



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA
DEPARTAMENTO DE LINGUAGENS E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE LICENCIATURA EM LETRAS LIBRAS

GESCILEUDA MARIA DA SILVA

EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO A PESSOAS COM SURDEZ: NARRATIVAS
DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CARAÚBAS- RN

CARAÚBAS-RN
2021

GESCILEUDA MARIA DA SILVA

**EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO A PESSOAS COM SURDEZ: NARRATIVAS
DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CARAÚBAS- RN**

Monografia apresentado a Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de licenciatura plena em Letras Libras.

Orientador: Prof. Me. Isabelle Pinheiro Fagundes

CARAÚBAS-RN
2021

©Todos os direitos estão reservados à Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996, e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tornar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata, exceto as pesquisas que estejam vinculadas ao processo de patenteamento. Esta investigação será base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) seja devidamente citado e mencionado os seus créditos bibliográficos.

S586e Silva, Gescileuda Maria da.

Experiências de Atendimento a Pessoas com Surdez: Narrativas de Funcionários do Hospital Regional de Caraúbas-RN. / Gescileuda Maria da Silva. - 2021.

34 f. : il.

Orientador: Isabelle Pinheiro Fagundes.
Monografia (graduação) - Universidade Federal Rural do Semi-árido, Curso de Letras/Libras, 2021.

1. Atendimento hospitalar. 2. Saúde. 3. Sujeito surdo. I. Fagundes, Isabelle Pinheiro, orient. II. Título.

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

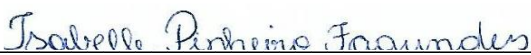
GESCILEUDA MARIA DA SILVA

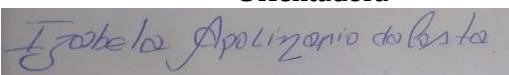
**EXPERIÊNCIAS DE ATENDIMENTO A PESSOAS COM SURDEZ: NARRATIVAS
DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CARAÚBAS- RN**

Monografia apresentada à Universidade
Federal Rural do Semi-Árido como
exigência parcial para obtenção do título de
Licenciatura em Letras Libras.

Aprovada em: 28 / 05 / 2021

BANCA EXAMINADORA


ISABELLE PINHEIRO FAGUNDES - UFERSA
Orientadora


ISABELA APOLINÁRIO DA COSTA - UFERSA
1º Examinador


MARIA MÁRCIA FERNANDES AZEVEDO – UFERSA
2º Examinador


SIMONE MARIA DA ROCHA- UFERSA
3º Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu filho Matheus Benício, que hoje está no meu ventre, mas já é grande benção e felicidade na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que diante a tantas dificuldades, sempre me deu forças e sabedoria para realizar meus sonhos.

Agradeço a minha avó Amália Maria da Silva (in memoriam), que sempre cuidou de mim. Me guiando para os melhores caminhos.

Agradeço a minha mãe por estar sempre presente na minha vida me incentivando e ajudando, sei que sem ela nada disso seria possível.

Agradeço as minhas irmãs Gecilda e Geiza e minha sobrinha Evellyn por sempre me incentivar com palavras em todos os momentos da minha vida.

Agradeço a meu esposo Sebastião Genilson pelo companheirismo e incentivo e por estar presente me ajudando em todos os momentos.

Agradeço a todos os professores pelos valiosos ensinamentos, principalmente a minha orientadora, Isabelle Pinheiro Fagundes, pela sabedoria, paciência, e principalmente por acreditar em mim, possibilitando concluir essa etapa da minha vida acadêmica.

Agradeço a todos meus amigos que comigo estiveram nessa longa caminhada de vida acadêmica, principalmente a Ana Cristina keite Souza e Eli Regina que sempre estiveram prontas para me ajudar.

Agradeço a banca examinadora pelas contribuições e enriquecimento desse trabalho.

Agradeço aos colaboradores da pesquisa, por ter se disponibilizado a me ajudar nessa pesquisa.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral identificar quais experiências marcaram ou marcam os funcionários do hospital regional de Caraúbas, sobre o atendimento a pessoas com surdez, e como objetivos específicos investigar como ocorre o atendimento a pessoas com surdez no hospital regional de Caraúbas e analisar as narrativas dos funcionários do hospital regional de Caraúbas sobre o atendimento a pessoas com surdez. O presente trabalho é de cunho qualitativo baseado em Bogdan e Biklen (1994), fundamentado nos princípios epistemológicos das narrativas (auto)biográficas de Passeggi (2010, 2011) e segue os procedimentos metodológicos de Jovchelovitch e Bauer (2002) para a recolhas e análise das narrativas. Por fim, compreendemos a partir das analisadas das entrevistas que o atendimento aos sujeitos surdos no hospital regional de Caraúbas não apresenta acessibilidade, sendo a comunicação uma barreira para um atendimento exitoso, autônomo e de qualidade.

