha tido algum problema de saúde, responderam que

catapora era a única coisa que já tinha acontecido comigo. [Intervenho na cena perguntando como ela se sentia.] Eu fiquei muito nervosa. A minha família parecia que estava brigando, porque eles estavam nervosos também, mas eu não sabia o motivo e nem o que falavam. E depois eu fiquei muito triste. Foram momentos muito difíceis... Depois, eu não conseguia voltar no consultório do médico e perguntar o que tinha acontecido, eu fiquei muito nervosa. E enfim... Fiquei muito, muito, muito nervosa, minha mão ficou fria, ficou gelada, ficou vermelha.

Depois dessa cena, começamos a etapa do compartilhamento, conversando sobre a grande dificuldade de comunicação entre ela e a família. Trazendo o seu sentimento de isolamento em relação à família, que é ouvinte e conversa em português, ela também coloca que se sente excluída e fica ansiosa por não saber o que está acontecendo, mesmo que seja algo relacionado a ela mesma.

Hellen: Porque minha mãe e a minha família, eles ficam conversando em português. São todos ouvintes, eu sou a única surda e eu sinto que tem muito preconceito desde que eu nasci. Por exemplo, no hospital, eu nem sabia o que estava acontecendo comigo.

Chamando atenção para o que ela caracteriza como preconceito, continuamos a falar sobre como a exclusão gerada pela barreira da língua é percebida na sua experiência. A protagonista relata que a dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde e a sensação de dependência dos familiares ouvintes acabam camuflando o grande problema que é lidar com informações incompletas sobre a sua saúde. Citando outro exemplo, Hellen conta que, recentemente, foi ao médico por conta de excesso de sudorese nas mãos e, mesmo após o atendimento, ainda não sabe se é dermatológico ou consequência de nervosismo e ansiedade. Mesmo estando acompanhada pela mãe, não sentiu que a interpretação familiar

tenha sido suficiente tanto para o trabalho do profissional quanto para as informações que ela recebeu ao final da consulta.

Quando aprofundamos a questão de preconceito linguístico, entendemos que ele se inicia dentro do contexto familiar da participante, já que a sua família não conhece a Libras e ela se comunica por leitura labial, podendo não compreender perfeitamente o que os ouvintes estariam falando. Existe também o receio em relação à falta de acessibilidade para buscar atendimento médico sozinha, caracterizando como uma raridade a presença de intérpretes profissionais em qualquer estabelecimento. Para ela, enquanto surda, depender da interpretação familiar é uma solução ineficiente, pois, além da relação de dependência, ela permanece insegura por não saber se o familiar a compreendeu para traduzir seus sintomas e, mesmo após o atendimento, continua com poucas informações em relação à sua consulta. Porém, para a família e para o sistema de saúde, a interpretação familiar aparenta uma solução momentânea satisfatória, já que o surdo teria sido atendido e o familiar teria entendido o profissional de saúde, não havendo preocupação em garantir realmente o seu direito à informação. Existe uma grande frustração em relação às consequências da barreira de comunicação.

Hellen: No exemplo da minha cirurgia, ao chegar ao hospital eu estava com muita dor, muita muita muita dor, sofrendo muito. Mas foi muito difícil porque o médico não sabia qual era o nível de dor. Depois eu entendi que eu podia morrer, eu estava correndo risco de vida. O médico falou que se eu não chegasse em quatro dias eu poderia ter morrido. Parece que tem um preconceito com surdo, sabe? É complicado. E se resolvessem só ignorar o que a gente tá sentindo? E às vezes me parece também que as famílias com filhos surdos têm preconceito com a língua, com a nossa língua. Porque, no Brasil, o surdo não é nada. Então, se nós pensarmos na saúde como um direito de todo mundo aqui no Brasil, como é que as pessoas se sentiriam não tendo

comunicação com o paciente e por falta dessa comunicação a pessoa pode morrer. Então, se a gente só ignora o que tá acontecendo, ninguém olha pro problema, a gente não vai evoluir.

Sobre possíveis soluções para esse problema, ela afirma que, além da necessidade de mais profissionais tradutores e intérpretes de Libras, seria muito importante sensibilizar os profissionais de saúde em relação às consequências da exclusão gerada pela discriminação que é percebida pela comunidade surda. Ela aponta a existência de uma mentalidade capacitista que favorece esse ciclo de dependência. Se um surdo recebe atendimento acompanhado de um familiar, frequentemente o profissional de saúde não se refere a ele diretamente em nenhum momento, e isso faz com que o familiar, naturalmente, também não o inclua na conversa, sem interpretar satisfatoriamente a consulta. Tanto a família quanto o profissional não tratam a pessoa surda como capaz de compreender e se comunicar sobre o seu quadro.

Quando falamos sobre essa situação, a participante diz que tem colegas surdos que buscam driblar a necessidade de ir acompanhado da família, levando por escrito suas queixas e sintomas para a consulta. Ela relata que soube de uma pessoa que buscou atendimento dessa forma, mas teve dificuldades para compreender o profissional do decorrer da consulta, pois o profissional começou a falar em português para fazer perguntas em vez de escrever ou se comunicar de outra forma.

Hellen: Sim, isso é muito complicado. Mas eu tenho uma amiga surda que antes de ir no médico, escreveu direitinho no papel o que sentia. Ai chegou lá, depois o médico leu. Mas como é que comunicava a resposta? Ele não sabia Libras, então ele começou a falar. Como é que faz? [Ela entra no personagem do médico de expressão indiferente] Olhou o papel e começou a falar em português. A pessoa surda, ela ficou lá sentada tentando fazer leitura labial enquanto o médico falava, mas era muito

rápido. Então o médico às vezes fica achando que a pessoa tá entendendo, mas não tem nada de Libras, ele só fica lá falando “blá blá blá blá blá” e a comunicação não acontece. Mesmo que você entenda um pouco de leitura labial, é muito difícil.

A jovem aponta que seria importante estabelecer um diálogo com os profissionais de saúde e, também, ressalta a importância da presença de intérpretes nesse processo de independência no acesso ao serviço de saúde e aos demais serviços essenciais de atendimento a qualquer cidadão. Hellen aborda a necessidade de investimento na formação de profissionais de serviços essenciais e emergenciais para o atendimento à população surda, até para que se possa identificar corretamente que se trata de um surdo e providenciar a interpretação profissional.

Hellen: Se a pessoa se corta, se a pessoa tá na ambulância, tá com febre. Se uma surda grávida cair e chamar a ambulância, a polícia não vai saber o que aconteceu. Os bombeiros não vão falar “Pera aí, o que aconteceu?” A pessoa é surda, a pessoa não vai conseguir se comunicar porque não tem Libras. Então ninguém pensa nisso, todo mundo só fala. A polícia só fala, a ambulância só fala, o médico só fala... [a expressão da protagonista é de irritação e velocidade] É muita coisa que precisa melhorar. Porque o surdo é uma pessoa visual. Ele tá no carro, na rua, por exemplo, e se tiver um acidente? É muito fácil o surdo levar a culpa em situações como essa. Se acontece um acidente de carro envolvendo um surdo, ainda que o outro motorista esteja bêbado, a primeira coisa que a polícia vai ver é “ah, tem um surdo, talvez a culpa tenha sido dele”. O surdo não vai ter como se defender, não vai ter como mostrar pra polícia o que realmente aconteceu, e tem muito preconceito com a nossa língua.

Existe uma grande frustração e sensação de injustiça trazida por ela quanto a situações de preconceito em relação à pessoa surda. Essa percepção em relação ao tratamento recebido

pela comunidade surda diante dos demais serviços essenciais ressalta a importância do diálogo e da formação dos profissionais em relação à acessibilidade e à inclusão. A barreira de comunicação gera consequências complexas que se refletem de muitas formas no atendimento à comunidade surda. Encerramos a entrevista com o compartilhamento dessa frustração que é mútua, conscientes da necessidade de ampliação do debate em relação à acessibilidade para a garantia do direito à saúde.

6.1.1 Compartilhando sentimentos, ideias e reflexões

Na experiência relatada por Hellen, encontramos diversas situações que nos permitem olhar em profundidade os desdobramentos e as consequências resultantes da barreira de comunicação entre surdos e ouvintes. O direito à saúde compreende o direito à comunicação, já que ela é uma peça fundamental para a garantia dos direitos do usuário dentro dos serviços de saúde (Behrens, 2019; Cardoso & Rocha, 2018). O Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess) 2011, a fim de identificar aspectos não médicos que qualificam a atenção à saúde, coloca em evidência elementos relacionais que compreendem o respeito à dignidade da pessoa no seu contato com o profissional de saúde (Behrens, 2019). Esses aspectos envolvem o respeito aos direitos dos usuários, destacando o direito de ter informações sobre o seu estado de saúde, o direito à autonomia nos cuidados com a sua saúde e o direito à confidencialidade em relação às suas informações. Dessa forma, na experiência de Hellen, acompanhamos, por meio da dramatização, aquilo que foi sentido e vivenciado, envolvendo a privação de todos os direitos supracitados como consequência direta da barreira de comunicação.

A barreira linguística faz parte da história de Hellen até mesmo dentro do seu convívio familiar. Antes mesmo de conseguir acessar o sistema de saúde, ela conta que precisa se fazer entendida pela família para acessar e para intermediar o atendimento com um profissional de saúde. Percebemos que a barreira de comunicação se encontra tão

naturalizada pelos ouvintes que a cercam que nem mesmo existe uma tentativa de traduzir integralmente consultas médicas; e que a própria Hellen não chega a contar com a presença de um tradutor intérprete de Libras dentro dos serviços de atenção à saúde, prevendo a necessidade da ineficiente interpretação familiar. Por outro lado, o seu direito à informação, à autonomia e à confidencialidade também não se faz prioridade, não sendo relatada nem mesmo uma tentativa de comunicação direta pelos profissionais de saúde quando ela se encontra acompanhada de um ouvinte.

Quando adentramos na cena da sua cirurgia, a participante ressaltava o susto e a decorrente insegurança ao perceber que a equipe da cirurgia tentava falar com ela em português. Se dar conta de que os profissionais de saúde não estavam avisados da sua surdez traz sentimento de medo e desamparo, ficando sem saber o que estava sendo falado por trás das máscaras e o que ela percebia pela movimentação da equipe. Fica a pergunta: o que teria acontecido para que a equipe não soubesse previamente que se tratava de uma paciente surda?

Em uma organização hospitalar, existem muitos canais pelos quais se trocam informações, e em cada etapa deve-se prestar atenção quanto à qualidade da comunicação, a fim de proteger e garantir a segurança do paciente (Aguilar & Mendes, 2016). É importante que o atendimento esteja centrado no paciente e no respeito aos seus direitos enquanto usuário do sistema de saúde. Também, incentivar a participação e o envolvimento do paciente no seu tratamento é de fundamental importância para garantir o cuidado seguro e bem-sucedido (Behrens, 2019).

A participante deixou claro que existia urgência em relação à cirurgia, sendo imediatamente internada após os exames ambulatoriais. Porém, além das informações repassadas pela família sobre a intervenção cirúrgica, não parece ter havido maior preparação pré-operatória centrada na paciente. É possível que o protocolo de identificação do

diagnóstico tenha sido realizado na presença da família antes da entrada da paciente no centro cirúrgico. Não houve atuação dela no protocolo de verificação e identificação de paciente e no procedimento que seria realizado, retirando o seu direito de participação e de autonomia durante a cirurgia.

Durante a experiência da cirurgia, ficou claro que ela precisava fazer esforço redobrado para entender gestos e se fazer entendida pelos profissionais de saúde enquanto estava sozinha. Pessoalmente, chamou-me muita atenção a forma como a protagonista lidou com coragem e discernimento enquanto se via em grande vulnerabilidade, conseguindo raciocinar e interpretar os gestos escolhidos por cada profissional de saúde nas diversas tentativas de comunicação, inclusive, ao acordar da anestesia. Ela também não esconde a sua indignação por saber que estava recebendo um tratamento que não prezava pelo direito à comunicação.

Porém, quando voltou a ser acompanhada pela família, novamente sentiu-se à parte do seu próprio processo, sendo privada de informações quanto ao seu tratamento e à sua evolução. Efetivamente, a iniquidade se faz presente ao discriminar o tratamento dado a uma pessoa surda adulta por conta da barreira linguística. Essa discriminação, nomeada como preconceito com surdo, é um exemplo de como o capacitismo se manifesta nas relações entre um profissional de saúde e uma pessoa com deficiência, nesse caso, uma paciente surda.

A percepção da discriminação faz parte da experiência dos surdos e de pessoas pertencentes a diversas outras minorias, que também se encontram suscetíveis a tratamentos desiguais nos mais diversos ambientes, incluindo no sistema de saúde (Janz, 2019; Yonemotu & Vieira, 2020). Profissionais de saúde, assim como qualquer pessoa, estão suscetíveis a pensamentos enraizados pelo senso comum, entre eles: a percepção de pessoas com deficiência como menos capazes por conta da limitação de seus corpos e a não percepção desse raciocínio como uma manifestação preconceituosa (Janz, 2019; Nelson, 2020). Essa

discriminação capacitista, assim como aconteceu com Hellen, costuma ser percebida pelo usuário, que pode, inclusive, associar essa experiência frustrante com o sistema de saúde a uma pior autopercepção da sua própria saúde, fortalecendo inseguranças e favorecendo a normalização de iniquidades (Du Mont & Forte, 2016).

No caso de Hellen, vimos que, mesmo sendo privada do seu direito à informação e à comunicação, ela conseguiu redobrar o esforço para entender e encontrar soluções para se comunicar com os profissionais de saúde. A participante também trouxe a situação de uma pessoa surda que, prevendo a barreira de comunicação, levou por escrito a sua queixa para a consulta e não foi bem-sucedida na comunicação com o profissional de saúde, que começou a falar ao invés de escrever perguntas. Esse esforço e a busca por soluções por parte do usuário não deveriam ser normalizados pelo sistema de saúde, mas sim problematizados em relação à falta de universalidade do serviço, que retira do usuário a possibilidade de receber um tratamento integral e equânime.

A protagonista, assim como diversos pesquisadores, indica a necessidade de sensibilização durante a formação dos profissionais de saúde para o atendimento da diversidade, incluindo os surdos (Janz, 2019; Nelson, 2020; Yonemotu & Vieira, 2020). Destaca-se a necessidade de ações programadas entre gestão dos serviços de saúde, instituições de ensino, capacitação dos profissionais da saúde e sensibilização comunitária, para adequar o serviço à comunidade surda, para que a integralidade seja respeitada como direito do usuário nos cuidados à sua saúde (França, Pontes, Costa, & França, 2016).

6.2 Bárbara

A participante da entrevista, que, aqui, chamaremos de Bárbara e seu sinal a letra B seguida pela letra A, é também uma jovem universitária. Ela usa aparelho auditivo e faz uso da língua portuguesa, além de usar a Libras como a sua principal forma de comunicação. Reside com a família em uma cidade satélite na Região Norte do Distrito Federal. Antes de

iniciar a entrevista, a pesquisadora apresentou os documentos de compromisso ético e explicou, em Libras, a pesquisa e que a participante contribuiria com a sua experiência. A equipe de auxiliares de pesquisa que estava registrando a entrevista também foi apresentada. Após as apresentações, começamos a etapa do aquecimento com uma conversa informal sobre os nossos aparelhos auditivos, pois reparei que nós duas usávamos modelos semelhantes. Enquanto diretora, no psicodrama, acho interessante começar o aquecimento com uma conversa sobre assuntos que temos em comum, para facilitar o processo de vinculação e favorecer a emergência dos temas principais de investigação.

Ao me apresentar para a participante, falei um pouco sobre compartilhar a experiência de ser uma pessoa surda que usa aparelho auditivo e perguntei, também, sobre a sua experiência. Ela começou a explicar que faz leitura labial e usa o aparelho como um instrumento de comunicação, principalmente em casa, com a família, toda composta por ouvintes. Devido à sua história de convivência com ouvintes, Bárbara se comunica oralmente em português e aprendeu Libras quando começou a conviver com outros surdos, sendo essa a língua que escolheu estudar e que usa primordialmente fora de casa.

Para explorar melhor esse conteúdo, questiono sobre a comunicação entre ela e a família quando, eventualmente, está sem o aparelho. Ela responde:

Bárbara: Se eu tirar o aparelho pra tomar banho... pra dormir... ou pra entrar na piscina... eu peço pra minha família falar mais alto comigo. Então as pessoas falam: “Nossa! Por que essas pessoas estão gritando com a Bárbara?” E respondem: “Ah não, é porque tem que falar alto [dito de forma caricata] com ela.” Eu me sinto envergonhada. Eu queria que a minha família aprendesse Libras também.

Quando a participante diz que sente vergonha de ouvir pessoas gritando com ela, fica evidente que existe, também, invisibilização do esforço que ela precisa fazer todos os dias para se comunicar, que, quando não está usando o aparelho, provoca incômodo no outro e

que sente vergonha de ser exposta. Diante disso, pergunto se ela sabe o motivo da família não ter aprendido a Libras, ela responde que a família considera muito difícil e que seria necessário orientá-los para que aceitassem aprender. Apenas seu irmão teve contato com a língua, por fazer uma disciplina na universidade, mas usa apenas o básico em situações esporádicas. Nesse caso, a protagonista expressa cansaço por não perceber colaboração ou mesmo sensibilidade em relação ao seu esforço de manter a comunicação por leitura labial e usar o aparelho auditivo.

Ao adentrarmos na questão da comunicação com ouvintes, pergunto se ela já teve alguma experiência marcante ao usar o serviço de saúde e se a comunicação teria sido uma questão. A participante relata ter dificuldades para se comunicar com profissionais de saúde quando usam máscaras. Ela conta que precisou ir ao dentista fazer a extração dos sisos no ano anterior e, durante o procedimento, teve muita dificuldade para entender a profissional por conta da máscara. Entendendo que a máscara era necessária, e não seria possível fazer leitura labial para compreender os comandos sobre o procedimento, precisou recorrer a outros recursos, como escrever em um papel ou buscar uma terceira pessoa para interpretar oralmente.

Bárbara: Dentista precisa usar máscara. Tampa a boca. Então como é que faz? Eu não entendo nada quando tá de máscara. Eu peço pra ela tirar a máscara pra falar comigo. Ela fala: “Não, não pode tirar a máscara. Tem que ficar com a máscara.” Mas como é que fica a comunicação comigo? Ai vai pro papel, mas a comunicação no papel é terrível, não dá [compreendendo o seu incômodo, pergunto como ela se sente com essa situação]. Foi um pouco difícil porque eu não estava entendendo nada do que ela estava falando com a máscara, a boca estava tampada. Então, ela pediu para ajudante dela ficar falando comigo. Ai eu senti tipo pouca vontade, sabe? Não

estava comunicando direito, como se eu não quisesse entender. Ai, sei lá, eu não consigo entender quando está com a máscara, só quando está sem.