Palavras chaves: Atendimento hospitalar. Saúde. Sujeito surdo.

ABSTRACT

The present study aimed to identify which experiences marked or mark the employees of the Hospital Regional de Caraúbas, on the assistance to deaf people. The specific objectives were to investigate how the assistance to deaf people occurs at the Regional Hospital de Caraúbas and to analyze the narratives of the employees of such hospital about the assistance to deaf people. The present work is qualitative research based on Bogdan and Biklen (1994), based on the epistemological principles of the (auto) biographical narratives of Passeggi (2010, 2011), and follows the methodological procedures of Jovchelovitch and Bauer (2002) for the collection and analysis of the narratives. Finally, we understand from the analysis of the interviews that the care for deaf people at the Hospital Regional de Caraúbas is not accessible, and communication is a barrier to successful, autonomous, and quality care.

Keywords: Hospital care. Health. Deaf subject.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. SITUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	10
3. SAÚDE E ACESSIBILIDADE: DIREITO A DIGNIDADE	17
4. METODOLOGIA DA PESQUISA	20
5. O ATENDIMENTO NO ESPAÇO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE À LUZ DE QUEM PRESTA O SERVIÇO	24
6. CONCLUSÃO	29
7. REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

O atendimento as pessoas com surdez na saúde, muitas vezes é caracterizado por barreiras comunicacionais, no qual grande parte dos profissionais de saúde não estão preparados para atender. Na Lei Federal nº 10.436/02, apresenta que os serviços públicos de assistência devem garantir o atendimento de saúde a pessoas com deficiência auditiva. Mas mesmo existindo lei que assegure o atendimento para o sujeito surdo na área da saúde, ainda podemos perceber que existe uma escassez.

A partir disso, percebemos que são necessárias pesquisas que abordem temas relacionado ao sujeito surdo na área da saúde, visto que a saúde é um dos fatores mais importante na vida de um ser humano. Desejamos apresentar como acontece o atendimento às pessoas com surdez, a partir das perspectivas de quem atende, ou seja, de acordo com as narrativas dos funcionários do hospital regional Caraúbas-RN.

Nossa pesquisa tem como objetivo geral, identificar quais experiências marcaram ou marcam os funcionários do hospital regional de Caraúbas-RN, sobre o atendimento a pessoas com surdez e como objetivos específicos, investigar como ocorre o atendimento a pessoas com surdez no hospital regional de Caraúbas-RN e analisar as narrativas dos funcionários de Caraúbas-RN.

A presente pesquisa está organizada da seguinte maneira, dois capítulos teórico que são: a *Situação da saúde pública no Brasil*, que apresenta a saúde na época do Brasil colonial e também a luta da reforma sanitária que resultou na criação do o Sistema único de Saúde (SUS).

No segundo tópico, abordamos sobre *Saúde e acessibilidade direito a dignidade*, fazendo uma breve exposição sobre as dificuldades que os sujeitos surdos enfrentam no atendimento na área da saúde, a falta de acessibilidade no atendimento desses indivíduos muitas vezes causa exclusão ou um mal atendimento; abordamos também nesse tópico sobre o direito a dignidade. Os tópicos que foram apresentados contribuirão para entendermos como funciona o atendimento na saúde pública e a acessibilidade do sujeito surdo.

O interesse de pesquisar, sobre o atendimento na saúde de pessoas com surdez, surgiu a partir de experiências de atendimento vivenciadas pelo o pesquisador em hospitais. Tais atendimentos, lhe fez refletir sobre, se quem é ouvinte que se comunica com a língua oral já encontra muitas dificuldades em atendimentos com os profissionais, imaginemos para o sujeito surdo que muitas vezes não são atendidos (desde a recepção ao consultório médico) por pessoas fluentes em língua de sinais. Nessa perspectiva surgiu a preocupação de abordar quais

experiências narram pessoas que trabalham na área da saúde sobre o atendimento às pessoas com surdez.

Acreditamos que esta pesquisa poderá contribuir para uma reflexão sobre as dificuldades encontradas pelos sujeitos surdos, pois há uma barreira não estrutural e/ou qualitativa, mas principalmente comunicativa entre os profissionais e o surdo.

Ainda sobre esse entendimento, se para milhares de pessoas que são ouvintes que tem uma comunicação “padrão”, que ocorre através de línguas orais, é difícil o atendimento, quanto mais para as pessoas com surdez usuárias da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), que muitas vezes se deparam com profissionais da saúde que não tem conhecimento da Libras, existindo assim, uma limitação comunicativas, deixando de saber realmente o que o surdo está sentindo ou querendo dizer, colocando a saúde em risco, ou muitas vezes sendo preciso que um familiar ou amigo lhe acompanhe para o auxílio no atendimento.

2. SITUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A situação da saúde pública no Brasil sempre apresentou grandes problemas para a população, muitas vezes se tornando escassa. Porém, é necessário voltarmos um pouco o nosso olhar para a história do Brasil, no período colonial, onde não existia sistema de atendimento voltada para a saúde pública, naquela época os índios, negros e colonizadores eram responsáveis pelo o seu próprio tratamento de saúde. Nas tribos indígenas as doenças eram tratadas através das plantas, rezas e ervas nativas cultivadas por eles.

Algumas doenças como gripe, sarampo, coqueluche, tuberculose, varíola e sífilis foram trazidas pelos europeus, antes da chegada dos portugueses em terras, hoje denominadas brasileiras, os nativos se tratavam com matérias prima retiradas diretamente da natureza.

Dessa forma, com a chegada dos portugueses no Brasil, os povos indígenas foram acometidos por diversos tipos de doenças, tais como gripe, sarampo, coqueluche, tuberculose, varíola e sífilis. Desde do século XVI os indígenas foram alvo de várias endemias e epidemias (Ribeiro, 1971).

Segundo Bravo (2006), a partir do século XX, nos anos de 1930, que o estado começa a intervir na área da saúde. No século XVIII, o atendimento médico acontecia através das instituições filantrópica e tendo sua prática liberal. Já no século XIX aconteceram grandes mudanças na economia e política, dando uma iniciativa na saúde pública brasileira.

A partir de 1923 foi desenvolvido o programa de assistência à saúde focando nos trabalhadores e ligada a previdência. Através da Lei Eloy Chaves, no ano de 1923 que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), através dela era concedida aos trabalhadores de carteira assinada atendimento médicos, além dos medicamentos. De acordo com Amorim (2015, p. 17), “as CAPs eram organizadas por empresas por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinha como função a prestação de benefício (pensões e aposentadorias) e assistências médica a seus filiados e dependentes”. Para os trabalhadores de carteira assinada eram garantidos os serviços de saúde através das CAPs, e para as pessoas que não tinham empregos de carteira assinada, o atendimento acontecia através das santas casas e das instituições filantrópicas ou pagavam pelo os serviços como aponta Paim (2009):

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinha acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios (PAIM, 2009, p. 33).

No início da década de 1970, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, através de lutas e mobilizações por redemocratização da saúde brasileira. Segundo Paim (2007, p. 21), “No Brasil, surgiu em meados da década de setenta, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura”. Em 1985, com o fim do regime militar e com a conquista da democracia, no ano seguinte em março de 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de saúde, na cidade Brasília - Distrito Federal. Um evento em que desenvolveu um novo cenário para a saúde da população brasileira.

De acordo com Bravo et al. (2009, p.32/33):

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira está configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes no evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal.

Através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986 foi aprovada a Reforma Sanitária um dos principais movimentos que abordou uma nova organização do sistema de saúde.

Na 8ª Conferência Nacional da Saúde, elaborou-se o seguinte conceito para a saúde.

Em seu sentido abrangente, na qual, Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (BRASIL, 1986)

Direito a saúde não quer dizer só ter atendimento a uma unidade básica a um hospital e sim é a garantia de qualidade de vida, como educação, saneamento básico, alimentação entre outros. Diante disso, a população brasileira só veio ter direito à saúde a partir do movimento da reforma sanitária que sucedeu na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela a Constituição de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei nº 8.080/1990. O artigo 196 apresenta que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O SUS desde da sua criação tem sido uma grande conquista para todos, mesmo diante de muitas dificuldades encontradas, ele garante o acesso a serviços de saúde para toda população e é um dos maiores e melhores sistemas de atendimento público de saúde no mundo e desde da sua criação é promovido o acesso integral, universal e gratuito.

Conforme a Constituição de 1988, o SUS apresenta princípios e diretrizes que presidem no funcionamento e na organização. Que são os princípios e diretrizes doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinados são compostos por: a universalidade, a equidade e a integralidade. Segundo Westphal e Almeida (2001), definem universalidade como:

Universalidade - todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir com isso a figura do “indigente para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho)”. (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 35).

Podemos perceber que de acordo com o princípio da universalidade, toda a população brasileira tem direito aos serviços do SUS. Sendo garantido o atendimento independente da sua

distinção social, econômica ou raça. A constituição do SUS não é pautada só na saúde ela visa também uma sociedade mais democrática, justa e igualitária para todos. Sobre o princípio da equidade Westphal e Almeida apontam que:

Equidade - todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. O SUS não pode oferecer o mesmo atendimento a todas as pessoas, da mesma maneira em todos os lugares. Se isto ocorrer, algumas pessoas vão ter o que não necessitam e outras não serão atendidas naquilo que necessitam. O SUS deve tratar desigualmente os desiguais. (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 35).