A protagonista continua a descrever o seu incômodo com a dificuldade de comunicação, descrevendo a sua tensão durante o procedimento e a sua apreensão por não ter certeza sobre os comandos interpretados oralmente pela assistente. Apesar de aparentemente ter ficado tudo bem, a experiência foi tensa e ela disse ter ficado traumatizada com a situação.

Esse relato a fez lembrar-se de outra experiência traumática envolvendo a necessidade de acesso ao serviço de saúde. A protagonista me mostra uma cicatriz no braço por conta de um acidente doméstico. Ela conta que estava sozinha em casa e o vidro do boxe quebrou enquanto estava no banho, provocando uma situação de emergência. Diante disso, convido a participante para recriar a cena desse acidente, para que fosse possível adentrarmos em cada momento daquela situação. Com o seu consentimento, levantamos da cadeira, e peço para que ela descreva o cenário da cena em que tudo aconteceu.

Diretora: *Então, eu quero pedir pra gente voltar um pouco na cena do que aconteceu com você.* [Diretora e protagonista se levantam e preparam o espaço na sala para refazer a cena.] *Me explica o local onde você estava na sua casa. Me mostra, aqui, mais ou menos, onde estava cada coisa quando começou a acontecer e onde estava você.*

Bárbara: *Então, eu estava no banheiro, tomando banho.*

Diretora: *Me mostra onde está o chuveiro* [ajudando a protagonista a se posicionar no espaço, demarcando objetos e presentificando a cena].

Bárbara: *O chuveiro estava aqui* [Apontando para a esquerda]. *Então eu tirei o aparelho junto com as outras coisas* [fazendo o movimento de tirar o aparelho e posicionar em frente, como em uma pia ou um armário do banheiro]. *Abri a porta e fechei muito rápido, bem forte. Eu não vi que tava forte* [solilóquio da protagonista].

Eu não senti o barulho, nem nada. Mas foi forte. E o vidro quebrou todo em cima de mim. [Participante entra no espaço demarcado como o boxe do banheiro, fechando a porta com força enquanto fala. Abaixa e faz o movimento com corpo de se proteger com o braço do vidro quebrando. Ela mostra que colocou o braço na frente do rosto.]

Diretora: *Cortou?* [Digo me posicionando atrás da protagonista, aproveitando a sua movimentação.]

Bárbara: *Então, cortou o meu rosto e cortou o meu braço aqui* [mostrando a cicatriz].

Diretora: *Então você se protegeu. E aí começou a sangrar nessa parte do seu braço. O que está acontecendo agora?*

Bárbara: *E aí eu vi o sangue caindo, mas eu não entendi nada. Eu fiquei...* [Peço um solilóquio.] *O que eu tava sentindo? Nossa, eu tava muito assustada! Tava doendo pra caramba, cortou várias partes do meu corpo.*

Diretora: *E agora? O que você vai fazer?*

Bárbara: *Eu vi o sangue caindo e como é que eu ia sair? Eu estava no banho, sem nada. Então eu peguei a toalha, coloquei no chão e saí.* [Participante faz a movimentação de estender a toalha e de pisar em cima da toalha, posicionando-se no mesmo local onde começamos a cena do banheiro.]

Diretora: *E depois? O que você fez?*

Bárbara: *Depois eu tentei ligar. Ainda estava sangrando, achei o telefone e tentei ligar para emergência.*

Diretora: *E qual foi o número que você ligou?*

Bárbara: *Eu liguei 192.* [Ela faz o sinal de bombeiros e ambulância para caracterizar o serviço do Samu.]

Diretora: *Mas o que você está sentindo, Bárbara?*

Bárbara: *Muito assustada. E eu estava sem o aparelho. Nessa hora eu esqueci que eu estava sem o aparelho. Eu ainda estava sangrando, muito acelerada porque estava sangrando muito. O que eu iria fazer, né?*

Diretora: *E aí? Você ligou, sem o aparelho, ainda não ouvindo nada* [Como recurso se direção, faço uso de duplo-espelho ao lado da protagonista durante essa fala].

Bárbara: *Nada! Eu esqueci que eu estava sem aparelho.*

Diretora: *E atenderam?* [Volto a me posicionar na sua frente, demarcando o papel de diretora.]

Bárbara: *Sim. Eu me senti muito nervosa e comecei a gritar o número da minha casa. E falei que eu estava sangrando e que o vidro tinha quebrado em cima de mim. Mas eu não sabia a resposta do telefone, acho que as pessoas do outro lado da linha acharam que eu estava louca* [sinaliza rápido e expressivamente].

Diretora: *Você acha que a pessoa do outro lado da linha pensou que você estava louca* [Refaço a marcação de duplo-espelho indo para o lado da protagonista].

Bárbara: *Eu pensei, né? Foi como eu senti* [Solilóquio].

Diretora: *E o que você tava sentindo dentro? Uma confusão?*

Bárbara: *Então, a pessoa estava achando que eu estava louca. Eu desisti da ligação e liguei pro meu pai.*

Diretora: *Ligou também? De novo?*

Bárbara: *Não. Eu fiz uma chamada de vídeo pra mostrar o que tava acontecendo pra ele.*

Diretora: *Então você ligou a câmera do celular. Mas você também... é, você não tava vestida.*

Bárbara: *Sim, eu também não tava com nada. É verdade. Eu ainda estava muito assustada.*

Diretora: *Mas deu certo? O que você estava sentindo?*

Bárbara: *Nossa, eu estava morrendo de vergonha. Mas eu não pensava direito. A primeira coisa que eu fiz foi ligar pro meu pai. Ele viu que eu tinha acabado de sair do banho e estava sangrando. Aí eu falei com ele que eu estava cortada. Mostrei o sangue e depois [mostra o braço e o rosto, faz uma pausa, e continua]... O meu pai tava no trabalho, ele falou: “Espera eu chegar em casa. Fica calma, bebe água que daqui a pouco eu tô chegando.” Em gestos. Porque assim, meu pai não sabe falar Libras.*

Diretora: *E aí você esperou?*

Bárbara: *Sim. Eu enfaixei o meu braço que ainda tava sangrando muito, sozinha.*

Diretora: *Alguém já te explicou o que tinha que fazer quando o braço se corta muito profundamente, ou não? Você já sabia?*

Bárbara: *Sim. Como eu sabia? Eu sei que tem que enfaixar o braço para parar de sangrar. Isso acontece. Aí eu limpei mais ou menos, tinha a poça de sangue, enfaixei o braço e fiquei lá.*

Diretora: *Depois o que aconteceu?*

Bárbara: *Depois eu me acalmei um pouco, esperei. Era mais ou menos na hora do almoço. Aí cheguei no médico.*

Diretora: *Onde você foi?*

Bárbara: *No Paranoá.*

Diretora: *No Hospital do Paranoá?*

Bárbara: *Sim, no hospital público. Demorou pra eu ser atendida. Mas aí eu já estava com o braço todo enfaixado. Estava doendo muito. Fiquei esperando lá dentro, mas aí chegou um amigo meu que trabalha lá no hospital. Ele perguntou: “O que aconteceu Bárbara?”. Aí eu falei: “Então...” e eu expliquei o que aconteceu, o vidro*

quebrou em cima de mim. É, foi um amigo meu que trabalha lá no hospital [a protagonista transita facilmente entre as falas de ambos os personagens, não precisando de interferência da diretora para isso.]

Diretora: Então ele chamou você? Depois que ele te viu?

Bárbara: Aí ele viu. Entendeu mais ou menos. O meu pai foi junto comigo e eu também já estava de aparelho e conseguindo oralizar. Aí ele entendeu um pouco melhor comunicação, como meu pai tava lá junto comigo e a gente explicou o que tinha acontecido. Ainda tava doendo muito, muito mesmo. Tiramos a faixa. Depois costuraram. Ainda tava doendo muito. Aí esperei um pouco... Aí deram mais anestesia e depois continuar a sutura. [Participante mostra a cicatriz no braço enquanto refazemos a cena da sutura.] Quando eu cheguei em casa, o meu braço já tava enrolado. Aí falaram pra ficar três dias com braço enfaixado, sem tirar pra lavar. Depois podia tirar.

Diretora: No hospital te explicaram o que você tinha que fazer. Mas você entendeu certinho?

Bárbara: Entendi, entendi certinho. Eu só fiquei preocupada durante a parte do bombeiro, né? Porque aí eu realmente não entendi nada. Tava sem aparelho. Liguei. Fiquei muito assustada. Enfim, realmente não consegui. Mas no hospital foi normal, consegui normal. Cheguei lá, explicaram certinho o que tinha que fazer para cuidar do machucado. Eles falaram que quando eu chegasse em casa não podia tomar banho, não podia fazer a mesma coisa que eu tinha feito antes. Não podia fechar o boxe muito rápido. Também porque às vezes a pessoa não percebe, assim, quando a gente faz um movimento muito forte e a coisa quebra, eu levei um susto muito grande.

Após essa cena, começamos a etapa do compartilhamento. Entendendo que se trata de uma experiência forte para a protagonista, retratando um acidente doméstico enquanto ela estava sozinha em casa, pergunto o que ela sentiu durante a dramatização da experiência:

Bárbara: Eu só gostaria que tivesse acessibilidade no telefone. Libras, sei lá, qualquer coisa. Porque não tinha quando eu precisei de ajuda. Precisei falar, oralizar, mas não ouvi a resposta... O surdo não consegue não consegue pedir nada. Por exemplo, eu estava sozinha em casa. Como o surdo vai conseguir pedir ajuda, né? É isso que eu sinto quando eu penso nessa experiência.

A experiência de Bárbara aborda barreiras de acesso ao seu direito à saúde. Se a sua vida estivesse em risco, não seria possível pedir atendimento. Bárbara aponta que o que aconteceu com ela poderia acontecer com qualquer outra pessoa surda que esteja sozinha. Mesmo se a pessoa conseguir gritar ou telefonar, dificilmente receberia ajuda, pois o pedido de socorro poderia ser confundido ou ignorado. Ao compartilhar, entendemos que essa situação pode acontecer com qualquer surdo, independente da profundidade da perda auditiva, pois a padronização da chamada telefônica exige que a pessoa consiga entender a mensagem, sem fazer leitura labial, e responder oralmente. Ela destaca sua percepção de que alguém poderia pensar que um surdo ligando seria uma pessoa “louca” gritando sozinha, por não responder adequadamente, o que pensa ser uma manifestação preconceituosa, por não considerarem a existência de surdos que moram sozinhos.

A falta de acessibilidade gera discriminação e destaca a necessidade da garantia de acesso aos serviços emergenciais de forma equitativa. Em meio ao compartilhamento, Bárbara sugere que a ideia de fazer com que todos os profissionais de saúde e serviços emergenciais aprendam Libras parece utópica, mas a promoção de programas de capacitação ou a obrigatoriedade de contato com a língua durante a graduação já poderiam ser de grande ajuda para a solução desse problema, que realmente coloca vidas em risco. Ela reforça que é

muito importante divulgar o que aconteceu com ela para que esse problema na comunicação não continue a se repetir com outras pessoas. Nesse ponto, surge também a pergunta sobre como a comunidade surda poderia se organizar no futuro para melhorar o acesso a esse direito.

Bárbara: Então, eu acho que tem uma necessidade de participar também. Não só nesse serviço de emergência. Seria importante ir algumas pessoas no serviço de bombeiros ou no Samu para ensinar Libras. Mas a conscientização é importante, de verdade. Inclusive, eu acho que já existe esse serviço em algumas unidades. De alguém que vai lá, entende? Eles aprendem rápido nesse tipo de treinamento pros serviços de emergência.

A sugestão de maior participação da comunidade mostra que, além de estar consciente da privação de direitos que acomete a comunidade através da barreira de acesso à comunicação, Bárbara também reconhece a existência de mecanismos de participação e controle social que fazem parte do Sistema Único de Saúde. De fato, a participação da comunidade é de fundamental importância para a melhoria do serviço, e, para isso, é importante saber que existe essa abertura do sistema. Apesar disso, a protagonista também reforça que o seu sentimento é de tristeza e diz ter ficado traumatizada com as situações que relatou na nossa entrevista, por se dar conta de que a barreira de comunicação existe e está na base da discriminação percebida pela comunidade surda.

Bárbara: Então, eu fiquei traumatizada e eu também espero que isso não aconteça novamente com qualquer outra pessoa. Porque é muito ruim pensar que algumas coisas acontecem por preconceito. O sentimento que eu tenho é... “Nossa! Tem preconceito comigo.” Como se não gostassem de surdo. Não gostassem de aprender Libras por conta disso. Um preconceito com a gente. Eu espero que outras pessoas não passem por isso igual a mim. Porque foi muito ruim.

Pessoalmente, compartilho como é desconcertante quando a protagonista compartilha a sua percepção dos acontecimentos como uma vivência resultante do preconceito social contra a pessoa surda. De fato, tivemos acesso a experiências resultantes de preconceito linguístico e capacitismo, que invisibilizam a Libras e as nossas vivências enquanto pessoas surdas independentes que têm direito de estar sozinhas, ou ao menos desacompanhadas de uma pessoa ouvinte, e de acessar de forma autônoma o serviço de saúde. Encerramos o nosso compartilhamento reconhecendo a importância do relato da sua experiência para podermos ampliar o diálogo sobre o assunto.

6.2.1 Compartilhando sentimentos, ideias e reflexões

A entrevista de Bárbara coloca em evidência a comunicação na vivência de uma pessoa surda que, além de utilizar a Libras como primeira língua, também usa aparelho auditivo e a oralização como instrumentos de comunicação com pessoas ouvintes. Uma das particularidades da pesquisa que usa o método psicodramático é que a socionomia compreende que o diretor e o protagonista são copesquisadores diante daquilo que se quer investigar no contexto dramático (Brito, 2006). Dessa forma, a pesquisa se desenvolve a partir da ação, da experiência e, também, através das trocas cotransferenciais que podem acontecer durante esse encontro (Nery, 2014).

Dito isso, gostaria de começar a reflexão sublinhando a importância do nosso aquecimento para os papéis de diretora e de protagonista, em que partimos daquilo que temos em comum para aprofundarmos na experiência de Bárbara. Ainda que eu tenha desempenhado o papel de entrevistadora/diretora, o papel latente de mulher surda e oralizada permaneceu ativo e permitiu que eu me reconhecesse em diversas falas da participante, ativando essa outra sensibilidade.

Ainda durante o aquecimento, a protagonista relata o seu constrangimento com a forma como falam com ela quando está sem aparelho auditivo ou quando não pode fazer

leitura labial. Uma pessoa surda, ainda que use alguma tecnologia assistiva, frequentemente terá uma maior percepção comunicativa de maneira visual, assim como na Língua Brasileira de Sinais. Por isso, o contato visual, o uso de gestos ou, se possível, a fala clara e articulada em volume normal são alternativas preferíveis a palavras gritadas. O grito, além de causar constrangimento, não necessariamente fará com que a pessoa compreenda melhor a mensagem que o interlocutor ouvinte pode estar passando, pois uma tensa expressão facial pode se sobrepor ao comando oralizado, expressando impaciência e desencadeando mal-entendidos.

Nessa situação, é muito comum nos depararmos com o incômodo do outro em relação ao surdo que, sob a ótica do ouvinte, não compreende ou não facilita a comunicação. Em geral, existe uma incompreensão em relação à diferença entre o falar alto, em frente à pessoa e com a boca articulada para facilitar a leitura labial, e o ato de gritar. O grito é percebido pelo corpo como um sinal de alerta ou de irritação e também emite essa mensagem durante a interlocução (Rosenberg, 2006). Essa diferença sutil pode tornar conflituosa a convivência entre ouvintes e surdos que fazem leitura labial e usam tecnologias assistivas.

Quando adentramos no tema das suas experiências dentro do sistema de saúde, Bárbara descreve a sua recente ida ao dentista para cirurgia de extração dos sisos. Ao falar sobre a impossibilidade de comunicação entre ela e a dentista, observamos a complexidade e o esforço que a participante faz para se comunicar por meio de leitura labial. Ao não conseguir se comunicar, ela se vê apreensiva e insegura por não saber os comandos e as orientações acerca do procedimento e do pós-operatório. Nesse caso, compreendemos que o uso da máscara é um procedimento de segurança importantíssimo que impede contaminações, mas que também restringe a comunicação. Porém, diante da barreira de acesso, os recursos utilizados como tentativa de contornar a situação nem sempre se mostram eficientes ou livres de constrangimento. Muitas vezes, pelo fato de a surdez ser invisível, o surdo oralizado pode

causar estranheza ou desconfiança ao dizer que não está entendendo e, até mesmo, ter a sua demanda diminuída pela percepção do seu interlocutor, achando que o uso do aparelho faz com que uma pessoa entenda palavras como um ouvinte, o que não ocorre. Bárbara nos conta que, após o procedimento odontológico, ficou com medo de ter entendido errado alguma recomendação sobre a sua recuperação.

Recentemente, temos observado, devido à pandemia da covid-19, a necessidade do uso de equipamentos de proteção individual em lugares públicos e privados com o objetivo de diminuir o contágio pelo coronavírus. Nesse contexto, existe, também, a realidade de milhões de pessoas surdas em todo o mundo que estão enfrentando agravamento da barreira de comunicação com ouvintes em diversos ambientes e, inclusive, dentro do sistema de saúde (McKee, Moran, & Zazove, 2020; Williams, 2020). Diante disso, existem equipamentos de proteção individual que poderiam ser usados para facilitar a comunicação, tais como máscaras faciais transparentes combinadas com o uso de *Face Shield* (escudo facial de plástico), que permitem a visualização do rosto e a realização de leitura labial (McKee et al., 2020; Williams, 2020). Tal tecnologia, porém, precisa ser adotada pelo profissional de saúde ouvinte que estará se comunicando com a pessoa surda, e não o contrário. Por exemplo, imaginando que uma pessoa surda precise de atendimento, ela só irá conseguir fazer a leitura labial ou absorver conteúdos visualmente se o rosto do ouvinte estiver visível. Ainda que a pessoa surda seja oralizada, use tecnologias assistivas e se esforce ativamente para que haja comunicação, precisamos da colaboração da pessoa ouvinte no uso dessas tecnologias assistivas para haver troca de informação.

A entrevista culmina na dramatização da cena do acidente doméstico, quando Bárbara se vê sozinha diante de uma situação de emergência e não consegue completar o pedido de socorro, pois todos os chamados para serviços de atendimento se dão por meio de ligação telefônica. A protagonista destaca a sua preocupação em ter sido mal interpretada durante a

tentativa, desesperada, de fazer contato por meio do telefone, com receio de que a pessoa que estaria recebendo a chamada achasse que ela fosse uma pessoa “louca” por não ouvir respostas e tentar completar a ocorrência falando o seu endereço e a situação. Essa situação denuncia uma grande barreira de acesso que pode colocar vidas em risco por conta da exclusividade de contato telefônico para serviços emergenciais, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o Corpo de Bombeiros Militar. Também, deparamo-nos com a invisibilização da comunidade surda e deficientes auditivos, que têm a sua autonomia cerceada.