O princípio equidade tem o intuito de diminuir a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Esse princípio defende que as pessoas não são iguais e possuem necessidades e condições diferentes. Nos dias de hoje já vivenciamos atendimentos de saúde conforme a necessidade do paciente, sendo que os profissionais de saúde fazem muitas vezes seus atendimentos domiciliar. E sobre integralidade Westphal e Almeida abordam que:

Integralidade - as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido as mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária etc.); Recuperação (atendimento médio, tratamento e reabilitação para os doentes). (WESTPHAL E ALMEIDA, 2001, p. 35).

Embora esses princípios estejam garantidos na Constituição de 1988, na prática, a maneira como isso acontece é diferente. E as diretrizes organizativas tratam sobre descentralização, regionalização e hierarquização e a participação da comunidade. No artigo 198 da Constituição 1988 apresenta:

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 2000, p. 113).

A descentralização é vista como redistribuição de recursos para cada esfera do governo que é da federal para estadual, da estadual para a municipal. A regionalização e hierarquização, é a organização dos serviços de saúde de determinada região, como por exemplo cada gestão municipal deve conhecer as necessidades e problemas de saúde da sua população, e que favoreça ações de vigilância epidemiológica e sanitária. E a participação da comunidade, é vinculado através das conferências de saúde e conselho de saúde, de acordo com a lei de nº 8.142/90 (BRASIL,1990). Dessa maneira, através de suas entidades representativas, a população acompanha e participa das políticas da saúde, bem como, estes poderão fiscalizar cada esfera do governo.

Mesmo com a criação do SUS a saúde no Brasil ainda sofre grandes desafios, que muitas vezes ocorre pelo o fato de ser mal gerenciada e também a falta de investimento financeiro, como podemos vivenciar filas de pacientes à espera de atendimentos, falta de leitos nos hospitais para os pacientes, falta de médicos, escassez de recursos financeiros para pagamentos dos funcionários e também para comprar matérias cirúrgico entre outros.

Como toda conquista encontra-se em processo, ou seja, nem todos os brasileiros têm tido acesso aos serviços de saúde de qualidade. Seja pela ausência de atendimentos às demandas da população, seja pelo tratamento dado ao paciente que procura esses serviços. As constantes denúncias na mídia falam do descaso no atendimento básico nas instituições hospitalares, como também a falta de recursos ou mesmo ingerência por parte das gestões dos hospitais e centros de saúde. (ROCHA 2014 p. 241)

Mediante aos desafios e descasos que encontramos nos serviços de saúde no nosso dia-a-dia, não podemos deixar de apresentar as conquistas ao decorrer dos anos, vários programas desenvolvidos e considerada referência internacional como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF), regularizado no ano de 1994, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), é desenvolvido de forma gradativa e em todo território brasileiro. O ESF é um programa criado com o propósito de contribuir na organização do SUS. Com esse programa acontecerá mais a integralidade e participação da comunidade nos serviços de saúde, como também faz todo o acompanhamento todos os ciclos de vida do ser humano.

“Isto significa que o atendimento prestado pelos profissionais da ESF deve abranger não só o aspecto biológico do ser humano, mas também o psicossocial, realizando assistência centrada na pessoa ao invés da sua doença” (MACIEL, 2008, p. 454). É um programa bem elaborado pois ele é formado por equipes multidisciplinar tendo a participação de médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários entre outros.

Apesar da ESF, ser de grande expansão nos últimos anos, a ausência e escassez de profissionais da saúde em algumas regiões é muito frequente. Pensando nisso, no ano de 2013 foi criado O Programa Mais Médico, para auxiliar no atendimento dos usuários do SUS. Criado pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, tendo como objetivo de reduzir a carência de médicos em regiões prioritária e vulneráveis. Sendo um programa desenvolvido pelo governo federal, com o apoio dos estados e município.

O programa farmácia popular do Brasil (PFPPB), foi criado por meio do Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004, visando ofertar medicamentos considerados básicos e essenciais de forma gratuita ou com baixo custo para população. O programa entrou em funcionamento com unidades próprias em junho de 2004, sendo um programa do governo federal com parceria dos estados e municípios. Em abril de 2004 foi publicado a Lei 10.858, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a disponibilizar medicamentos por meio de ressarcimento, a população tenha acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo. ((BRASIL, 2004b).

No artigo 2º do Decreto 5.090/04, estabelece:

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde.

Nas unidades próprias a Fiocruz é responsável para adquirir medicamentos direto dos laboratórios farmacêuticos para o abastecimento das unidades. O programa também funciona por meio do sistema de co-pagamento, que é a parceria do programa com as drogarias e farmácias privadas, sendo que o governo é responsável por pagar uma parte do medicamento e o cidadão pagam o restante.

Os medicamentos de acesso gratuito são para as doenças de hipertensão, diabetes e asma. Para as doenças como colesterol alto, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, não é ofertado de forma gratuita, mas que através do programa a população compra com baixo custo. O programa também assegura a população adquirir anticoncepcional e fraldas geriátricas com baixo custo.