Por outro lado, sabemos que o Samu recebe, em cada região, centenas de ocorrências por dia que precisam ser devidamente identificadas para que se possa orientar e designar a equipe de profissionais de saúde mais adequada para prestar socorro a cada situação. Um estudo realizado na cidade de Porto Alegre sobre o perfil de atendimentos e a satisfação dos usuários do Samu, verificou que, em um período de três meses, cerca de mil chamados, para os quais não foi possível realizar atendimento, eram trotes (Battisti, Branco, Caregnato, & Oliveira, 2019). Ainda, estudos reconhecem que, para otimizar o serviço emergencial, é necessário promover uma melhora comunicação com o usuário, que facilite o acesso universal ao serviço (Ablard, Kuczawski, Sampson, & Mason, 2020; Battisti et al., 2019). Isso nos leva à pergunta: Será que a ligação de Bárbara foi interpretada como um trote? O que poderia ser feito para identificar e atender uma pessoa surda que busca socorro?

Esse problema não é uma situação nova, mas existem alguns poucos registros de tentativas de solução por meio da tecnologia. Em 2017, a prefeitura da cidade de Campinas anunciou o lançamento de um aplicativo local chamado Tecla Samu, com o objetivo de disponibilizar uma solução virtual que permitiria que a pessoa surda, pré-cadastrada, pudesse realizar um chamado por escrito ativado por GPS (Prefeitura de Campinas, 2017). Outra iniciativa foi lançada recentemente na cidade de São Paulo, onde a Secretaria Municipal da

Pessoa com Deficiência anunciou um serviço chamado Central de Intermediação em Libras, acessado por aplicativo de celular, em que a pessoa surda ou com deficiência auditiva teria acesso a todos os serviços públicos situados na cidade, como de emergências, segurança e até mesmo orientações sobre a covid-19 (Prefeitura de São Paulo, 2020). Apesar de terem sido anunciadas, existe a necessidade de maior divulgação dessas iniciativas, até para que se possa ser verificada a eficácia do acesso e as possibilidades de implementação nacional para atendimento de pessoas que se encontrem em situações semelhantes à de Bárbara.

Durante a etapa do compartilhamento, Bárbara propõe maior participação da comunidade surda dentro do serviço de saúde, sugerindo programas de sensibilização e ensino de Libras para profissionais de saúde que atuam em emergências. Essa sugestão demonstra que a participante está ciente de que a saúde é um direito que está sendo cerceado por conta da barreira de comunicação. O Sistema Único de Saúde tem como uma de suas diretrizes o mecanismo de controle e participação social, para que o serviço seja acessível e faça parte da comunidade, garantindo a sua universalidade. A comunidade surda, sendo uma minoria linguística, está ciente de que sua participação é fundamental para promover o seu acesso aos serviços essenciais e a garantia de direitos. Resta contar com a colaboração dos serviços no sentido de abrir espaço para o diálogo que valoriza a voz do surdo, que não vive no silêncio, mas é silenciada.

6.3 Douglas

Douglas, sinal realizado com a letra D seguida pela letra G, é um rapaz que usa Libras como primeira língua e principal forma de comunicação, e é bem inserido dentro da comunidade surda. O jovem estudante universitário e mora com a família ouvinte na região da Ceilândia. Antes de começarmos, expliquei a pesquisa e os seus procedimentos éticos, assim como apresentei as auxiliares que estariam registrando em vídeo. Com o seu consentimento, começamos a entrevista.

Após as apresentações, comecei o aquecimento perguntando se ele lembrava-se de alguma experiência recente dentro do sistema de saúde, ou alguma situação que o tivesse marcado. Ele diz que, se não falhava a memória, no ano passado, ele se sentiu mal e resolveu ir para o hospital sozinho. Chegou lá, avisou que era surdo e foi encaminhado para o atendimento. Comunicando-se por gestos e por escrito, consultou-se e tomou medicação. Nesse meio tempo, avisou à família por mensagem que estava lá, sua mãe ficou preocupada e enviou a irmã para acompanhá-lo. Ele disse que realmente não seria necessário, pois estava conseguindo se comunicar com papel e gestos, e que a equipe sabia que ele era surdo, mesmo que ninguém soubesse Libras. Douglas entendeu a situação como demonstração de cuidado e preocupação da família, já que ele estava doente.

Nesse contexto, pontuei que ele parecia bem tranquilo em frequentar sozinho o ambiente do sistema de saúde, perguntando como é essa experiência. O participante conta que costuma acessar com desenvoltura serviços de saúde mesmo estando sozinho. Quando era mais jovem, normalmente a mãe o acompanhava uma primeira vez, e depois ele já aprendia a ir de forma independente:

Douglas: Eu sempre consigo [acessar o serviço] meio que sozinho. Por exemplo, a minha mãe vai uma vez comigo e depois independente. Eu vou lá e me viro sozinho. Por exemplo, exame de sangue, sabe? Enfim, esse tipo de coisa eu fui sozinho, já sabia o que precisava fazer. Claro, quando eu estava me sentindo muito mal, eu ia junto com alguém, né? Se eu estava precisando de ajuda eu ia junto com alguém. Enfim, isso é normal.

Ao descrever com tranquilidade essa experiência, percebo que Douglas, mesmo usando Libras e português escrito, não sente receio em acessar o serviço de saúde e lidar com profissionais ouvintes, ressaltando que essa autonomia aconteceu com o auxílio da família, que não estimulou um comportamento de dependência linguística, mas sim de independência.

Adentrando na questão de acessibilidade, pergunto se alguma vez ele já teve interpretação ao acessar algum serviço. Douglas apontou que, se ele estivesse realmente muito mal, poderia requerer algum profissional com ele para orientar até a consulta médica, o que ele descreve como um ajudante, mas não relata já ter tido a presença de intérpretes profissionais durante qualquer atendimento. O jovem relata que mora na região da Ceilândia, e costuma frequentar o SUS.

Douglas: Então, pensando onde eu moro. Eu moro na Ceilândia e costumo frequentar o Hospital Regional da Ceilândia. O público, do Governo. E eu acho que já tive experiência em todos os serviços. Por exemplo, na enfermaria, no médico, vacina... Lá eles oferecem todos esses serviços. Eu espero, por exemplo, que no futuro a gente consiga se comunicar melhor em Libras lá também. Divulgar essa necessidade também pros profissionais de saúde, para diminuir a dificuldade de comunicação que a gente encontra. Por exemplo, um problema no futuro seria esse. Então a gente poderia ver se a gente consegue melhorar a comunicação baseada na lei, que já existe, né? A Lei de Libras.

Verificando que o assunto da acessibilidade em saúde é percebido como um direito, direciono a entrevista para essa percepção do participante. Começamos a conversar sobre a não percepção das pessoas e sobre o quanto essa barreira de comunicação pode influenciar o atendimento e até mesmo o socorro de que uma pessoa surda pode precisar. Diante disso, apesar de nunca ter passado por uma situação de emergência, Douglas afirma que uma pessoa surda pode precisar ser socorrida e ter problemas de comunicação.

Douglas: Olha, nunca aconteceu comigo, de eu precisar de um serviço médico rápido. Por exemplo, uma ambulância. Esse tipo de emergência nunca aconteceu. Mas eu imagino, por exemplo, que, se alguém tiver, sei lá, um acidente de carro e quebrar a perna, por exemplo, vai precisar de ajuda. As pessoas vão ver, mas não vai

ter comunicação. Não tem Libras. Não tem como a pessoa se comunicar, porque vai estar sentindo dor. Ou, por exemplo, quando chegar o bombeiro, ou quando chegar o médico, e eles falam por detrás da máscara, a boca tá tampada. Não tem como entender também. Não tem como fazer leitura labial ou pedir pra tirar a máscara ou escrever alguma coisa. É tentar manter a calma numa situação de emergência para ter a comunicação. Ou dar um jeito de avisar: “Eu sou surdo. Eu tenho dificuldade.” Por exemplo, até as pessoas perceberem que precisa tirar a máscara para estabelecer uma comunicação, ou até as pessoas perceberem que eu sou surdo, a minha vontade é de chegar lá e falar “Oi, o serviço é assim. Eu preciso de ajuda.” Mas, enfim, é muito complicado pensar em situações de emergência mesmo, porque depende do profissional de saúde e aceitar ou não tirar a máscara.

Ao pensar em uma situação hipotética de emergência, ele pontua que, mesmo se a pessoa surda estiver precisando ser socorrida, ainda será necessário manter a calma para tentar estabelecer um canal de comunicação ou ao menos avisar que é surda. Esse exemplo é usado para ilustrar o seu argumento sobre a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para essa realidade, entendendo que o SUS teria recursos para facilitar essas mudanças.

Sobre o que poderia ser feito, o protagonista sugere que cada região registre os dados da quantidade de habitantes surdos, e faça uso deles para entender qual a melhor forma de oferecer cuidado. Em seguida, ele diz já ter frequentado algumas poucas vezes o serviço privado, mas que o tipo de atendimento e as questões acerca da acessibilidade costumam ser muito parecidos. Sobre isso, o participante declara que, quando é atendido na rede pública da sua região, alguns profissionais já o reconhecem e sabem que ele é surdo, facilitando o atendimento.

Sobre isso, Douglas descreve uma situação em que buscou atendimento em uma tenda amarela, que ficava ao lado do hospital, em que estava acontecendo uma campanha de

combate à dengue. Como ele estava com sintomas da doença, foi até o local para receber atendimento e não estava acompanhado. Chegando lá, identificou-se e uma enfermeira já o reconheceu. Ele disse que essa profissional já tinha contato com Libras, mas atualmente não lembrava mais nada além de “Oi”. Mesmo assim, por ele ter se identificado como surdo logo na chegada, e também ter sido reconhecido pela enfermeira, não demorou mais do que 15 minutos para ser atendido. O participante falou, também, que, fazendo isso, os profissionais têm mais atenção à fila preferencial e a quem está nela. Ele não contou com auxílio ou com interpretação durante o atendimento, mas disse que só precisou fazer um exame de sangue e tomar medicação. O processo foi todo comunicado por escrito, gestos e um pouquinho de Libras, mas foi bem-sucedido. Douglas não ficou com dúvidas sobre o diagnóstico e nem sobre a medicação. Enquanto o participante narra essa cena, percebo o quanto estava chocada enquanto diretora e espectadora: “Deu tudo certo? Isso é muito bom!” Estranhamente, o meu choque se apresentava diante de uma situação que deveria ser a usual, mas, diante da realidade repleta de barreiras de acesso, eu mesma já estava correndo o risco de banalizá-las.

Sobre a situação anterior, Douglas diz que é importante já chegar e avisar que é surdo no primeiro contato para evitar que tentem falar português com ele e dificultar o processo de informação, isso facilita a atuação do serviço. O participante diz que considera que o atendimento que recebe é bom, mas que poderia melhorar se houvesse mais conscientização da importância da comunicação com o paciente.

Compartilhamos a nossa percepção sobre a importância de que o usuário surdo se perceba uma pessoa de direitos, salientando que todas as pessoas têm o mesmo direito de acessar com autonomia o serviço de saúde. Pergunto como ele observa que a comunidade surda, de que ele faz parte, está percebendo o direito à saúde, e o que podemos fazer em relação a isso. Ele responde:

Douglas: *Então, eu acho que é muito importante que a gente eleja uma representação política mesmo, que pense na nossa saúde, que debata isso junto. Os governantes mesmo... Porque precisa mudar. Tem muita coisa que precisa mudar. Aí precisa pensar no que afeta todo mundo. Hoje, por exemplo, eu acho que é muito importante a gente divulgar o que falta para termos acesso ao serviço como todo mundo. Porque hoje em dia tem uma ou outra iniciativa, mas não vemos uma grande aceitação da nossa realidade e conhecimento sobre as dificuldades. E quais são as experiências das pessoas. Para ajudar a desenvolver, também.*

Pensamos juntos sobre a necessidade de difusão da informação sobre a realidade das pessoas surdas que acessam o serviço de saúde. O protagonista conclui que há esperança em um futuro em que os profissionais de saúde, não só os da sua região, mas de todas as regiões, tenham contato e recebam treinamento para entrar em contato com surdos. Não sendo requerido que todos sejam fluentes em Libras, mas que a necessidade de acessibilidade seja reconhecida. O próprio participante, entendendo-se enquanto protagonista, ressalta a importância da representação social da comunidade dentro do sistema de saúde. Dessa maneira, o contato e a participação social fariam com que os profissionais pudessem aprender. A própria comunidade pode difundir a necessidade de comunicação e acessibilidade, resta-nos pensar em como fazer isso.

6.3.1 Compartilhando sentimentos, ideias e reflexões

A experiência compartilhada pelo participante Douglas representa o seu cotidiano como uma pessoa surda independente, que busca acessar com autonomia o seu direito à saúde. Nessa experiência, o jovem revela buscar, por seus próprios meios, conhecer a rede que atua na sua região e, na medida do possível, se comunicar usando gestos e escrita. Reconhecendo que isso é um esforço pessoal, ele também destaca que é possível se

comunicar desde que haja boa vontade dos profissionais e que não seja uma situação de emergência.

Diante dessa situação, é possível questionar se a responsabilidade sobre a comunicação, ou sobre os recursos de comunicação, foi transferida para o usuário. Quando uma pessoa se prepara previamente, escrevendo a demanda em papel e fazendo uso de gestos, acredita que os profissionais de saúde não estarão capacitados para atendê-lo e, por isso, precisa manter a concentração ao elaborar uma solução.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é pensada para ser a rede de atenção mais acessível que, através de diversas estratégias de promoção e prevenção de saúde, cria vínculos que estimulam o cidadão e a comunidade a serem corresponsáveis pelo SUS. Guiando-se pelos princípios do acesso universal, da equidade e da integralidade que regem o direito à saúde, foi pensada a estratégia de saúde da família, na qual uma equipe multiprofissional é responsável por mapear o território, identificando as principais demandas da comunidade (Ministério da Saúde, 2012). Essa equipe deve conhecer as pessoas que fazem parte daquela comunidade, promovendo o vínculo, aproximando-as do cuidado e considerando que demandas, sofrimentos ou necessidades de saúde devem ser acolhidos (Ministério da Saúde, 2012).

Ao conhecer os profissionais que atuam na atenção básica da sua região e o funcionamento da rede, o participante consegue ser reconhecido e tornar visível a demanda sobre a necessidade de capacitação dos profissionais que lá atendem. No entanto, é intrigante que a demanda por acessibilidade linguística ainda não parece ter sido colocada como pauta, dando a impressão de que Douglas é reconhecido apenas por ser um surdo da comunidade. Parece-me que o sucesso do atendimento é resultado ativo de esforço pessoal do jovem diante de uma situação de atendimento essencial, mas, por mais que tenha dado certo, não é a situação ideal, na qual o serviço de saúde reconhece a sua língua e prioriza a informação.

Na sua experiência, o protagonista aponta que uma situação de emergência pode acontecer a qualquer momento, com qualquer pessoa, e nesse caso a barreira linguística se mostraria um problema potencialmente perigoso. A legislação que reconhece e regulamenta o uso da Libras prevê a promoção de acessibilidade linguística dentro dos serviços públicos e essenciais (Brasil, 2002, 2005), mas, como o próprio participante indica, ainda precisamos ampliar o debate e levá-lo para dentro do sistema como expectativa de mudança.

Com a sua experiência, vimos que, ainda que algum profissional que atue diretamente no cuidado ao usuário tenha tido contato com a Libras no passado, isso não garante o acesso integral do cidadão em todos os níveis de cuidado. Dessa forma, é necessário que os gestores dos serviços, em nível local e central, se responsabilizem pela capacitação dos profissionais para atender à comunidade surda da sua região, conscientizando os profissionais e facilitando o contato com a Libras através da educação continuada.

O participante sugeriu, como uma das possibilidades de ação, cadastramento e mapeamento da comunidade, que já acontece e é realizada pela equipe de saúde da família responsável por cada território. Atualmente, a PNAB já prevê o cadastro de todas as famílias atendidas em uma região por meio do registro do agente comunitário, que faz parte da equipe de saúde da família, que é o responsável por identificar a demanda da comunidade local e pensar resoluções que promovam a equidade no acesso ao SUS (Ministério da Saúde, 2012). Seria importante que nesse cadastramento houvesse diferenciação em relação às especificidades de cada pessoa com deficiência, possibilitando saber a quantidade de surdos por região e quais são as principais demandas da comunidade. Ainda que esse dado seja conhecido pela equipe, pode ser que ele não esteja sendo usado para promover acessibilidade e autonomia no acesso à rede.

Durante a entrevista, chamaram bastante atenção as colocações feitas pelo participante sobre a necessidade de participação da comunidade surda dentro do sistema de

saúde e de que a forma como as coisas acontecem nos dias de hoje mude. No entanto, para isso, precisamos gerar a demanda e responsabilizar a gestão do serviço de saúde pela capacitação dos profissionais. Uma das diretrizes do SUS é participação e controle social, que acontece de maneira descentralizada e centrada nas necessidades de cada comunidade, a partir da atenção básica (Ministério da Saúde, 2012).

Atualmente, uma das maneiras legais e acessíveis de tornar visível uma demanda é acionar o serviço de ouvidoria do SUS de cada região. As ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades do SUS que são responsáveis por intermediar a comunicação entre os cidadãos e os gestores, garantindo os direitos dos usuários de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente (Ministério da Saúde, 2014). Uma forma de acionar esse serviço seria, por exemplo, comparecer pessoalmente à ouvidoria da sua região e fazer o registro por escrito de como foi realizado o atendimento, relatando se houve ou não uma boa comunicação entre o usuário e os profissionais de saúde. Quando o usuário acessa a ouvidoria, isso gera um protocolo que vai ser encaminhado ao gestor responsável pelo lugar onde o surdo foi atendido, e essa gestão tem um prazo para dar uma resposta ao cidadão (Ministério da Saúde, 2014).

A comunidade surda, sabendo de seus direitos, também pode se organizar para reportar à ouvidoria de cada região as suas experiências durante o acesso ao serviço, tornando conhecida a demanda por acessibilidade na comunicação e pressionando a gestão a providenciar capacitação para os profissionais de saúde. Promover saúde é também difundir o princípio de controle social dentro da comunidade a que cada pessoa pertence. Dessa forma, podemos cobrar um serviço com mais equidade a partir da atenção básica, provocando uma centelha de mudanças.