De acordo com os problemas da população no atendimento as urgências e emergências nas unidades de saúde. O Ministério da Saúde em 2003, criou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a mesma instalou uma rede regionalizada e hierarquizada para melhorar o atendimento e organização na assistência, e objetivando a garantia dos princípios do SUS, que é a universalidade a equidade e a integralidade (BRASIL, 2006). Nesse âmbito foram implantadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), no ano de 2009 por meio da portaria do Ministério da Saúde 1.020/2009. (BRASIL, 2009).

As UPAs, tem como objetivo proporcionar a população o atendimento intermediário, através dos serviços prestados pela a atenção básica e a rede hospitalar. Seu atendimento acontece 24 horas por dia, sete dias da semana, sendo proporcionado atendimento de urgência e emergência.

No ano de 2019, surgiu na China o primeiro caso de contaminação pelo novo COVID-19, e desde então, a doença causada por esse vírus se disseminou de maneira alarmante, tomando proporções mundiais. Hoje, no Brasil já ultrapassamos a marca de mais de 400 mil mortes causada pelo novo Corona Vírus.

Diante a pandemia do COVID-19, se tornou mais evidente para a população brasileira o caos apresentado no SUS, estamos vivendo um momento em que a saúde pública nacional está à beira de um colapso. Podemos ver a insuficiência de recursos para a saúde, a superlotação dos hospitais, a exaustão dos profissionais de saúde, as incertezas de tratamentos entre tantas outras coisas. É um problema que não afeta somente os pacientes e sim os profissionais da saúde, que muitas vezes são contaminados pelo o vírus por não ter equipamentos adequados para a sua proteção. Sendo, que também não tiveram nenhum tipo de treinamento específico para o atendimento dos pacientes.

Outro problema que a população enfrenta e a negligencia apresentada pelo o governo federal. O governo Bolsonaro, desde do começo da pandemia não apresentou nenhuma preocupação com o bem da população diante a pandemia. O atual presidente não prioriza o combate ao COVID-19. Inclusive, por várias vezes tratou a doença como se fosse uma “gripezinha”. Segundo Ocké-Reis (2020), o governo Bolsonaro, em meio ao agravamento da pandemia coloca a população contra o distanciamento social, se preocupando mais com a dívida pública do que com a vida e a fome da população. Podemos perceber que o governo não está preparado para assumir um cargo como o de presidente da república, diante dos números de mortes que afeta nossa sociedade não só no que diz respeito a saúde, mas também a miséria que assola as pessoas com baixa renda, muitas não têm o que comer.

3. SAÚDE E ACESSIBILIDADE: DIREITO A DIGNIDADE

A acessibilidade e a inclusão são dois temas que necessitam ser mais discutidos e percebidos com mais empatia nos olhares de toda sociedade, independentemente se a pessoa tem ou não algum tipo de deficiência ou mobilidade reduzida. Existem casos de acessibilidade em que é preciso ter algum tipo de adaptação para suprir a necessidade de algumas pessoas sem que elas tenham algum tipo de deficiência, como é o caso das pessoas idosas, as grávidas entre outros. Diante disso, a luta por acessibilidade é de todos, pois cada pessoa tem características diferentes, um exemplo disso é a necessidade de um surdo que não é a mesma de um cego, um deficiente físico, idoso entre outros.

De acordo com a lei de acessibilidade nº 10.098, de 19 de dezembro 2000, apresenta no artigo 2º, inciso I, a acessibilidade como:

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL,2000).

Caso o que é requerido na lei fosse colocada em prática, aconteceria a acessibilidade para todos que tem algum tipo de deficiência ou limitação todos os direitos seriam respeitados. No capítulo VII desta mesma lei, aborda sobre “acessibilidade nos sistemas de comunicação e sinalização”. Quando é mencionado a comunicação e sinalização, podemos nos remeter ao sujeito surdo e sua comunicação que deve ser através da língua de sinais. No Brasil a língua predominante do surdo é a Língua Brasileira de Sinais, que é garantida pela lei 10.436, de abril de 2002 (BRASIL, 2002), porém ainda está em processo de difusão, mesmo sendo uma língua regulamentada por lei ela não está acessível em todos os lugares e para todas as pessoas.

Os surdos comumente enfrentaram barreiras na acessibilidade e inclusão em todos os ambientes da sociedade, pelo o fato da sua comunicação ser através da língua de sinais. De acordo com Bregonci e Machado (2010, p. 68), “pensar em LIBRAS para os sujeitos surdos é mais que pensar simplesmente em acessibilidade, é pensar em um mecanismo no qual os seus usuários poderão exercer seus direitos de cidadão”.