6.4 Sandra

O processamento dessa participante foi elaborado de uma forma diferente dos anteriores. Na entrevista da participante Sandra, foram trazidas cenas densas de processos de hospitalizações ocorridos ao longo de mais de 20 anos. Por conta disso, esse processamento foi reorganizado por temas, presentes em cada cena, que foram discutidos ao longo do texto. Ao final da entrevista, apresento, também, um breve compartilhamento enquanto diretora com considerações sobre o encontro com Sandra.

Gostaria de começar o processamento dessa entrevista revisitando o meu processo de aquecimento, enquanto diretora, para entrar em contato com a Sandra. Diferente dos outros convidados, ela recebeu o convite para participar da entrevista por meio do vídeo que divulgamos para a comunidade surda do DF. Quando a participante me procurou, disponibilizando-se para participar da entrevista, fiquei contente com o alcance do vídeo, já que teria sido a única pessoa a entrar em contato a partir dessa divulgação, e, também, fiquei intrigada com a pergunta: “a sala da entrevista é no térreo?” Respondi afirmativamente à participante, imaginando que ela quisesse se situar em relação à localização do prédio do CAEP dentro da UnB. Para a minha surpresa, ela acrescentou: “Que bom, pois eu sou surda e cadeirante”. Quando nos conhecemos, a conversa fluiu muito naturalmente, como se tivéssemos nos aquecido ao longo da semana para aquele momento. Após as formalidades, a apresentação da pesquisa e o consentimento, começamos a conversar sobre a sua experiência.

Sandra está na faixa dos quarenta anos, nasceu surda e no interior do país. Ela mencionou que tem um irmão que também é surdo, e mora com os pais, ouvintes, em sua cidade, e que veio morar com uma irmã, ouvinte, em Brasília. No entanto, não ficou claro para mim quantos irmãos ela tem no total. A participante explicou que está na cidade desde 2011, mas já alternou entre morar em Brasília e o interior muitas vezes ao longo da vida.

Domina a Libras com fluência, também faz uso do português escrito em algumas situações, mas não é oralizada.

Crescendo numa cidade pequena, lá não teve contato com a Libras e nem foi oralizada, fazendo gestos para se comunicar dentro de casa. Quando tinha 21 anos, teve contato pela primeira vez com a Língua Brasileira de Sinais, em Brasília, por meio da comunidade religiosa que frequentava. Ela relatou que aprendeu muito rápido, praticamente em seis meses já se comunicava fluentemente em Libras, contando ter sido essa uma experiência muito boa.

Sandra: Então, quando eu nasci, Libras nada. Oralizar também não, só gestos. E era assim. Eu tinha 21 anos, aqui em Brasília, quando eu encontrei uma comunidade religiosa repleta de surdos. Encontrei, aí eu fui pra lá. Nossa, que emoção. Fiquei muito emocionada. Enfim, eu sabia só falar um pouquinho, porque eu tinha nascido surda numa cidade pequena. Mas comecei a aprender Libras aqui em Brasília, aprendi muito rápido, percebi muito rápido as coisas. Ficava perguntando “qual o sinal? Qual o sinal? Qual o sinal?”. Mais ou menos em seis meses eu já tudo. Foi muito bom, foi muito legal.

Conversando sobre essa experiência, ela me conta que cresceu no interior e estudava junto com ouvintes, mesmo não entendendo muita coisa. Aprendeu o básico, mas não continuou na escola. Há poucos anos, já em Brasília, começou a estudar e terminou o ensino médio. Na Educação de Jovens e Adultos (EJA) tinha interpretação em Libras. Mesmo estando em uma turma com ouvintes, teve outros colegas surdos e acesso ao conteúdo com interpretação. Ela disse querer continuar estudando língua portuguesa por sentir mais dificuldade. Após se formar, procurou outros lugares na cidade onde poderia ter aulas de português em Libras, mas os dois lugares de que recebeu indicação não são acessíveis para ela por conta das escadas.

Senti que esse assunto, da cadeira de rodas, poderia ser sensível e perguntei se ela já tinha tido alguma experiência no sistema de saúde. Essa pergunta marcou o final do aquecimento e a entrada na etapa da dramatização. Antes de prosseguir, adianto que serão realizadas diversas cenas no decorrer da entrevista. Durante a direção das cenas, indiquei a marcação de entrada e saída de personagens usando a expressão corporal e a gramática natural da Libras, pedindo muitos solilóquios e fazendo uso de técnicas de dramatização da Psicoterapia da Relação, que não requerem descrição de espaço cênico (Fonseca, 2010).

A pergunta sobre o sistema de saúde nos levou à cena do acidente de carro que a protagonista sofreu, aos 25 anos de idade. Ela estava viajando de carro com a família quando houve uma colisão. Sandra começa a descrever a situação:

Sandra: Então, tudo começou quando eu estava no carro com a minha família. A gente estava viajando e teve um acidente. Estava no meio da estrada, não tinha nada. Só teve a batida de carro, os carros capotaram e eu não estava usando o cinto de segurança. E a roda do carro explodiu... e o carro capotou. Tinham quatro pessoas... Não, na verdade seis. E eu saí [ela sinaliza que foi atirada para fora do carro] e quebrei a coluna. Ninguém morreu, mas lá ninguém sabia o que estava acontecendo. A comunicação era muito difícil, eu estava muito agoniada. Comunicação estava terrível, só tinha eu de surda, né? Estava todo mundo falando em volta de mim e eu não ouvia nada, não sabia o que estava acontecendo. Tinha um monte de gente falando em volta de mim enquanto eu estava lá deitada, e eu tentando explicar que eu era surda. Um monte de gente perguntando um monte de coisas, eu falando que era surda, me senti péssima. Foi horrível. Então me levantaram, pegaram o meu corpo assim né, e iam me levar para outra cidade.

Diretora: *Tinha ambulância?*

Sandra: *Não, não tinha. Me colocaram dentro de um carro qualquer que estava funcionando. Foi em 1995. Então um homem me pegou no colo e me colocou dentro de um carro. Eu lembro que mexeram nos meus ossos e a dor foi horrível, estava doendo muito forte a minha coluna, muito, muito, muito forte. [Ela entra no personagem de si mesma no momento em que foi levantada e faz uma expressão de dor muito forte.]*

Diretora: *Então mexeram no seu corpo quando você tinha acabado de sofrer o acidente, é isso que você está falando?*

Sandra: *Sim, exatamente. Mexeram na minha coluna, eu lembro da dor muito grande, eu comecei a gritar, mas eu não estava entendendo o que exatamente estava acontecendo [O motivo de estar sendo levantada e colocada em um carro não estava claro]. Nossa, foi horrível, eu acreditei que ia morrer. Pensei que a dor era realmente muito forte. O homem chegou e falou “calma, calma, estamos chegando”, aí me levou até uma cidade vizinha. Me botou na cadeira [do carro] e eu lembro que estava mexendo muito, estava doendo muito enquanto a gente estava no carro. Ele falava “calma, calma, calma”, mas, enfim, meu corpo ainda estava se mexendo. Aí mais ou menos 15 minutos ainda de distância da cidade que tinha o hospital, uma cidade bem pequena. No caminho, me deram água para beber, e estava doendo muito. Enfim, a minha madrinha e a minha prima estavam comigo no carro enquanto a gente ia para o hospital. Me levaram lá para a outra cidade e a gente chegou no hospital. Aí na hora que me levantaram [saindo do carro] também senti muita dor, muita, muita, muita dor, e a comunicação não acontecia, né? Enfim, muita dificuldade de comunicação nesse processo lá no hospital [ela, sendo surda, não estava entendendo o processo e estava agitada por conta do acidente e gritando ao sentir dor]. Então me deram uma injeção, acho que foi uma anestesia para dor, para ver se eu ficava mais*

calma. Na verdade eu estava muito agitada, me deram essa injeção para eu ficar calma. E também eu não estava conseguindo conversar com ninguém. Aí eu dormi por algumas horas.

Sandra descreveu que, na cena do acidente, outras pessoas prestaram socorro. No entanto, como, na época, não era possível ligar para a emergência da estrada para socorro a um acidente, passantes a moveram, e os primeiros socorros não foram prestados antes do atendimento hospitalar. Pelo olhar da protagonista, soube que ela sentiu muita dor e confusão ao ser transportada por uma pessoa estranha sem entender ao certo para onde estavam indo e o que falavam. Mesmo sendo socorrida, Sandra se encontrava em uma situação de muita vulnerabilidade. A participante explica que, quando chegou ao hospital, as pessoas sabiam que ela era surda e estava acompanhada de familiares. Em seguida, descreve o que aconteceu:

Sandra: Eles sabiam que eu era surda, mas não se comunicavam comigo, estava todo mundo falando. E eu estava muito nervosa também, muito agitada. Então, para eu não ficar agitada, me deram essa injeção e eu apaguei. Quando eu acordei, eu ainda estava muito assustada, tava vomitando muito. Aí me levaram para outro lugar, para tirar raio-x. E foi horrível, horrível mesmo. O médico falava as coisas para tirar a foto, e eu tinha que ficar deitada numa mesa de pedra com várias placas, e doía muito, muito mesmo. Tiveram que mexer no meu corpo para botar no raio-x. Enfim, me colocaram lá. Sabe a mesa que tem a luz?

Diretora: *Sim, sei.*

Sandra: *Então, não é aquele que você tem que entrar embaixo, é um que você tem que colocar a placa por baixo da sua coluna [participante começa a explicar como era a sala do raio-x, descrevendo a sala simples e muito pequena, onde tinha uma mesa de pedra em que ela foi encaixada para fazer o exame, com placas na região da coluna, e um radiologista que falava comandos que ela não entendia]. Nesse processo de*

posicionar o meu corpo, doeu muito, muito mesmo. Lembrando que não tinha comunicação, ninguém estava realmente me explicando o que estava acontecendo [ela enfatiza que ficou sozinha na sala e ninguém traduziu para ela o que estava acontecendo]. Absolutamente nada. Zero comunicação.

Diretora: E ninguém explicou? Porque aparentemente você estava muito, muito nervosa. E como é que estavam fazendo para manejar isso?

Sandra: Não estavam. Eu ainda estava muito nervosa, realmente sem entender o que estava acontecendo. Enfim, depois daquela injeção que me deram, na hora do raio-x não me deram injeção. Tudo o que eles faziam quando eu ficava muito agitada não era me explicar, era me dar anestesia para eu ficar calma. [Solilóquio da diretora: Talvez não fosse anestesia, talvez fosse outro analgésico.] Continuando: estava com muita dor e eu gritava muito. Eu estava muito nervosa e também sentindo muita raiva. E ele fala só “calma, calma” e botava a placa, botava outra placa em vários lugares da minha coluna. Enfim, tivemos que fazer o procedimento quatro vezes.

Como um solilóquio, impressiono-me com a clareza das lembranças de Sandra dos momentos logo após o acidente. Parece-me que a falta de comunicação potencializava a confusão e o nervosismo, gerando muita raiva. Quem não sentiria raiva dessa situação ao não saber o que estavam fazendo com o seu corpo e ignorando os gritos de dor que ela sentia? Se ninguém estava se comunicando com ela, a sensação de ser ignorada provavelmente, tinha um peso muito grande. A participante explicou que vomitou muito após o procedimento, mas não estava claro se era por conta da medicação, da ansiedade, da dor ou do trauma.

Após o diagnóstico, ela explica que foi transferida de helicóptero para o Hospital de Base em Brasília. Lá chegando, viu que duas de suas irmãs estavam aguardando a sua chegada e choravam muito. Sandra conta que a comunicação estava péssima, e, embora uma irmã, que não sabia Libras, estivesse tentando passar as informações, nada ficava claro.

Como ela chegou ao hospital durante a madrugada, a cirurgia na coluna foi marcada para a manhã seguinte.

Sandra: A comunicação com a minha irmã estava muito básica, estava muito difícil. Aí me perguntavam como eu estava me sentindo para a cirurgia, e eu estava muito mal. Depois fizeram a cirurgia na minha coluna de manhã. Eu estava muito muito triste, muito confusa. Estava terrível pra mim, né? Estava acostumando com a ideia... Não queria viver. A sensação que eu tinha passando por tudo aquilo era que eu não queria viver, sabe? Eu estava muito triste, sofrendo muito, tudo era muito confuso, foi muito difícil. Aí as pessoas falavam “fica calma”. Mas não estava fácil. O médico avisou a minha família que eu não ia mais conseguir andar, que eu tinha lesionado a medula espinhal. Mas ele não me falou nada, ninguém me falou nada sobre isso. Eu estava com muito medo ainda, estava com muito medo do que ia acontecer também. Então minha família já sabia, mas ninguém me falou, todo mundo ficou quieto. Estavam só cuidando de mim na recuperação daquela cirurgia e eu não sabia de nada, né?

Ela descreve que, ao passar por tudo isso, a informação sobre o seu estado de saúde e o que acontecia com ela era passada para as suas acompanhantes ouvintes. Como resultado, todos sabiam o que estava acontecendo, menos a protagonista. Sandra continua a descrever o período pós-operatório, em que foi transferida para o Hospital de Apoio e começou a fazer fisioterapia para a reabilitação. Nesse hospital, havia outros profissionais de saúde, mas a comunicação continuava sem acontecer.

Sandra: Ah, então, não tinha nem psicólogo: eu me sentia triste. Comunicação era muito difícil, né? A comunicação era em português ou por papel, palavras mais ou menos trocadas, e era realmente horrível.

Diretora: Tinha intérprete?

Sandra: *Não, não tinha intérprete. Era 1995.*

Diretora: *É, realmente. Em 1995 não tinha nada de Libras. Nem a lei tinha sido aprovada.*

Sandra: *Pois é, realmente não tinha nada. Eu ficava muito nervosa, eu ficava triste, de vez em quando eu gritava... Era bem complicado pra mim, porque boa parte da minha recuperação eu não estava entendendo.*

Enquanto diretora, senti-me um pouco ingênua por ter sido lembrada que toda essa cena se passava há 25 anos. Em 1995, não havia nenhum direito reconhecido em relação à Libras, pouco se falava em interpretação profissional e o próprio SUS ainda estava se consolidando. Por outro lado, a cena e a experiência da protagonista se mostravam tão presentificadas que eu imagino se estaria sendo muito diferente nos dias de hoje em relação à comunicação do seu estado de saúde.

No Hospital de Apoio, enquanto começava a reabilitação, Sandra experimentou momentos muito difíceis ao começar a assimilar afetivamente o que acontecia, sua nova realidade, ao mesmo tempo que não se comunicava com ninguém e nem podia dividir o que estava sentindo.

Sandra: *Então, de vez em quando me davam remédio para eu ficar calma ou aplicavam mais analgésico, ou quando eu parecia estar nervosa, muito muito muito nervosa, aí me davam alguma coisa. Mas a verdade é que eu não queria mais viver. Então era complicado. A minha irmã só falava “calma, calma”. Mas eu estava muito preocupada, e todo mundo estava preocupado porque eu era surda e não tinha interpretação. As pessoas vinham falar comigo às vezes para me deixar um pouco mais alegre. Minha irmã estava muito preocupada: às vezes ela chamava alguém para ajudar, para me visitar no hospital enquanto eu estava lá. Mas, por ser surda, eu fingia que estava alegre, fingia que estava feliz, brincava, conversava um pouquinho,*

mas dentro, dentro mesmo, eu estava muito triste. Eu estava sofrendo muito. A cara que eu mostrava era fingida. Eu fingia que estava bem, que estava lidando numa boa, mas por dentro eu estava acabada, me sentia péssima.

Diretora: *Por que você fingia que estava feliz?*

Sandra: *Porque, se eu mostrasse que estava feliz, as pessoas ficavam felizes. Dentro eu não tinha como falar. Eu não tinha como conversar sobre o que eu estava sentindo, então eu não sabia nem como fazer isso, eu não sabia como falar o que estava realmente acontecendo comigo. E também não tinha ninguém para me entender, então era muito difícil. A gente não tinha esse tempo. Então eu mostrava como se estivesse levando tudo numa boa, mas dentro eu estava acabada. Eu estava péssima, um aperto muito grande no peito, e eu não podia mostrar, então eu fingia, eu escondia.*

Diretora: *Entendi [Consignando para ela voltar para a cena].*

Sandra: *Então, lá no hospital, eu fui me desenvolvendo, me recuperando... Mas eu não queria viver. Não queria mesmo. Eu tinha perdido, completamente, a vontade de viver. Queria tomar um remédio para morrer. Era muito difícil a comunicação também, eu não conseguia falar sobre isso com ninguém. Tinha uma psicóloga lá e a gente tentou conversar, mas ela só falava “calma, calma”, mostrava um papel pra mim, palavras no papel né, em português... Umhas palavras que não faziam sentido nenhum. Falava só “calma”, mas a gente não estava se entendendo. Parecia que tinha uma limitação, parecia que estava fechado e eu não podia ir além... Enfim, eu não conseguia entender claramente o que estava acontecendo. Eu tinha a impressão que não sabia de tudo, meio esquisito mesmo. Então eu tinha raiva, eu todo dia sentia raiva. Nas refeições, chegava a enfermeira, queria interagir ou cuidar, às vezes levava bolo, mas eu não queria. Sentia raiva, muita raiva. E às vezes a única forma*

que eu tinha para me comunicar pra ser percebida ali era se eu gritasse, se eu falasse alto. Porque se eu não falasse alto, era como se eu nem estivesse ali.

Essa impossibilidade de dividir a sua angústia e de ter um interlocutor para se comunicar, elaborar a situação traumática e até mesmo esclarecer a sua situação de saúde com informações concretas estava levando a protagonista a experimentar dores imensuráveis. Além disso, essa situação de tamanha vulnerabilidade e invisibilidade aconteceu, principalmente, por conta da barreira linguística em todas as relações de cuidado. Ao não se referirem à protagonista enquanto uma pessoa capaz de compreender e se comunicar, todos estavam negando a própria presença de uma pessoa em sofrimento. Senti que a barreira de comunicação potencializou o sofrimento da protagonista.

A impossibilidade de se comunicar tornava ainda mais difícil a elaboração da realidade sobre não poder voltar a caminhar. Informações insuficientes, mistérios e sorrisos amarelos diante das suas perguntas faziam com que a situação ficasse nebulosa e de difícil aceitação.

Sandra: Na verdade todo mundo sabia que eu não ia voltar a andar, menos eu.

Ninguém me explicava claramente o que estava acontecendo. Às vezes o médico desenhava uma coluna com a letra X e fazia gestos só: “Voltar a andar não!”. Aí eu perguntava: “Mas tem algum remédio, alguma injeção, alguma cirurgia que possa fazer na minha coluna para voltar a andar? Porque eu quero, eu quero muito voltar a andar.” E pra mim aquilo poderia ser possível, mas... Era bem diferente, eu não sabia o que realmente estava acontecendo. Isso pra mim era muito limitado, não tinha um porquê, o que realmente tinha acontecido, então tudo que me restava era raiva mesmo. Eu tinha medo e estava tudo muito guardado dentro de mim, eu não tinha como falar sobre isso. Eu sentia muita raiva e parecia que eu era agressiva: eu

falava, falava com mais ênfase e as pessoas não explicavam o que realmente tinha acontecido.

Nessa fala, a protagonista destaca que a comunicação do profissional de saúde com o paciente deve ser clara e pedagógica. Além da barreira linguística, foi ignorada a informação de que Sandra tinha sofrido uma lesão medular e, ainda, que, quando a medula espinhal sofre uma lesão permanente, não tem como reaver a movimentação a partir daquele ponto. A informação de que existe um sistema nervoso, complexo, na parte interna da coluna não é óbvia e precisa ser devidamente comunicada ao leigo. Falando a grosso modo, é importante evidenciar que existem grandes diferenças entre uma lesão medular na região da coluna e uma perna quebrada, mas isso não é óbvio ao senso comum. A raiva não era apenas por precisar assimilar a informação de que não poderia voltar a caminhar, mas por não terem esclarecido suas perguntas de forma clara e suficiente, dificultando, inclusive, o processo de adesão ao tratamento.

Diretora: E como é que você se sentiu quando viu a cadeira de rodas?

Sandra: Lá dentro do hospital eu via as pessoas de cadeira de rodas. Bem triste na verdade. Pessoas ficavam tristes, com a cara abatida, e eu ficava olhando, né? Mas eu não percebia, eu não me via naquela situação ainda. Eu só via as pessoas na cadeira de rodas, não associava isso à minha situação. Eu vi também aquelas pessoas que são tetraplégicas, que perderam os movimentos do pescoço para baixo... Elas poderiam estar sentindo várias coisas, mas não mostravam. Me falavam para agradecer por eu não ter perdido os movimentos do pescoço para baixo, mas eu não entendia isso. Eu não entendia porque eu teria que agradecer por alguma coisa, já que para mim não estava claro que eu tinha perdido o movimento das pernas. Mas isso foi acontecendo durante todo o meu processo de recuperação das cirurgias. Aí a minha irmã me mostrava a cadeira de rodas, tipo “Olha, olha!”. Aí eu: “Eu não, não

quero ficar sentada numa cadeira de rodas. Eu quero voltar a andar!”. Não quero, rejeitei mesmo a ideia da cadeira de rodas naquela época. E era muito difícil. Ai as pessoas ficavam sempre quietas: todo mundo com cuidado, ninguém falava nada, todo mundo ficava com um sorriso sem graça, mas pra mim tudo era muito sério.

A protagonista começa a descrever o processo de reabilitação e fisioterapia que era feita no Hospital de Apoio e também no Hospital Sarah Kubitschek, conhecido como Rede SARAH de reabilitação. Ela descreve o início da reabilitação com os exercícios da fisioterapia, que fazia sem interpretação suficiente. Sandra aponta que, por vezes, ficou tonta ao se erguer com os braços entre as barras, e foi compreendendo a sensação de não ter sensibilidade da cintura para baixo. Aos poucos aprendeu que conseguia sentir uma pressão se alguém tocasse na sua perna, mas não sente dor, frio ou calor na região. Um longo processo de assimilação do diagnóstico e de aprendizados foi percorrido sem interlocução.

A partir disso, foram muitos anos de reabilitação, fisioterapia, procedimentos e internações que somam incontáveis experiências dentro do sistema de saúde. A protagonista explicou que, ao todo, foram realizadas quatro cirurgias na região da coluna ao longo dos anos, acompanhadas integralmente pelo SUS, em hospitais de referência do DF ou na Rede SARAH. Também, durante alguns anos, Sandra precisou voltar para a casa dos pais no interior do país, continuando a ser assistida por lá até retornar para Brasília. Durante a entrevista, foi possível identificar alguns temas marcantes destacados por cenas trazidas pela protagonista na etapa da dramatização, que traziam desdobramentos e consequências geradas pela barreira de comunicação.

6.4.1 Relações de dependência e apagamento

Sandra continuou a descrever o processo de reabilitação durante as sessões de fisioterapia. Ela coloca que, na maioria das vezes, não sabia o objetivo dos exercícios, e as interpretações eram feitas pela irmã que a acompanhava. Durante essas sessões, observava

que as conversas entre os profissionais de saúde e a sua acompanhante costumavam ser bem mais longas e aparentemente detalhadas, destoando das interpretações resumidas e simplificadas que recebia pela interpretação familiar.

A protagonista narra que, após alguns meses do acidente, não sentia ter autonomia sobre a própria vida e o seu estado de saúde, não se sentindo acolhida em relação ao seu estado psicológico e às consequências do acidente para além da reabilitação.

Sandra: Então, depois que aconteceu o acidente, eu só ficava dentro de casa e minha família me ajudava, mas não tinha tempo para mais nada. Ai eu ficava calada, calada mesmo, porque pra mim era como se eu fosse um problema e não tinha mais autonomia sobre a minha vida. Era só o que eles queriam que eu fizesse. Então minha família falou para eu voltar para a minha cidade, ir lá pra casa dos meus pais. Nossa, eu fiquei muito triste, eu não gostava de ficar lá. Assim, minha mãe era boa pra mim, mas eu não queria, sabe? Então, eu voltei pra casa dos meus pais. Eu não estava feliz com a minha vida. Eu não entendi o porquê que eu tinha que ficar lá no interior e não podia mais estar mais em Brasília. Eu pedia muito para voltar para Brasília, porque eu queria voltar para a casa da minha irmã, mas eles não deixavam. Também ninguém me explicava, eu só obedeci. As pessoas decidiam sobre a minha vida e eu só obedecia.

A questão expressada pela protagonista parece ir além das possíveis justificativas que não foram dadas a ela sobre onde ela moraria dali em diante. Durante essa cena, Sandra se expressa com total impotência diante das decisões tomadas por outras pessoas, que não consideravam o seu desejo e a sua necessidade de reconhecimento e validação daquilo que era sentido.

Após alguns anos na sua cidade natal, a protagonista traz uma cena em que experienciou uma situação de silenciamento. Ela conta que, alguns anos depois do acidente,

tinha uma consulta marcada na unidade da Rede SARAH daquele estado, em uma cidade perto da capital. Não podendo viajar sozinha, foi acompanhada de uma parente mais jovem, que sabia um pouco de Libras (melhor que outros da família) e ajudaria na interpretação.

Sandra: Chegamos lá e a minha parente interpretou bem básico, mas já estou acostumada com essa dependência. Enfim, bem simples. Me explicou que ia ser uma injeção, que eu ia dormir e acordar mais ou menos umas cinco horas depois. E aí eu faria fisioterapia. Aí ela foi lá junto comigo e ficou lá dentro. A partir daí, piorou muito. Muito, muito. Ficou muito complicado. Vou te explicar o que aconteceu. A gente foi lá junto. Eu já tava morrendo de sono, né? Morrendo de sono. Aí, tava lá no hospital. Aí, tinha uma sala e tinha um acompanhante junto de cada uma das pessoas que estavam lá. Eu pedi para a minha acompanhante ficar lá junto comigo enquanto eu tava fazendo fisioterapia. Aí, quando falaram pra ela entrar, ela disse: “Não. Eu não sei Libras.” Aí, eu falei: “Sabe, sim.” Aí a enfermeira falou: “Seria bom a acompanhante ajudar a interpretar.” Aí, a minha acompanhante falou: “Não, eu não sei Libras. Não sei interpretar.” Aí eu: “Ué? Mas antes você sabia.”, “Não, não. Não sei Libras, não.” [A expressão da protagonista, ao transitar pelos personagens, transmitia muita surpresa e tristeza diante do comportamento da sua acompanhante, e emenda a seguir com o solilóquio] Parecia que ela estava fingendo na frente da profissional de saúde, e a enfermeira acreditou que ela não sabia Libras. Acreditou nela, ao invés de acreditar em mim. Eu: “Ah! Então tá, né?” Fiquei lá. Sozinha. Sem entender e sem interpretação.

Diretora: Nossa! [Demonstro surpresa com a situação.]

Sandra: Sim! E o difícil foi que a enfermeira acreditou nela. E não acreditou em mim.

Diretora: Nossa, eu estou impressionada.

Sandra: *Mas é que é muito complicado, né? Como é que eu vou falar? Não tem como. O que a outra pessoa fala é a verdade. Não eu. Porque a enfermeira também não me entende. Enfim, não dá nem pra acreditar, né? Mas aí eu fiquei muito triste, muito triste mesmo. Então tá bom, né?*

A participante faz um solilóquio muito emocionado sobre a injustiça e a invisibilidade causada pela falta de comunicação. Ela descreve o sentimento de ter muita coisa presa na garganta que não tem como ser falado, pois não havia ninguém para entender. E sentiu raiva, muita raiva. No entanto, o tempo passou. Outra cena aconteceu na manhã seguinte:

Sandra: *No dia seguinte, a enfermeira chegou lá e foi junto comigo no banheiro. Para eu aprender a fazer a higienização íntima toda vez que eu vou ao banheiro. Aprender a me limpar. E ela iria me acompanhar pra me orientar. Porque é um pouco perigoso se não souber fazer certo. Aí eu: “Não, tudo bem. Eu vou junto com você.” Ela ia só me acompanhar pra ter certeza que tava tudo bem e que eu estava fazendo direitinho. Aí tinham duas enfermeiras. E a minha acompanhante do meu lado, vendo. Uma enfermeira explicou pra mim como era para lavar e que precisava limpar direitinho. Aí eu: “Ok.” Aí eu passei o sabão. Aí a enfermeira falou: “Tá errado.” Eu: “Ah! Tudo bem.” Aí, limpei direitinho, um pouco nervosa pela situação. Aí a enfermeira falou: “Calma, calma, calma. Você vai aprender.” Aí eu: “Ok.” Em seguida, a enfermeira me ensinou direitinho: “Olha, como você tem que limpar a região íntima, é desta forma.” Aí falou com a minha acompanhante. Lembro que estavam três pessoas lá. Então as enfermeiras saíram e foram fazer outra coisa e minha acompanhante falou: “Você é burra? Como assim você não consegue?” [Fazendo o sinal de burra] “Você não sabe nem se limpar! Como é que você não consegue nem se limpar?” E eu olhei aquilo... Nossa! Eu me senti péssima! Ficou tudo preso aqui, sabe? [leva a mão na região da garganta]. Eu me senti horrível. Eu me senti muito*

mal. [A expressão da protagonista, nesse momento, era de muita raiva e tristeza.

Quando transita para o papel da acompanhante, a expressão é de muita agressividade no rosto da personagem.]

Diretora: *Como é? Ela fez o sinal de “burra” [em Libras] pra você?*

Sandra: *Sim, ela fez pra mim o sinal de “burra” [e acrescenta] “Porque você não sabe nem se limpar.” E as enfermeiras não viram. Elas tinham saído pra fazer outra coisa. Só tava eu e a minha acompanhante no banheiro na hora. Enfim, ninguém viu. Quando ela falou isso pra mim... Nossa! Eu olhei aquilo e me senti péssima. Eu queria falar um monte de coisa, mas não tinha o que falar. Estava tudo preso aqui na minha garganta. E essa sensação foi horrível, horrível mesmo. Ai depois as enfermeiras voltaram. E eu estava chorando muito, muito, muito, muito mesmo. Péssima. Elas falaram: “O que aconteceu?” Elas queriam ajudar e eu estava chorando muito. E a minha acompanhante calada. Não fez nada. Não falou nada. Elas perguntaram pra minha acompanhante: “O que aconteceu? Por que ela está chorando? Por que ela está desse jeito?” Ai ela respondeu: “Não sei. Não faço ideia do que aconteceu.” Claro que ela não falou, né? Ela deve ter falado outra coisa. Ou... Não sei o que ela inventou. Fingiu que não tinha sido culpa dela. Ninguém viu o que aconteceu. E ficou lá, com carinha de anjo, enquanto eu tava me sentindo péssima e não podia nem fazer nada em relação àquela injustiça.*

Diretora: *E você não podia nem explicar o que tava acontecendo. Não tinha como. O problema era de comunicação ali.*

Sandra: *Exatamente. Aconteceu tudo errado. Ai a minha acompanhante ficou lá, com cara de anjo, e de “Eu não fiz nada” enquanto eu não conseguia falar nada. Depois, a enfermeira me acompanhou, falou: “Calma, é só limpar direitinho.” Enfim... Mas depois que ela me chamou de burra... Nossa! Eu fiquei péssima. Chorei muito, muito*

mesmo. Depois eu a chamei pra conversar e falei: “Olha, você não entende como é que é. Não é que eu não sei me limpar. É porque a gente precisa aprender direitinho a fazer a higiene da região íntima. Fico muito tempo sentada. Eu uso outro tipo de banheiro. Mas precisa realmente APRENDER a se limpar.” E a gente conversou em Libras. Ela: “Como é que você não sabe fazer isso? Já tem mais de um ano que você está assim!” Nossa, mas eu me senti péssima. Péssima mesmo. Eu respirei fundo e disse: “Olha, se você quiser, você pode voltar pra sua casa.” E ela: “Não. Eu fico aqui com você.” Enfim, a gente não conseguiu se resolver. [Solilóquio] Foi muito difícil. Muito difícil pra mim. Eu tinha a impressão de que estava tudo errado. E eu sabia que ela não tinha contado a história certa. E a enfermeira tinha acreditado nela. E eu não podia falar o que realmente tinha acontecido. Foi horrível. E o pior, mesmo, é que mesmo se eu tentasse falar, ninguém acreditaria em mim.

Diretora: É difícil. Porque o problema de comunicação era exatamente com você e todos os outros profissionais de saúde. Não tem como só gritar já que, de qualquer jeito, ninguém vai acreditar em você.

Sandra: Sim. Ninguém acreditou em mim. Todo mundo acreditou na minha sobrinha. Foi muito difícil. Eu sofri muito. E fiquei com tudo isso guardado dentro de mim, sabe? E ficou fingindo... E ela teve uma postura completamente arrogante, sabe? Me deixou lá. E a enfermeira nem entendeu o que tinha acontecido. Foi a mesma coisa na fisioterapia [Na cena anterior em que a protagonista lidou pela primeira vez com a mentira da acompanhante]. Eu estava lá e fiquei sozinha, fazendo tudo sem interpretação... Quando eu pedi pra chamar a minha acompanhante... Nada. Ela disse que não sabe Libras. Ela finge que não sabe Libras pras outras pessoas. E as outras pessoas acreditam nela. Ela me desrespeita no banheiro, finge que não sabe o que aconteceu e as pessoas acreditam nela. E eu me senti completamente sem voz.

Foi muito difícil. Aí ficou parecendo que ela estava super certa. Mas não estava. Eu estava me sentindo péssima. Eu guardei tudo. Por dentro eu fiquei destruída. Fiquei muito triste. Fico olhando e pensando: “como é que isso acontece?” É horrível. Eu sofri muito com essa acompanhante, quando ela tinha que interpretar pra mim. E com essa dificuldade de comunicação, pois nenhuma outra pessoa acredita em mim se houver uma situação de injustiça. E eu explico, mas ninguém realmente acredita.

Faço aqui um solilóquio de que não consegui pontuar muito enquanto diretora no decorrer dessa cena. Cheguei a sentir o engasgo na garganta que a protagonista relatou ao ser silenciada por uma mentira sobre a qual era incapaz de se pronunciar. Não foi fácil estar com ela durante a dramatização dessa situação, mas foi importante compartilhar e demonstrar que eu acreditava nela. É difícil pensar que essa situação poderia ter sido diferente se houvesse algum profissional de saúde que conseguisse entender o que aconteceu ao menos para que ela pudesse ter sido acolhida e acreditada.

6.4.2 A comunicação com os profissionais de saúde

Sandra retrata ter passado por todo o processo de hospitalização e reabilitação sem conseguir se comunicar diretamente com os profissionais de saúde que cuidaram dela nos mais diversos ambientes. Sobre a barreira linguística, dramatizamos outras cenas, que aconteceram, ao longo dos anos de reabilitação, quando ela retornou à Brasília. Ela começa a descrever uma situação ocorrida após a fisioterapia:

Sandra: Então, lembra lá do SARAH? Eu tinha muita dificuldade na comunicação e na fisioterapia também. Então pouco tempo atrás eu fui lá de novo e tinha um médico lá que eu não conhecia. Ele veio até mim e sinalizou em Libras: “Oi! Tudo bem?”

[Nesse momento a participante retorna ao seu personagem com o rosto iluminado e narra o seu pensamento com um sorriso.] *E eu pensei: “Nossa ele sabe Libras!!*

Finalmente alguém sabe Libras!” E eu comecei a responder super empolgada, mas

logo eu percebi a cara de confuso dele, que só sabia falar “oi, tudo bem” [a protagonista expressa sua decepção].

Diretora: *Só sabia falar “oi”?*

Sandra: *Só sabia falar “oi” [participante faz uma cara de incrédula, um pouco irônica]. Eu pensei “finalmente!”, eu estava muito feliz, mas minha felicidade durou muito pouco.*

Diretora: *E o que aconteceu depois?*

Sandra: *Aí, quando eu respondi “oi! Tudo bem? Bom dia!”, eu percebi, ele fez uma cara assustada e explicou português para a minha irmã: “eu só sei falar oi... eu tenho um sobrinho que é surdo, criança.” E eu pensei: “Ah! que droga!” [a protagonista expressa um sorriso amarelo e demonstra bastante insatisfação com essa cena].*

Diretora: *E como é que você se sentiu?*

Sandra: *Então, primeiro eu fiquei super feliz, eu imaginei que finalmente eu ia ter comunicação com algum profissional de saúde, algum médico que sabia, eu fiquei muito feliz e muito animada, mas depois eu me senti enganada, super enganada, ele só sabia falar “oi”.*

Durante essa cena, penso sobre como poderia ter sido importante se o profissional de saúde realmente soubesse a língua da protagonista. Alguém que passou anos dentro do sistema de saúde sem conseguir se comunicar diretamente com nenhum profissional, tendo lidado sozinha com a dedução do seu diagnóstico e os processos de reabilitação, poderia ter se beneficiado muito da oportunidade de conversar claramente sobre o seu quadro, ou de expor as suas dúvidas sobre o tratamento. Assim, é compreensível a decepção dela quando percebeu que não teria essa oportunidade. É certo que não se espera que todos os

profissionais de saúde conheçam e sejam fluentes em Libras, mas fica a reflexão sobre a importância que essa experiência poderia ter naquele contexto.