Podemos afirmar que a acessibilidade é fundamental em todo os serviços prestados na sociedade, mas um do ponto principal e preocupante é nos atendimentos de saúde. Visto que se não houver acessibilidade para o sujeito surdo por parte dos profissionais de saúde, o atendimento não ocorrer de maneira satisfatória por falta de comunicação. O essencial para a

acessibilidade e inclusão do surdo é o uso da língua de sinais, tanto por respeito a sua comunicação como a sua identidade e cultura surda. Aranha (2001) argumenta que:

A inclusão social, portanto, não é processo que diga respeito somente a pessoa com deficiência, mas sim a todos os cidadãos. Não haverá inclusão da pessoa com deficiência enquanto não for inclusiva, ou seja, realmente democrática, onde todos possam igualmente se manifestar nas diferentes instâncias de debate e de tomada de decisões da sociedade, tendo disponível o suporte que for necessário para viabilizar essa participação. (ARANHA, 2001, p.20)

Desse modo se toda sociedade tivesse o conhecimento da língua de sinais, a inclusão dos surdos aconteceria, mas podemos perceber que é uma luta que já faz anos, mas os avanços são lentos e burocráticos, ocasionando um certo retardo na difusão e uso por parte não só dos surdos, mas também por parte dos ouvintes.

Outro ponto relevante nesse processo de efetivação na acessibilidade e inclusão dos surdos são os tradutores intérpretes, pois por muitas vezes para que aconteça a comunicação entre surdo e ouvinte se torna indispensável a presença desse profissional que empresta sua voz e seus ouvidos ao surdo. Temos por exemplo desse empréstimo de sentidos, a presença de tradutores intérpretes em palestras, algumas propagandas, em algumas escolas públicas, em alguns espaços políticos entre outros.

O artigo 18, da lei nº 10.098, de 19 de dezembro 2000, afirma que:

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

Rodrigues e Damião (2014), apresenta que nas instituições de saúde que não tem intérpretes e os funcionários não tem conhecimento da Libras o sujeito surdo se sentem muitas vezes excluídos. Nesse sentido, a falta de conhecimentos dos profissionais da saúde tanto pode excluir o sujeito surdo, como também pode resultar na não compreensão podendo ocasionar erros medicamentosos, erro no diagnóstico entre outros, expondo o sujeito surdo a riscos que podem comprometer sua saúde e vida.

Segundo Silva (2010), é através da comunicação que o profissional de saúde pode decifrar e entender a necessidade do indivíduo. Portanto para suprir a necessidade do sujeito surdo é fundamental que ocorra a comunicação entre o sujeito surdo e profissional de saúde, é através da comunicação que os indivíduos interagem.

De acordo com o Decreto n. 5626, de dezembro de 2005, que regulamentou a Lei 10.436/02, os atendimentos nos serviços de saúde devem acontecer diferenciadamente para a comunidade surda, estes que são minoria sociolinguística e cultural, usuária da língua brasileira de sinais (BRASIL, 2005). No capítulo VII do Decreto de Lei nº 5.626, trata-se da “garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva” (BRASIL, 2005), mas apesar de existirem leis que garantam atendimento as pessoas com surdez em unidade de saúde, a ausência dos profissionais tradutores intérpretes da área de Libras ainda é significativa.

Porém, é relevante destacar que é obrigação prevista por lei que o estabelecimento ou prestador de serviço esteja preparado para receber o surdo, ou seja, o interesse deve partir dos profissionais da saúde, procurar meios para aprender língua de sinais para realizar o atendimento de forma humanizada. Quando os profissionais se comunicam através da língua de sinais facilita a acessibilidade, assim como também é um ato de dignidade para o sujeito surdo.

Na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, apresenta o princípio de dignidade, no seu art. 1º inciso III- a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, p.1). De acordo com a constituição de 1988, a dignidade foi exposta como um direito de todas as pessoas humanas. Rocha (1999), discorre que:

Contra todas as formas de degradação humana emergiu como imposição do Direito justo o princípio da dignidade da pessoa humana. A degradação encontra sempre novas formas de se manifestar; o Direito há de formular, paralelamente, novas formas de se concretizar, assegurando que a Justiça não se compadeça do aviltamento do homem ou da desumanização da convivência (ROCHA, 1999, p. 25).

A dignidade é um direito de todas as pessoas, para o sujeito surdo a língua de sinais é um ato de dignidade e deve ser respeitado, nesse sentido o atendimento do profissional da saúde deve acontecer através da língua de sinais. Rocha (1999, p 25), também apresenta que, “A dignidade humana independe de merecimento pessoal ou social. Não se há de ser mister ter de fazer por merecê-la, pois ela é inerente à vida e, nessa contingência, é um direito pré-estatal”.

Todas as pessoas são dignas de acesso igualitário nos serviços e bens prestados na sociedade, sejam eles na saúde, educação, cultura, lazer ou outros. Quando acontece a acessibilidade é respeitado a dignidade do ser humano.

Na Lei Federal nº 13.146 de 06 de julho de 2015, institui a Lei Brasileira Inclusão da Pessoa com Deficiência, denominado (Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). O capítulo III intitulado Do direito à saúde, no art. 18. Parágrafo 2º, dispõe:

É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia. (BRASIL, 2015)

Podemos ver que de acordo com a lei da inclusão, os atendimentos dos profissionais da saúde devem acontecer para as pessoas deficientes de acordo com as suas especificidades, garantindo assim sua dignidade e autonomia. É fundamental desenvolver políticas públicas, que garantam a inclusão de todas as pessoas.

Barroso (2003, p.37) apresenta que, “o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana identifica um espaço de integridade moral a ser assegurado a todas as pessoas por sua só existência no mundo”. Portanto, o princípio de dignidade não é preciso estar na lei para ser respeitada, todos os seres humanos desde da sua existência já tem esse valor concebido.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa apresentada tem uma abordagem qualitativo na educação, visto que são apresentadas experiências, de acordo com narrativas autobiográficas. A pesquisa qualitativa valoriza os aspectos descritivos e as experiências das pessoas sobre o tema abordado. “Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico” (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p. 16).

Além disso, os autores supracitados acrescentam cinco características que precisam ser respeitadas na pesquisa qualitativa: 1) o ambiente natural como fonte direta de dados bem como o pesquisador ser o principal instrumento; 2) os dados coletados são principalmente descritivos; 3) o interesse do pesquisador está centrado no processo; 4) os dados são analisados de forma indutiva; 5) o sentido que as pessoas dão as suas experiências de vida merecem atenção especial do pesquisador.

Dessa maneira, entendemos que o pesquisador deve ter um olhar e uma escuta sensível aos acontecimentos apresentados nas entrevistas narrativas, respeitando as diferenças e particularidades de cada colaborador e de cada história.

Minayo (2002, p. 22-23), conceitua:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO 2002, p. 22-23).

Na pesquisa qualitativa os participantes apresentam informações subjetivas, experiências que são vivenciadas no seu dia-a-dia, de acordo com valores, crenças, atitudes etc.

Ademais, Passeggi (2011, p. 17) afirma que: “As narrativas biográficas e (auto)biográficas permitem incluir tanto as histórias de uma vida, quanto o fragmento delas, elas podem designar tanto aquelas que são produzidas oralmente, quanto por escrito ou ainda por meio de gesto, expressões midiáticas e digitais[...]”. Com isso, depreendemos que as narrativas (auto)biográficas podem contemplar apenas uma experiência ou uma história de vida, além disso, percebemos uma diversidade na forma ao qual são compartilhadas.

A narrativa (auto)biográfica consiste em trabalhar o sujeito seja na sua vida pessoal ou profissional, levando em considerações suas emoções, limitações, convivências entre outros.

A pesquisa biográfica coloca em conexão fenômenos sociais diferentes com a experiência pessoal de modo a compreendê-la de maneira nova, diferente. É assim que o método biográfico tem obtido um espaço sempre maior na pesquisa acadêmica: somente nos últimos trinta anos observamos uma virada importante. (BENEILLI, 2014, p.7).

Quando narramos nossa biografia para alguém estamos compartilhando nossa vida os nossos sentimentos seja eles tristes ou alegres, repassando situações talvez que ele nunca tenha passado, mais que pode ocasionar que o mesmo reflita e entenda o que sentimos, de olhar a necessidade do próximo buscando sempre um meio de poder ajudar.

O nosso sistema social encontra-se integralmente em cada um dos nossos atos, em cada um dos nossos sonhos, delírios, obras, comportamentos. E a história deste sistema está contida por inteiro na história da nossa vida individual. (FERRAROTI, 1988, p. 26).

As narrativas (auto)biográfica nos ajudam a perceber o quanto ainda somos egoístas e o quanto precisamos ter mais empatia com o outro e com a história do outro. Esse método de pesquisa nos humaniza (PASSEGGI, 2010), permite a quem pesquisa e a quem colabora com a pesquisa, momentos reflexivos de rememoração e transformação.

Corroboramos com Passeggi (2010, p.112) ao afirmar que “Não se busca obstinadamente “verdade objetiva”, pois se tem consciência que a “realidade” passa, obrigatoriamente, pela mediação dos sistemas simbólicos, constitutivos do imaginário social, que é, por sua vez, subjetivado pelos indivíduos.” Compreendemos que a intenção não é a busca de uma verdade absoluta ou o que faz parte de uma construção da imaginação, mas são as questões que perpassam todo este movimento. Na narrativa autobiográfica o sujeito abordar fatos sociais com experiências individuais e coletivas.

As entrevistas narrativas são infinitas em sua variedade, e nós as encontramos em todo lugar. Parece existir em todas as formas de vida humana uma necessidade de contar; contar histórias é uma forma elementar de comunicação humana e, independentemente do desempenho da linguagem estratificada, é uma capacidade universal. (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2002, p. 91).