A protagonista, diversas vezes, se sentiu invisibilizada em seu próprio processo dentro do sistema de saúde, em incontáveis situações em que os profissionais não se comunicavam diretamente com ela, mas sim com a acompanhante em português. Uma das cenas trazidas, ao contrário, mostra uma experiência de quando uma profissional de saúde conseguiu estabelecer, através de gestos e desenho, um canal de comunicação direta com a protagonista. Ela começa a narrar o contexto para que eu entendesse:

Sandra: Então, essa cena foi lá no SARAH. Naquela época, lembro que eu tinha muita vontade de voltar a estudar. E a minha família não queria me deixar voltar a estudar. Era como se eu não tivesse tempo pra isso. Aí eu voltei aqui pra Brasília, dentro da casa da minha irmã, mais ou menos, dois, três anos atrás. Fiquei mais ou menos dois, três anos em casa parada.

Diretora: Entendo. Então você ficou um tempo em casa depois que você voltou pra Brasília, sem fazer nada.

Sandra: Sim. Aí eu ia lá no SARAH e conversava de vez em quando com uma psicóloga, mas era muito básico o atendimento. Era muito difícil, né? Tinham três ou quatro psicólogas, mas conversar era complicado. Em um desses atendimentos ela falou: “Oi, você está bem?” Eu escrevi no papel: “Ah... Mais ou menos.” E coloquei: “Até queria voltar a estudar, mas eu não tenho tempo.” Ela: “Como assim? Você não voltou estudar?”, “Não. Só fico em casa, parada, sem fazer nada agora.” Ela: “Como assim? Você não terminou os estudos?” Eu: “É, eu não terminei.” Quando eu estava em casa, era como se eu não tivesse tempo. Eu não tinha ninguém pra me acompanhar além de ir no hospital. E a psicóloga que se comunicava comigo através do papel chamou a minha irmã e mostrou o papel pra ela. Aí a minha irmã

viu aquilo e foi comigo pra um lugar cheio de cadeiras. Um monte de gente reunida em roda. E perguntou pra todo mundo: “Então, ela quer voltar a escrever, a estudar?” Aí a psicóloga confrontou a minha irmã: “Você sabe, né, que ela pode. Ela não precisa ficar parada em casa. Ela tem que ir. Tem que estudar, se desenvolver, aprender as coisas.” Aí a minha irmã ficou quieta: “Onde que tem escola pra ela?” E começou a pesquisar; ligou pra um monte de gente. Me perguntou se eu queria voltar a estudar, né? Aí eu falei: “Sim. Quero voltar estudar.”

Ela continua falando que, após essa conversa, voltou a estudar na EJA, dessa vez em uma escola pública que contava com a presença de intérpretes e de outros colegas surdos, com quem podia socializar diariamente. Ela relata ter sido uma época muito feliz em que conseguiu concluir o ensino médio. Nesse exemplo, a profissional de saúde atuou como uma aliada para trazer o desejo da protagonista como uma questão válida e possível de ser realizada. Ainda que não tenha sido através da Libras, a profissional se dispôs a estabelecer visualmente a comunicação com a paciente surda. Isso aconteceu com o estabelecimento de um canal de comunicação direto, sem mediação de uma terceira pessoa da família.

6.4.3 Falta de autonomia no acesso ao serviço de saúde

A protagonista, em diversas cenas, trouxe situações marcadas pela falta de autonomia no acesso ao sistema de saúde, tanto por conta da mobilidade quanto da barreira de comunicação. Essa barreira, que a impede de obter informações diretamente com os profissionais de saúde, gera situações que comprometem a sua autonomia e fortalecem relações de dependências que não chegam mais a serem questionadas por conta do hábito da interpretação familiar. A protagonista trouxe uma cena que expõe, de uma forma clara, a sua vulnerabilidade.

Sandra: Aconteceu uma vez, que eu sinto até vergonha de falar; que eu fui na ginecologista. Fui fazer o exame preventivo e eu tinha muitas dúvidas em relação a

como eu estava né, a minha saúde e tal. Mas, quando eu cheguei lá, começamos a fazer o exame com a minha irmã interpretando de um jeito simples pra mim. E tinha um monte de coisas que eu queria perguntar, mas eu não conseguia falar nada. Eu estava morrendo de vergonha, só consegui ficar calada mesmo. E a médica falou que, se eu tivesse alguma dúvida sobre o procedimento, ou em relação à minha saúde, eu podia perguntar para ela. Mas eu fiquei tão sem graça, muito sem graça. Mas eu não queria falar pra minha irmã para depois ela interpretar para a médica, e depois a médica responder e ela interpretar pra mim daquele jeito simples. Não falei nada e fui embora sem saber, fiz o exame e fui embora sem saber [sobre a própria saúde].

Diretora: Você sentiu vergonha porque sempre tem que uma pessoa junto, ou um intérprete ou uma pessoa da família, né?

Sandra: Sim, exatamente. E eu percebo que falta uma questão de sensibilidade. E é muito complicado para mim estar nessa situação. Eu mesma não teria problema nenhum de ir no médico, no ginecologista, sentar de frente, perguntar e falar todas as minhas dúvidas, direitinho e ter toda a explicação detalhada sobre isso. Mas essa dependência toda é muito difícil, eu não consigo falar.

6.4.4 Acessibilidade em uma sociedade inacessível

Durante a entrevista, percebi que havia múltiplas questões se sobrepondo em relação à falta de acessibilidade, tanto pela barreira linguística quanto pela falta de acessibilidade física na vida de uma pessoa que se locomove sobre a cadeira de rodas. Como a protagonista nasceu surda e passou pela experiência de se tornar uma pessoa com deficiência física, decido abordar a questão, após falarmos da sua sensação de dependência e do desejo de ser uma pessoa independente.

Diretora: Antes do acidente de carro acontecer, você acha que você tinha mais liberdade? Você era um pouco mais independente? Ou não?

Sandra: *Na verdade não. Eu não acho. Esse problema da comunicação, ele aconteceu a minha vida toda. E até hoje tem. Sempre foi assim. Essa dependência toda, sempre de outra pessoa, dentro do sistema de saúde para traduzir as coisas pra mim. Sempre tive que ir acompanhada de alguém. O que acontecia antes do acidente de carro é que eu não tinha tantas dúvidas em relação à minha saúde, né? Eu não ficava preocupada com esse tipo de coisa. Mas isso se tornou mais frequente.*

Diretora: *Entendo. É possível perguntar se você se sente mais falta de acessibilidade por conta da comunicação ou por conta da mobilidade?*

Sandra: *Na verdade, eu não sei se tem, realmente, como decidir o que é mais difícil, sabe? Porque... Agora eu tô pensando. A questão da surdez junto com a cadeira de rodas é bem difícil. Olha, por quê? A questão da cadeira de rodas é bem difícil por conta da rua. Não tem acessibilidade. É muito perigoso pra gente. Então eu sempre dependo do táxi pra levar em vários lugares. Aquele táxi conhecido mesmo. [Ela se refere ao motorista que a trouxe para a entrevista. Eu continuo a indicação para entrarmos em uma cena sobre ser surda e se locomover através da cadeira de rodas.]*

Sandra: *Então tem essa questão da rua, que limita a minha mobilidade.*

Principalmente, não tem acessibilidade para cadeira de rodas. Tem um monte de rampa e rua perigosa. Não tem como eu ir sozinha. E aí, mesmo se eu conseguir ir sozinha, como é que eu faço com a questão da comunicação, né? As pessoas não me entendem. É muito difícil até para pedir ajuda. Não dá. Aí as pessoas querem falar comigo e eu já fico: “Não, não. Não fala comigo, não.” E as pessoas se perguntam: “Por quê? Por quê?” Mas, assim, as pessoas não sabem que eu sou surda. Elas não sabem quem eu sou. Então, por exemplo, tem vários prédios, né? E o ônibus passa perto de todos esses prédios. Aí tem um ponto de ônibus cheio de gente. Se alguém falar comigo, eu não entendo. Eu não sou oralizada. E aí a pessoa não entende, né?

“Como assim, é surda? Surda, muda?” Enfim, as pessoas pensam que surdo é mudo [expressão de cansaço e raiva sobre a antiga frase capacitista]. Ainda tem isso, né? Essa mentalidade. As pessoas ainda pensam isso. É um absurdo. Como é que faz pra falar se as pessoas não me entendem?

Diretora: Tem pessoas que querem conversar ou cumprimentar, mas não veem que você é surda, só a cadeira de rodas.

Sandra: Exatamente. Se eu tô andando na rua e alguém me cumprimenta, quer falar comigo, eu só continuo andando. Não tenho como responder, né? E eu penso: “Quer saber? As pessoas não me conhecem.” Então realmente é muito complicado. Enfim, ser cadeirante, ser surda... Sentir várias barreiras por conta da falta de acessibilidade. A falta de comunicação. Enfim, é bem difícil. A acessibilidade de forma geral.

Adentramos na etapa do compartilhamento após a cena anterior. É importante destacar que foram dramatizadas outras cenas além das que foram analisadas nesse processamento, das quais decorreram explicações detalhadas de experiências vivenciadas ao longo de 20 anos desde o acidente de Sandra. Na etapa do compartilhamento, o meu papel de diretora dá lugar ao meu papel enquanto pessoa surda, que se emocionou junto com a protagonista durante mais de uma hora de entrevista. Nessa etapa podemos pensar juntas em como foi revisitar esses momentos e o que se sentiu, trazendo para o nosso contexto.

Chegando à etapa final da entrevista, percebi que aquele momento estava sendo uma experiência de catarse para a protagonista. Assim como eu me surpreendi com a clareza de detalhes das cenas trazidas desde o acidente, Sandra estava vivendo uma situação inédita em que era possível elaborar, na sua língua e de forma clara, uma longa jornada dentro do sistema de saúde.

Esse encontro também foi importante para conversarmos sobre a necessidade de participação social e de trabalho em conjunto para exigir respeito e cobrar acessibilidade em uma sociedade que exclui quem é diferente. Colo aqui um solilóquio feito por mim no momento do compartilhamento.

Diretora: Como é que no futuro a gente pode trabalhar pra melhorar esse tipo de situação? Por exemplo, precisa da comunidade surda e das pessoas com deficiência. Todas as deficiências. Que as pessoas se unam e se levantem pela causa também, os surdos, os cadeirantes, os cegos, enfim, todo mundo. Porque todo mundo tem direito à acessibilidade. E tudo o que você tá falando me mostra que existem várias barreiras de acesso. E não está certo as pessoas não terem acesso ao direito delas em todos os lugares. Precisa de intérprete, elevador, todas essas coisas. Porque, por exemplo, o direito à saúde das pessoas está na lei, no Estatuto da Pessoa com Deficiência. E todas as leis que garantem que as pessoas com deficiência e os surdos tenham acesso à saúde. Mas, o que acontece? É o que você tá me falando. É tudo o que a gente conversou aqui hoje. Não tem. E aí a gente entra numa questão que é a falta de respeito pelo cidadão mesmo. Enfim, não tem intérprete. E todos esses sentimentos que você me falou, toda a sua história que é muito importante, como é que fica? Tem vários problemas que são derivados da falta de acessibilidade. Ou até, por exemplo, quando você quer falar sobre isso e precisa falar sobre tudo que você está sentindo, não tem como. Então é muito difícil. Por isso, muitas vezes as pessoas ficam caladas. E guardam tudo. E é muito difícil. Porque acaba acontecendo de novo, e de novo.

Sobre isso, a protagonista ressalta que o respeito ao cidadão é muito importante e que somos pessoas, independente de qualquer outra diferença. Sobre a necessidade de cobrar acessibilidade ou de pensar em soluções, para além do que já existe, Sandra explica que teve a ideia de um aplicativo que conecte os surdos e intérpretes em uma plataforma digital em

que as pessoas possam agendar pela internet a interpretação *on-line* ou presencial para algum serviço, ainda que particular. Isso poderia servir para o usuário surdo ou até para profissionais que se encontrem em situação de precisar se comunicar com um cliente surdo.

A protagonista reforça que sabe que existe a legislação que prevê acessibilidade para todos, mas que na prática isso não acontece a menos que tenha cobrança social e mudança no pensamento das pessoas. Imagino que, ao falarmos tanto da necessidade de autonomia em uma sociedade que incentiva relações de dependência, a ideia do aplicativo tenha surgido como uma forma de não esperar uma mudança lenta.

A história de Sandra reflete uma experiência de tratamento que foi integralmente assistida pelo SUS desde o momento do acidente. Um sistema de saúde que começava a engatinhar nos anos 1990 providenciou o transporte de helicóptero da paciente para o Hospital de Base, assegurou a sua recuperação no Hospital de Apoio e a reabilitação acompanhada pela Rede SARAH ao longo de muitos anos. Por outro lado, pudemos refletir sobre cada etapa desse cuidado em que a paciente se sentiu não acolhida e até mesmo invisibilizada, por conta da barreira linguística, que impediu que ela tivesse autonomia e fosse protagonista em seu tratamento. Assim, fica a reflexão sobre a importância de garantir equidade no acesso ao serviço de saúde, priorizando também a necessidade de comunicação com o paciente surdo na sua língua.

7 Compartilhando caminhos

“Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face

E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos

e colocá-los-ei no lugar dos meus;

E arrancarei meus olhos

Para colocá-los no lugar dos teus;

Então ver-te-ei com teus olhos

E tu me verás com os meus”.

(Moreno, 1975, p. 9)

O poema de Moreno (1975), publicado originalmente em 1914, nos convida ao encontro. Para a socionomia, adentrar no contexto dramático é uma oportunidade única de viver esse encontro com o outro, experienciando a ação através de seus olhos e reconhecendo-nos uns nos outros. Esse trabalho teve como objetivo conhecer a experiência de pessoas surdas no acesso aos serviços de saúde. Por meio do encontro, entramos em contato com a vivência de cada participante, acessando experiências vividas no contexto do sistema de saúde através dos olhos de protagonistas surdos. O presente capítulo é um convite à reflexão e à retomada das questões iniciais, colocando em evidência aspectos comuns das experiências.

A comunicação é retratada como a principal dificuldade no acesso à saúde nas experiências das pessoas entrevistadas. Também em outros trabalhos de pesquisadores que buscaram acessar o tema a partir da experiência de pessoas surdas, a barreira comunicacional entre profissionais ouvintes e pacientes surdos foi apresentada como um problema primário do qual derivam outros aspectos secundários que geram múltiplas situações que podem resultar na limitação do acesso e no cerceamento de direitos (Behrens, 2019; Bentes, Vidal & Maia, 2011; Cardoso & Rocha, 2018; Ianni & Pereira, 2009; Santos, 2017; Souza et al., 2017).

Dessa maneira, podemos dizer que a barreira linguística se relaciona com todas as subsequentes do estudo que serão apresentadas como aspectos relevantes da experiência do usuário surdo no acesso aos serviços de saúde.

7.1 A comunicação dos profissionais de saúde com o paciente

A relação dos usuários com os profissionais de saúde é uma importante questão relatada em todas as experiências acessadas. Ela abrange diferentes aspectos do cuidado, tais como a dificuldade percebida pelos surdos por partes dos profissionais, o vínculo de confiança que pode ser comprometido por conta da dificuldade de comunicação, os desafios éticos de confidencialidade e transparência entre profissional e paciente na realização do atendimento com interpretação (profissional ou realizada por familiar), a humanização do atendimento e a limitação em relação ao despreparo dos profissionais e do ambiente para realizar o atendimento de usuários surdos.

Ao acessar a experiência dos nossos participantes, compreendi que a qualidade do atendimento estava intrinsecamente relacionada com esse aspecto e, também, com a falta de comunicação direta na estrutura do sistema com a pessoa surda. Muitas dessas dificuldades verificadas corroboram outros estudos que apontam problemáticas como a predominância oral na organização do sistema, a marcação de consultas exclusivamente pelo telefone, a ausência do profissional tradutor e intérprete de Libras, a confusão dos profissionais de saúde na identificação do usuário surdo e a falta de paciência percebida pelo usuário no estabelecimento de uma comunicação efetiva (França et al., 2016; Ianni & Pereira, 2009; Souza et al., 2017).

Todos os participantes citaram a dificuldade de encontrar profissionais tradutores e intérpretes de Libras dentro do sistema de saúde, mas também pontuam a importância da comunicação direta entre profissional-paciente, que é ainda mais rara. As experiências dos participantes chamam atenção por refletirem situações que poderiam ser evitadas se fosse possível estabelecer um canal de comunicação eficiente para o usuário, que muitas vezes precisava deduzir o seu próprio diagnóstico ou recorrer a soluções improvisadas para lidar com a barreira linguística.

Isso se reflete na experiência de Sandra, que passou anos dentro do sistema de saúde sem conseguir se comunicar diretamente com nenhum profissional, em sua jornada difícil e solitária de assimilação do seu diagnóstico, sem ter oportunidade de conversar claramente sobre isso ou de expor as suas dúvidas sobre o tratamento. Essa situação, em diferente escala, também aconteceu com Hellen quando era examinada pela queixa de dor abdominal e não tinha nenhum retorno satisfatório em relação ao que foi conversado no consultório médico, observando o nervosismo da família e chegando até mesmo a desconfiar sozinha sobre um possível diagnóstico.

Esse problema se reflete na adoção de formas de comunicação improvisadas pelos profissionais de saúde e pelos usuários, tentando driblar a barreira linguística na ausência de intérpretes. Isso foi evidenciado em diversos casos em que os profissionais de saúde tentavam se comunicar por meio de português escrito em um papel, gestos e mímicas no atendimento ao usuário surdo. Ainda que seja possível entender e realizar procedimentos simples dessa maneira, o atendimento está longe de ser o ideal, em que o paciente possa realmente experimentar autonomia e se sentir seguro sobre o cuidado recebido.

Essa questão também é percebida e gera incômodo nos próprios profissionais de saúde, fazendo despertar inquietações e questionamentos sobre a necessidade de preencher essa lacuna em suas formações (França et al., 2016; Ramos Júnior & Campos-Fonseca, 2020; Vieira et al., 2017; Yonemotu & Vieira, 2020). Em outros estudos, foram relatados até casos de surdos que não conseguiram atendimento por estarem desacompanhados de um familiar ou de um intérprete de Libras, denunciando a naturalização da relação de dependência entre o paciente surdo e alguém para intermediar o atendimento (França et al., 2016; Vieira et al., 2017).

7.2 A interpretação familiar e suas consequências

Por conta da barreira linguística, observamos que o paciente surdo pode ter o seu acesso ao atendimento em saúde limitado, sendo levado a depender de uma terceira pessoa em todas as etapas da experiência, a partir da própria marcação de consulta. Muitas vezes essa terceira pessoa que facilita a comunicação é um familiar do paciente, que, por não ter conhecimento técnico de interpretação, pode fazer com que a comunicação não se estabeleça de maneira adequada (Bentes et al., 2011; Souza et al., 2017).

Em muitas das experiências relatadas, a questão da interpretação familiar se desdobra em questões complexas e delicadas, em que a tentativa de solução acaba proporcionando ao paciente a sensação de estar à parte da própria saúde. Observamos relatos em que a pessoa surda, ao ser acompanhada à consulta, vê todo o atendimento ser comunicado ao familiar ouvinte, que conversa em português com o profissional de saúde. Na maioria das situações relatadas neste trabalho, os familiares não são pessoas fluentes em Libras e não fazem uma interpretação satisfatória para o paciente surdo, que observa a conversa em português ser mais longa e claramente mais detalhada do que a interpretação feita para ele pelo acompanhante. Existe, inclusive, a preocupação em saber se o seu acompanhante ouvinte realmente compreendeu a queixa e será capaz de transmitir ao profissional de saúde o que o paciente estaria sentindo. Essa insegurança acarreta o comprometimento da consulta, gerando insegurança, dificuldade no acesso às informações de saúde e, conseqüentemente, comprometimento da autonomia do paciente (Castro et al., 2011; Vieira et al., 2017; Yonemotu & Vieira, 2020).

Ainda assim, esse problema costuma ser camuflado pelo apagamento do paciente surdo diante da consulta sobre si realizada por um familiar ouvinte. O ato de naturalizar a dependência linguística e eliminar a percepção da pessoa surda faz com que essa situação seja

perpetuada, já que, aos olhos do serviço de saúde, o usuário não teria deixado de receber atendimento e, segundo a família, o atendimento teria sido satisfatório.

A exemplo da situação relatada pela participante Sandra durante a consulta no ginecologista, outros pesquisadores também encontraram relatos de pessoas surdas que se sentiram constrangidas durante o atendimento com um profissional de saúde interpretado por um familiar. Essa situação também fragiliza a relação de sigilo entre profissional e paciente e pode levar ao constrangimento na revelação de informações íntimas, conforme salientam Vieira et al. (2017). Os autores também destacam a importância da comunicação no vínculo entre profissional de saúde e paciente, que deve gerar uma relação de confiança e segurança, sendo essencial para a adesão ao tratamento e ao prognóstico positivo.

7.3 Dificuldades na obtenção de informações em saúde

Permeada pelas barreiras de acesso comunicacionais, paira a dificuldade vivenciada pelos pacientes surdos em obter e confirmar informações sobre seu próprio estado de saúde, sobre os tratamentos aos quais será submetido e sobre o uso de medicações, prejudicando a autonomia e participação ativa em seus processos de saúde e doença. Como exposto, Sandra relatou que, muitas vezes, teve a impressão de que todos sabiam sobre o seu estado de saúde, menos ela mesma, que precisava juntar informações incompletas e lidar com a raiva e a frustração de não ter seus questionamentos levados a sério ou explicados de forma clara pelos profissionais que a acompanhavam.

Outros estudos também indicam que pacientes surdos tiveram maior dificuldade em obter informações pertinentes ao seu próprio estado de saúde, adquirindo baixo conhecimento sobre os processos de saúde e doença, não recebendo atendimento de maneira satisfatória, lidando com grandes índices de frustrações e falta de resolutividade e, possivelmente, não tendo seus problemas resolvidos de forma eficaz na atenção primária, tampouco nos demais

níveis de cuidado em saúde (Aragão et al., 2014; França et al., 2016; Santos, 2017; Souza et al., 2017; Vieira et al., 2017).

A leitura labial também é frequentemente utilizada como recurso de comunicação por pessoas surdas que possuem essa habilidade. A experiência de Bárbara mostra a sua dificuldade ao passar por um procedimento invasivo, no qual a dentista utilizava máscara facial como equipamento de segurança, não entendendo as recomendações e se sentindo insegura para o pós-operatório devido à falta de comunicação. Ainda que essa situação já fosse comum no cotidiano de uma pessoa surda, durante a situação enfrentada pela pandemia mundial da COVID-19, as dificuldades daqueles que se comunicam por leitura labial com pessoas ouvintes vêm sendo relatadas dentro do sistema de saúde, que precisa considerar as especificidades ao desenvolver tecnologias assistivas para essa parcela da população (McKee et al., 2020). Essa situação não se aplica apenas aos usuários surdos dentro do sistema de saúde, mas também aos profissionais de saúde surdos que se comunicam em português oral e fazem leitura labial para se comunicar com a equipe ouvinte (Williams, 2020). Por se tratar de uma questão de saúde pública, o uso de equipamentos de proteção individual deve ser uma prática adotada por toda a população, a fim de conter, por exemplo, o novo coronavírus, que provoca a covid-19, mas o debate acerca de tecnologias assistivas que atendem à população surda também precisa compor esse diálogo, sendo um importante fator para a conscientização e a adesão às medidas de segurança em saúde pública.

7.4 A banalização do esforço para se comunicar

Todos os participantes do estudo trouxeram, em suas experiências, situações em que tentaram estabelecer comunicação direta com profissionais de saúde usando recursos como leitura labial, gestos, mímicas ou escrita em papel. Porém, esse esforço, na maior parte das vezes, parte do próprio usuário, que precisa pensar em formas de se comunicar usando os recursos disponíveis e manejar seus afetos, como medo e insegurança, para manter a

concentração no seu interlocutor ouvinte, que possui informações valiosas a serem decifradas por conta da barreira linguística. Exemplo disso, a participante Hellen relatou que precisou manter a calma ao iniciar a cirurgia com uma equipe que se comunicava por mímica (sem mesmo a opção de fazer leitura labial por conta das máscaras) e, também, se esforçar para acordar da anestesia e estabelecer comunicação através de gestos e leitura labial com a profissional de enfermagem que a assistia.

Além disso, a participante Bárbara traz a situação diária de usar o aparelho auditivo como recurso de comunicação e se sentir exposta e envergonhada nas situações em que não é possível usá-lo e, por isso, precisa lidar com pessoas gritando para se comunicar com ela, em vez de falando articuladamente e na sua frente. Em diversas situações, foram relatadas experiências em que os participantes precisaram se comunicar através de papel e caneta com os profissionais de saúde. Ainda que o atendimento tenha sido bem-sucedido, em alguns casos, a própria iniciativa de se comunicar dessa maneira parte do usuário, que precisa se preparar para garantir que o atendimento seja compreensível.

Alguns estudos indicam que alguns pacientes surdos, ao terem experiências frustrantes no acesso à saúde, demonstram uma posição de conformismo e autorresponsabilização pelos problemas comunicacionais enfrentados na esfera social (Du Mont & Forte, 2016; Freire et al., 2009). Porém, neste trabalho, entramos em profundidade na experiência dos participantes em situações provocadas pela barreira linguística, e ficou evidente que essas pessoas estiveram conscientes da privação de autonomia provocada pela falta de acessibilidade dentro do sistema.

É importante que o imaginário de que o paciente surdo é passivo diante de situações que dizem respeito à própria saúde deve ser revisto, tendo em vista o inegável esforço que todos os participantes relataram fazer, diariamente, frente à necessidade de se comunicar fora da Língua Brasileira de Sinais. Nesse sentido, o serviço de saúde não deveria normalizar o

esforço feito pelo usuário para acessá-lo, mas providenciar acessibilidade para garantir o direito à equidade.

7.5 Em caso de emergência? Riscos sobre a falta de tecnologias assistivas

Emergências podem acontecer a qualquer hora e todos nós estamos suscetíveis a uma situação como essa. A questão levantada pela experiência de Bárbara, sobre como proceder em uma situação em que o socorro precisa ser acionado, é: Como uma pessoa surda pode garantir o seu acesso ao serviço de emergência?

Considerando a predominância da oralidade na estrutura de acionamento da maior parte dos serviços emergenciais, a barreira linguística pode efetivamente configurar uma situação de grave risco. Souza et al. (2017) ressaltam que, em situações de emergência, a barreira na comunicação pode ser determinante para a ocorrência de procedimentos malsucedidos quando combinados com o estresse e a necessidade de resposta imediata.

Essa questão é importante para que seja possível ampliar o debate sobre a comunicação dentro do sistema de saúde, até mesmo para que possamos questionar o modelo de acesso aos serviços que dependem de chamadas telefônicas quando já existe popularização de recursos tecnológicos, como a internet móvel e o uso de *smartphones*. Acompanhando essa realidade, o debate acerca do uso de tecnologias assistivas para tornar o direito à saúde acessível à população surda também tem crescido (McKee, 2020; Prefeitura de São Paulo, 2020). O uso de aplicativos que tornam possível o acesso aos serviços emergenciais está sendo testado pontualmente no estado de São Paulo, e, ainda que seja uma solução recente, pode abrir espaço para o diálogo sobre acessibilidade no âmbito nacional, por ser uma questão de saúde pública (Prefeitura de Campinas, 2017; Prefeitura de São Paulo, 2020).

7.6 Um paciente invisível – capacitismo na relação entre profissionais e paciente

É de extrema importância dar nome a todas as situações discriminatórias percebidas e trazidas pelos participantes: capacitismo. Essa palavra, ainda pouco discutida, pede espaço

para integrar e ampliar o espaço nas discussões sobre o comportamento normatizador que exclui e marginaliza pessoas com qualquer tipo de deficiência, inclusive, a comunidade surda (Mello, 2016).

O sentimento de invisibilidade trazido por Sandra em diversas situações de injustiça causadas pela falta de comunicação foi frequentemente descrito como uma sensação de algo preso na garganta, como se algo precisasse ser falado, mas não havendo ninguém para entender. A negação da existência de uma língua e de uma cultura produz a sensação de invisibilidade e silenciamento e é percebida como preconceito quando trazida pelos participantes.

Na experiência de Bárbara, quando a participante não consegue acessar o serviço de emergência, estamos diante de uma situação em que a existência de uma pessoa surda independente está sendo negada pela sociedade, considerando impensável a possibilidade de uma pessoa surda se encontrar em uma situação de emergência e estar desacompanhada de uma pessoa ouvinte que possa chamar socorro pelo telefone.

Quando são trazidas situações em que o profissional de saúde ignora a presença de uma pessoa surda, comunicando-se apenas com o acompanhante ouvinte; quando um profissional de saúde não se preocupa em explicar ou pedir licença para realizar um procedimento eletivo no corpo de uma pessoa surda; quando a sociedade se organiza para não dar espaço ou relevância para uma língua brasileira reconhecida oficialmente, enquanto se preocupa em disponibilizar atendimento em línguas estrangeiras; e quando uma pessoa é privada de sua autonomia em saúde sendo exposta, inclusive, a situações de maior vulnerabilidade pela presença de uma pessoa ouvinte que a desacredita; estamos validando comportamentos capacitistas. Esses comportamentos tornam a experiência de pessoas surdas dentro do sistema de saúde cada vez mais distante daquela prevista nos princípios de

equidade e integralidade, contribuindo para situações de sofrimento psíquico que, potencialmente, não serão elaboradas com o auxílio de um profissional de saúde.

Portanto, é importante falar abertamente sobre esse tipo de situação dentro dos espaços de produção e construção de conhecimento, valorizando, também, a voz de pesquisadores que passam por situações capacitistas e escrevem sobre elas (Janz, 2019; Mello, 2016; Nelson, 2020; Williams, 2020).

7.7 Participação social e consciência dos próprios direitos

Durante os relatos de suas experiências, todos os participantes, em algum momento, trouxeram a questão da legislação que garante o acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas com deficiência, inclusive, considerando a realidade das pessoas surdas enquanto minoria linguística. A barreira da língua, que compromete a comunicação, está prevista na legislação, que propõe estratégias como a adoção de tecnologias assistivas, visuais, a presença de intérpretes dentro do sistema de saúde, as campanhas educativas acessíveis e a capacitação de profissionais de saúde ao menos nos setores de média e alta complexidade (Brasil, 2015).

De fato, ao considerarmos a saúde como um direito de todas as pessoas, que deve ser garantido pelo Estado, não se pode desconsiderar a existência de minorias que possuem necessidades diferentes e devem ser consideradas para que tenham as mesmas possibilidades de acesso e atendimento integral (Czeresnia & Freitas, 2009). Todavia, ainda que os direitos à saúde e à acessibilidade estejam assegurados em lei, diversos estudos também demonstram que a experiência ainda se encontra comprometida em relação à garantia dos princípios de equidade e inclusão (Castro et al., 2011; Coelho, 2015). Os relatos reforçam que a autonomia do usuário surdo é comprometida, por não conseguir o acesso integral à saúde, quando a comunicação se mostra ineficiente, culminando em diversos casos nos quais o usuário não

consegue ser atendido (Aragão et al., 2014; Bentes et al., 2011; França et al., 2016; Souza et al., 2017).

As experiências trazidas por Douglas, enquanto usuário da atenção básica da sua região, e, também, as pontuações levantadas por Bárbara sugerem que a comunidade surda se organize em prol de obter maior participação dentro dos serviços de saúde, reconhecendo a existência dos mecanismos de controle social do SUS e a necessidade de cobrar aplicação das leis que versam sobre os seus direitos.

Existe a discussão sobre uma maior participação social, mas, para que isso seja possível, é necessário se fazer conhecida a demanda da comunidade surda enquanto minoria linguística. Para isso, é importante gerar a demanda de forma estratégica para pressionar a gestão do serviço de saúde presente em cada região a realizar atividades de formação continuada para os profissionais de saúde da rede (França et al., 2016; Yonemotu & Vieira, 2020). O contato com a diversidade, como foi sugerido pelos participantes, é muito importante para garantir a sensibilização sobre o tema, mas é indispensável que a comunidade se reconheça protagonista, organizando-se acerca das possibilidades de ação.

7.8 É para todos? Diálogos possíveis para a acessibilidade

Assim, considerando a humanização do atendimento como uma das premissas do SUS, faz-se necessário pensar em estratégias para que as políticas públicas voltadas às pessoas surdas não existam apenas nas leis, mas que possam ser executadas por pessoas sensíveis e capacitadas dentro do nosso sistema de saúde para aplicá-las (Brasil, 2005, 2015).

Uma estratégia sugerida pelos participantes desta pesquisa e também por diversos autores é que o ensino básico da Libras, assim como os demais direitos e demandas das pessoas surdas relacionadas à equidade, sejam abordadas durante a formação superior dos cursos de ciências da saúde, ressaltando, inclusive, a própria função social dessa área e os

seus princípios voltados para a ética e a cidadania (Tostes, 2018; Vieira et al., 2017; Yonemotu & Vieira, 2020).

Ainda que a ideia de que todos os profissionais de saúde e de serviços emergenciais estejam aptos ao atendimento efetivo das pessoas surdas possa parecer utópica, a promoção de atividades de capacitação, assim como a criação de ações programadas entre a gestão dos serviços de saúde e as instituições de ensino superior e a formação continuada de profissionais de saúde são soluções passíveis de serem executadas para adequar o serviço aos direitos da comunidade surda à integralidade e à equidade no acesso à saúde (França et al., 2016; Yonemotu & Vieira, 2020).

A articulação entre as medidas de promoção de saúde e acessibilidade, promovidas pela gestão dos serviços de saúde, e a organização social da comunidade surda pode trazer, no futuro, resultados poderosos em relação às experiências de pessoas surdas no acesso à saúde. Para isso, é importante que temas como capacitismo, acessibilidade e equidade sejam discutidos nos meios de formação, e que a população também se organize para cobrar e aplicar os direitos conquistados.

Nesse contexto, não poderia deixar de trazer a responsabilidade social da psicologia, em seu exercício profissional, com o comprometimento com a universalização do acesso à dignidade, à saúde e à qualidade de vida a todos as pessoas, contribuindo para a eliminação de qualquer tipo de discriminação, negligência, violência e opressão (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Diante disso, considerando o exercício da ética profissional do psicólogo, é importante questionar o porquê da Libras não ser uma disciplina obrigatória nos cursos de graduação em psicologia, visto que pessoas surdas podem estar inseridas não apenas no contexto clínico, mas também nos contextos de psicologia da educação, jurídica, organizacional e, como vimos, nos serviços de psicologia da saúde (Tostes, 2018). Desta maneira, é urgente que a formação em psicologia também contemple a importância do

atendimento às pessoas surdas, apresentando não somente a Libras, mas também as especificidades que compreendem a cultura surda (Coelho, 2015; Ramos Júnior & Campos-Fonseca, 2020; Tostes, 2018).

7.9 E o futuro?

Chegamos ao final deste trabalho, mas a discussão acerca da universalização do acesso à saúde como um direito de todos, inclusive das pessoas surdas, ainda tem muito a ser acrescentada. Buscamos trazer as experiências vividas e retratá-las sobre a perspectiva da comunidade surda, que não aceita ser silenciada por conta da barreira linguística. Para isso, a pesquisa foi elaborada em Libras, sendo coconstruída com a comunidade surda e contando com a colaboração de auxiliares ouvintes nos processos de tradução e escrita na língua portuguesa. Com essa forma de pesquisar, espera-se ter contribuído para ampliar o espaço de discussão a partir do lugar de fala de pesquisadores surdos, construindo pontes para o diálogo anticapacitista.

Para o futuro, fica a sugestão de dar continuidade a esse tipo de investigação sob a perspectiva de pessoas surdas em suas experiências e vivências de direitos que podem ser cerceados por conta da barreira linguística entre pessoas surdas e ouvintes. Ainda, o diálogo com profissionais de saúde surdos que atuam no cuidado a pessoas ouvintes poderia abrir espaço para outras discussões interessantes sobre o tema, que não foram abordadas neste trabalho por limitação de recursos.

A saúde é um direito de todas as pessoas que deve ser garantido pelo Estado, assegurando um cuidado integral e pautado no princípio da equidade. Para isso, também nós, cidadãos, devemos proteger os nossos direitos, trabalhando para tornar o sistema de saúde cada vez mais acessível. O debate sobre a importância de garantir o acesso à saúde de todas as pessoas deve ser apropriado pela comunidade surda, reconhecendo-nos como parte importante no processo de mudança.

Referências

- Ablard S., Kuczawski, M., Sampson, F. C., & Mason, S.M. (2020). What does the ideal urgent and emergency care system look like? A qualitative study of service user perspectives. *Emergency Medicine Journal*, 37, 200-205. doi: 10.1136/emmermed-2019-208921
- Aguiar, F. C., & Mendes, V. L. P. S. (2016). Acreditação hospitalar: a importância da comunicação e da informação para a segurança do paciente. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40 (1), 202-216.
- Aguiar, M., & Tassinari, M. (1999). O processamento em Psicodrama. In W. C. De Almeida (org.). *Grupos: a Proposta do Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- Antoniassi Júnior, G., Gomes, G. A., Beretta, R. C. S., & Figueiredo, G. L. A. (2018). Psicodrama na promoção da saúde e do bem-estar: experiência de grupo com pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 26 (2), 133-139.
- Aragão, J., Magalhães, I., Coura, A., Silva, A., Cruz, G., & França, I. (2014). Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6(1), 1-7. doi: 10.9789/2175-5361.2014.v6i1
- Battisti, G. R., Branco, A., Caregnato, R. C. A., & Oliveira, M. M. C. (2019). Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180431. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180431
- Behrens, R. (2019). Segurança do paciente e os direitos de usuário. *Revista Bioética*, 27 (2), 253-260.

- Bentes, I., Vidal, E., & Maia, E. (2011). Deaf person's perception on health care in a midsize city: an descriptive-exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 10(1). doi: 10.5935/1676-4285.20113210
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (2002). Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm
- Brasil. (2005). Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm
- Brasil. (2015). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
- Brito, V. (2006). Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama. In A., Monteiro, D., Merengué, & V, Brito. *Pesquisa Qualitativa e Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- Cardoso, J. M., & Rocha, R. L. (2018). Interfaces e desafios comunicacionais no Sistema único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23 (6), 1871-1879.

- Carvalho, M. D. S. (2018). Do encontro consigo ao encontro com seu paciente: o psicodrama na formação médica. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 26(2), 72-83. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v26n2/v26n2a07.pdf>
- Carvalho, V. L. S. (2019). *Subjetividade, dor e espiritualidade: retratos da vida em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Brasília.
- Castro, S. S., Lefèvre, F., Lefèvre, A. M. C., & César, C. L. G. (2011). Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev. Saúde Pública*, 45(1), 99-105.
- Coelho, D. S. (2015). Diálogos sobre política pública em saúde para surdos. In L. Polejack, A. Monteiro, A. M. A. Vaz, & V. C. Wichrowski. *Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, reflexões, interfaces e desafios*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Resolução CFP N° 010/05*. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Recuperado em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Creswell, W. J. (2014). *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens* (3 ed.). Porto alegre: Penso
- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Frontiers in Psychology*, 9. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01263
- Czeresnia, D., & Freitas, C. (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dall'Alba, C. (2013). *Movimentos surdos e educação: negociação da cultura surda*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

- Dias, A. (2013). *Por uma genealogia do capacitismo: da eugenia estatal à narrativa capacitista social*. In Anais do II Simpósio Internacional de Estudos sobre Deficiência; São Paulo. Recuperado de http://www.memorialdainclusao.sp.gov.br/ebook/Textos/Adriana_Dias.pdf
- Du Mont, J., & Forte, T. (2016). Perceived Discrimination and self-rated health in Canada: an exploratory study. *BMC Public Health*, *16*, 742-752.
- França, E. G. de, Pontes, M.A., Costa, G.M.C, & França, I. S. X. de. (2016). Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. *Ciencia y Enfermeria*, *22*(3), 107-116.
- Fonseca, J. (2010). *Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo: Ágora.
- Freire, D., Gigante, L., Béria, J., Palazzo, L., Figueiredo, A., & Raymann, B. (2009). Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(4), 889-897. doi: 10.1590/S0102311X2009000400020
- Gonçalves, C. S., Wolff, J. R., & Almeida, W. C. (1988). *Lições de Psicodrama: Introdução ao pensamento de J. L. Moreno*. São Paulo: Ágora.
- Ianni, A., & Pereira, P. (2009). Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, *18*(2), 89-92. doi: 10.1590/S0104-12902009000600015
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. *Censo demogr., Rio de Janeiro*, 1-215. Recuperado de http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf
- Janz, H. L. (2019). Ableism: undiagnosed malady afflicting medicine. *CMAJ*, *191*(17), e478-479. doi: 10.1503/cmaj.180903

- McKee, M., Moran, C., & Zazove, P. (2020). Overcoming Additional Barriers to Care for Deaf and Hard of Hearing Patients During COVID-19. *JAMA Otolaryngology Head and Neck Surgery*. doi: 10.1001/jamaoto.2020.1705
- Mello, A. G. (2016). Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do comitê de ética em pesquisa da UFSC. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3265-3276. doi: 10.1590/1413-812320152110.07792016
- Ministério da Saúde. (2004). *Portaria n° 2.073, de 28 de setembro de 2004*. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Ministério da Saúde. (2014). *Manual das Ouvidorias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria de Consolidação N° 3/GM/MS/ de 28 de setembro de 2017*. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI
- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Nario-Redmond, M. R. (2019). Ableism: The causes and consequences of disability prejudice. *Contemporary Social Issues on-line*. doi: 10.1002/9781119142140
- Nelson, S. (2020). Ableism in the medical profession. *CMAJ*, 192(15), e411-e412. doi: 10.1503/cmaj.191597
- Nery, M. P. (2010). *Grupos e intervenção em conflitos*. São Paulo: Ágora.

- Nery, M. P. (2014). *Vínculo e afetividade: caminho das relações humanas*. São Paulo: Ágora.
- Nery, M. P., Costa L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, 16(35), 305-314.
- Nery, M. P., & Gisler, J. V. T. (2019). Sociodrama: método ativo na pesquisa, no ensino e na intervenção educacional. *Revista brasileira de psicodrama*, 27(1), 11-19.
- Novaes, M. B. C., Souza, A. C., & Drummond, J. R. (2019). Pesquisa participante a serviço da emancipação e da ruptura de silêncios: uma experiência no Brasil. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 27(1), 39-51. doi: 10.15329/2318-0498.20190005
- Patias, N. D., & Hohendorff, J. V. (2019). Critérios de qualidade para artigos em pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, 24. doi: 10.4025/psicolestud.v24i0.43536
- Perlin, G. (1998). Identidades Surdas. In C. Skliar (Org.), *A surdez: um olhar sobre a diferença*. Porto Alegre: Mediação.
- Perlin, G., Strobel, K. (2014). História cultural dos surdos: desafio contemporâneo. *Educar revista, edição especial (2)*, 17-31. doi: 10.1590/0104-4060.37011
- Prefeitura de Campinas. (2017, 23 de agosto). *Aplicativo Tecla Samu permitirá que surdos acionem serviço de urgência*. Recuperado de <https://portalcampinas.com.br/2017/08/samu-campinas-lanca-aplicativo-que-oferece-acessibilidade-para-surdos/>
- Prefeitura de São Paulo. (2020, 17 de junho). *Central de Intermediação em Libras*. Recuperado de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/central_de_libras/index.php?p=203752
- Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess). (2011). *Respeito aos direitos das pessoas*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Quadros, R. M. (2017) *Língua de Herança: Língua Brasileira de Sinais*. Porto Alegre: Penso.

- Ramos, M. E.C. (2013). Homens e mulheres envolvidos em violência e atendidos em grupos socioterapêuticos: união, comunicação e relação. *Revista Brasileira de psicodrama*, 21(1), 39-53.
- Ramos Júnior, A. C., & Campos-Fonseca, L. L. (2020). Compreender o cotidiano da comunidade surda: Autoetnografia de um percurso de formação em psicologia. *Revista Educação e Humanidades*, 1 (2), 502-521.
- Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicação não-violenta: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora.
- Siqueira, P. C. A., Martins, A. M., & Campos, M. G. C. (2017). Do cenário de dor ao encontro consigo: Abordagem psicodramática no bloco cirúrgico oncológico. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 25(2), 93-99.
- Santos, A. S. (2017). *Comunicação na atenção básica à saúde: Percepções do sujeito surdo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.
- Souza, M., Araújo, A., Sandes, L., Freitas, D., Soares, W., Vianna, R., & Sousa, Á. (2017). Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Revista CEFAC*, 19(3), 395-405.
doi:10.1590/1982-0216201719317116
- Strobel, K. L. (2008). *Surdos: Vestígios Culturais não registrados na História* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Tostes, R. S. (2018). *A atuação de psicólogo bilíngue no atendimento terapêutico à pessoa surda* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Vieira, C., Caniato, D., & Yonemotu, B. (2017). Comunicação e acessibilidade: percepções de pessoas com deficiência auditiva sobre seu atendimento nos serviços de saúde. *Reciis Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, 11(2), 1-12. doi: 10.29397/reciis.v11i2.1139

Vinuto, J. (2014). A amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*, 22 (44), 203-220.

Williams, I. J. M. (2020). Covid-19: lack of guidance on PPE for hearing impaired doctors. *The BMJ*, 370, m2831. doi: 10.1136/bmj.m2831

Yonemotu, B. P. R., &Vieira, C. M. (2020). Diversidade e comunicação: percepções de surdos sobre atividade de educação em saúde realizada por estudantes de medicina. *Reciis - Revista eletrônica comunicação informação e inovação em saúde*, 14(2), 401-414.

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O Surdo na Saúde: desafios do acesso ao serviço de saúde a partir da experiência de pessoas surdas” de responsabilidade de Luísa Bandeira Coelho, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof.^a Dra. Larissa Polejack. O objetivo desta pesquisa é conhecer a experiência de pessoas surdas na rede de saúde e identificar possíveis barreiras de acesso. O estudo também pretende investigar estratégias adotadas pela população surda para acessar a rede de saúde e identificar suas principais demandas de cuidado. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, arquivo de gravação em áudio e filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista, que consistirá na construção de uma “linha da vida” relacionada às experiências marcantes de cada participante dentro do sistema de saúde. Esse procedimento será realizado na presença da pesquisadora que realizará a entrevista e na presença de um tradutor e intérprete de LIBRAS, que ficará a cargo da tradução e registro em áudio da entrevista para análise posterior. A entrevista será registrada por meio de filmagem e gravação em áudio.

É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Caso o procedimento mobilize demasiadamente algum conteúdo afetivo causando mal-estar e configurando necessidade de intervenção psicológica, a pesquisadora se responsabiliza pelo oferecimento de apoio psicológico até que a situação seja normalizada.

Espera-se com esta pesquisa resgatar o protagonismo da comunidade surda, valorizando suas experiências. Desta maneira, essa pesquisa busca promover empoderamento e consciência política para atuar em prol da saúde, favorecendo o acesso a direitos e discutindo prioridades em promoção de saúde e acessibilidade.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 061 99649-5553 ou pelo *e-mail* lubandeiracoelho@gmail.com.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes pelo envio via e-mail da dissertação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/CHS. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do *e-mail* do CEP/CHS cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Apêndice B

Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu, _____ autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “O Surdo na Saúde: desafios do acesso ao serviço de saúde a partir da experiência de pessoas surdas” sob responsabilidade de Luísa Bandeira Coelho vinculada ao Programa de pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para a análise de dados por parte da equipe de pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Brasília, ___ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Apêndice C

Roteiro para a realização da entrevista semiestruturada em linha do tempo

Momento Inicial

1. Apresentação da pesquisadora, informações sobre os objetivos do estudo e procedimentos de pesquisa.
2. Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Utilização de Imagem e Som de Voz para Fins de Pesquisa.
3. Caso haja concordância do participante, início do procedimento de coleta de dados utilizando o método psicodramático.

Aquecimento

Pede-se ao participante que caminhe pelo espaço da sala imaginando caminhos percorridos ao longo de sua própria vida e busque se reconectar com acontecimentos que para ele foram marcantes dentro do sistema de saúde.

Roteiro de entrevista e Montagem da Linha do tempo

1. Você já utilizou o Sistema Único de Saúde?
2. E o sistema de saúde privado?
3. Por favor, indique nesta linha do tempo, 4 momentos que você considera como mais marcantes na sua experiência com a atenção à saúde
4. (Neste momento o participante irá colocar uma almofada em cima da linha do tempo de modo a identificar cada um dos momentos). Em seguida, a pesquisadora procurará conhecer a experiência do participante utilizando as seguintes perguntas:
 - a. Fale mais sobre a sua experiência com o sistema de saúde. Qual a experiência mais marcante que você teve ao frequentá-lo?
 - b. Você pode descrever como foi o atendimento?
 - c. Você se deparou com alguma dificuldade durante o atendimento? Você utilizou alguma estratégia para lidar com essa dificuldade?
 - d. Como foi o processo de comunicação entre você e os profissionais de saúde?
 - e. Como você se sentiu durante essa experiência?
 - f. Você acredita que essa experiência marcante influenciou na forma em que você utiliza atualmente o sistema de saúde?
5. Houve outras experiências marcantes dentro do sistema de saúde ou que decorreram dessa experiência relatada?
6. Como você acha que os profissionais de saúde lidam com as pessoas surdas?
7. Quais são as suas sugestões para melhorar a qualidade da atenção à saúde de pessoas surdas?

O processo de entrevista se repete ao longo da emergência de novas narrativas acerca do tema proposto.

Compartilhar

Anexo A

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Surdo na Saúde: desafios do acesso ao serviço de saúde a partir da experiência de pessoas surdas

Pesquisador: LUISA BANDEIRA COELHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03389818.7.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.214.884

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de mestrado intitulado "O Surdo na Saúde: desafios do acesso ao serviço de saúde a partir da experiência de pessoas surdas", de autoria da pesquisadora LUISA BANDEIRA COELHO, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, pertencente ao Instituto de Psicologia (IP), orientado pelo Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti, com financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Considerando a hipótese de que apesar de as pessoas surdas terem o seu direito de acesso à saúde garantido por lei, diversos obstáculos e barreiras de acesso se fazem presentes durante a experiência em saúde das mesmas e isto estaria dificultando, e até colocando em risco, a saúde destes usuários; a pesquisadora formulou os seguintes objetivos:

Objetivo Primário: Conhecer a experiência de pessoas surdas na rede de saúde e identificar possíveis barreiras de acesso.

Objetivo Secundário: Investigar estratégias adotadas pela população surda para acessar a rede de saúde e identificar suas principais demandas de cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que se refere aos riscos, a pesquisadora aponta que por investigar conteúdos pessoais e potencialmente delicados para os participantes, há o risco de causar uma mobilização afetiva que

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1592

E-mail: cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.214.884

poderia acarretar mal-estar psicológico para algum participante. Para prevenir esse possível dano ao participante, a pesquisadora se encarrega de oferecer gratuitamente o serviço de acompanhamento psicológico no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), se identificada a necessidade de intervenção.

Quanto aos benefícios, entende que promover acessibilidade dentro do SUS é uma forma de promoção de saúde, garantindo um ambiente saudável social e culturalmente, através da comunicação em Língua Brasileira de Sinais. Desse modo, o trabalho busca atender a uma necessidade de investigação científica que resulte na possibilidade de promoção de políticas públicas que contemplem a comunidade surda no que diz respeito ao direito à saúde. Também, acrescenta a preocupação social em resgatar o protagonismo da comunidade surda, em seu local de fala. Também, aponta o empoderamento comunitário, que visa promover a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em favor da saúde, para a comunidade surda se perceber enquanto sujeito de direitos e passe a atuar na fiscalização e definição de prioridades em saúde e acessibilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma abordagem qualitativa que adota a metodologia psicodramática como forma de ação e compreensão dos fenômenos a serem investigados. Desse modo, a pesquisadora propõe o acesso dos participantes da pesquisa por intermédio de um convite que será lançado por escrito nas redes sociais e divulgado com o auxílio de pessoas que participem da comunidade surda e possam fazer com que alcancem a população destinada. Outro importante aspecto a ser considerado na execução do projeto é o caráter bilíngue do estudo, que será executado em português e Libras.

Por isso, além da própria pesquisadora ser fluente em ambas as línguas, faz-se necessária a presença de além um tradutor e intérprete de Libras profissional e habilitado durante a coleta de dados, a fim de preservar a narrativa dos participantes de maneira íntegra e evitar equívocos que possam interferir na futura análise dos dados. O tradutor será capacitado sobre as questões éticas implicadas neste estudo e assinará também um Termo de compromisso em resguardar os cuidados éticos. Por intermédio da construção psicodramática de uma "linha da vida", que abordará experiências marcantes de cada participante dentro do sistema de saúde. Espera-se alcançar a experiência de 5 (cinco) participantes. Serão excluídos do estudo menores de idade, pessoas surdas que usem a língua portuguesa como primeira língua ou que não aceitem participar

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.214.884

voluntariamente do estudo. O procedimento acontecerá no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) na Universidade de Brasília. Por se tratar de um estudo bilíngue, as entrevistas serão realizadas em Libras pela interação pesquisadora-participante, ao mesmo tempo em que um tradutor intérprete de Libras registrará em gravação de áudio a tradução da entrevista da Língua Brasileira de Sinais para a Língua portuguesa. Os dados serão coletados através da filmagem em câmera de vídeo e gravação em áudio por meio de um gravador de celular. A análise dos dados seguirá a metodologia de análise temática dialógica. Assim, como critério de Inclusão, estão aptos os participantes que se identificam como Surdos ou Deficientes Auditivos, residentes no Distrito Federal, maiores de 18 anos e que usem a Língua Brasileira de Sinais como primeira Língua. Como critérios de exclusão, estão as pessoas que se identificam como surdos ou deficientes auditivos que utilizam a Língua portuguesa como primeira língua de forma oralizada, menores de idade ou que não aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Dentre os procedimentos estão o registro de imagem, transcrição da fala e elaboração de mapa semiótico de cada participante, para realizar a metodologia de análise temática dialógica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora postou na plataforma os seguintes documentos: -Folha de rosto assinada; carta de encaminhamento; Cv lattes de pesquisadora e da orientadora; carta de revisão ética; instrumento de pesquisa (técnica do psicodrama); aceite institucional (CAEP); cronograma atualizado, com início de coleta dedados em 1/4/2019; 1 Tcle completo e detalhado.

Recomendações:

Recomenda-se que a pesquisadora busque outras alternativas de encaminhamento dos participantes que solicitem apoio psicológico além da clínica da escola da UnB, o CAEP, pois esta clínica possui uma demanda muito grande de encaminhamentos em lista de espera. Desse modo, o encaminhamento único não garantirá o atendimento da participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, considerando que a pesquisadora atendeu às exigências do CEP CHS, o presente parecer é favorável á aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.214.884

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1256134.pdf	24/11/2018 23:33:18		Aceito
Outros	revisao_etica.pdf	24/11/2018 23:32:24	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Outros	lattes_larissa.pdf	24/11/2018 23:31:34	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Outros	lattes_luisa.pdf	24/11/2018 23:31:02	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Outros	instrumento.docx	24/11/2018 23:30:09	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Outros	imagem_som_projeto.doc	13/11/2018 17:12:50	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Outros	encaminhamento_plataforma.doc	13/11/2018 17:12:08	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Outros	aceite_assinado.pdf	13/11/2018 17:11:31	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_plataforma_final.docx	13/11/2018 17:10:40	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Cronograma	Cronograma_plataforma.docx	13/11/2018 17:10:27	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.docx	13/11/2018 17:10:11	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_assinada.pdf	13/11/2018 17:09:39	LUISA BANDEIRA COELHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Março de 2019

Assinado por:
Érica Quinaglia Silva
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT 03/1 (Ao lado da Direção)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br