Nessa perspectiva entendemos que a entrevista narrativa foi o procedimento metodológico mais adequado para abordar as experiências de funcionários sobre o atendimento às pessoas com surdez. Fundamentados nos princípios de Jovchelovitch e Bauer (2002) os quais apontam que as entrevistas narrativas visam encorajar seus participantes a narrarem suas histórias de vida, além disso, conectam os pesquisadores com uma diversidade de histórias/experiências que compõem o cotidiano social pesquisado. Os autores chamam atenção ainda para a elaboração dos questionamentos, pois estes devem estar de acordo com as características de cada grupo social ou sujeito, articulados com o objeto de estudo, objetivos e problemáticas da pesquisa em desenvolvimento

Nossa pesquisa foi realizada com funcionários do Hospital Regional Doutor Aginaldo Pereira da Silva, situado na rua Aparício Carlos Fernandes N°299, Bairro-Sebastião Maltez Fernandes -Caraúbas-RN. Com sua obra iniciada em 1978 recuperada e inaugurada no ano de 1988. Atende casos de urgência e emergência, atualmente, dispõem de 35 leitos, sendo 3 para internação de pessoas doente de corona vírus. Disponibiliza das especialidades como, cirurgias gerais, clínica geral, obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica e pediátrica. Seu quadro de funcionários é composto por 196 pessoas entre eles terceirizado, concursado e efetivos.

Desse quadro de quase duzentas pessoas escolhemos três para serem nossos colaboradores da pesquisa, seus nomes verdadeiros não foram divulgados por questão de ética, mas utilizaremos nomes fictícios escolhidos pelos próprios colaboradores. Reiteramos ainda que antes de dar início às entrevistas, explicamos sobre a pesquisa, enviamos por e-mail os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apresentando o objetivo da pesquisa, os

riscos e benefícios da participação. Escalaremos também que a participação era voluntária e que a qualquer momento antes da entrega final do trabalho os colaboradores poderiam desistir de participar.

Tabela 01- Dados dos participantes da pesquisa

Nomes	Sexo	Profissão	Idade	Trabalhador	Tempo de Trabalho
Morais	Masculino	Maqueiro	48	Contratado	13 anos
Cavalcante	Masculino	Recepcionista	53	Efetivo	24 anos
Maria	Feminino	Tec. Enfermagem e instrumentador de centro cirúrgico	52	Efetivo	32 anos

Tabela 01 – Produção Nossa

Essa pesquisa trata de entrevista narrativa na qual objetivamos identificar quais experienciais marcaram ou marcam os funcionários do hospital regional de Caraúbas-RN, sobre o atendimento a pessoas com surdez.

Para a realização das entrevistas, devido à situação pandêmica que nos encontramos hoje, precisamos nos prevalecer de novas tecnologias para a conseguirmos fazer as entrevistas. Usamos o whatsapp como ferramenta, visto que o grupo entrevistado trabalha em local de risco, o hospital, e uma das pesquisadoras encontra-se gestante, dessa maneira, acreditamos que ser mais prudente fazer as entrevistas através de vídeo chamadas e para retirada das dúvidas conversas individuais pelo aplicativo supracitado.

No que diz respeito as análises, após as entrevistas narrativas, fizemos a transcrição destas, em seguida, a devolvemos aos colaboradores para que eles tivessem ciência da transcrição e validassem nosso respeito e ética para com sua história. Após a ratificação dos colaboradores iniciamos uma leitura cuidadosa e reflexiva sobre sua fala, e então começamos nosso processo de análise. Reiteramos ainda que seguindo um princípio de Jovchelovitch e Bauer (2002), que tem sido adotado pelo Grupo de Estudos e Pesquisas com Narrativas (Auto)Biográficas em Educação (GEPNAE), foi feita uma análise temática. Esse tipo de análise se dá pela recorrência discursiva, a partir das experiências compartilhadas pelo nosso colaborador.

5. O ATENDIMENTO NO ESPAÇO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE À LUZ DE QUEM PRESTA O SERVIÇO

Conforme a constituição federal de 1988, artigo 196, “A saúde é direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). O atendimento de todas as pessoas no sistema de saúde deve ser garantido de acordo com a especificidade de cada pessoa.

Mesmo no Brasil possuindo lei que garanta o atendimento e tratamento de saúde adequada para todos, infelizmente para o sujeito surdo essa realidade é bem diferente. Nos atendimentos aos surdos é comum encontrar limitações comunicacionais.

Magrini e Santos (2014, p. 552) nos mostra que:

O bloqueio de comunicação entre surdos e profissionais de saúde pode ser considerado um obstáculo para a comunidade surda ao procurar os serviços de saúde. Tal fato pode comprometer a qualidade de vida e saúde dessas pessoas, além de gerar possíveis complicações na relação do surdo com os profissionais de saúde, confiança no profissional e aderência ao tratamento.

O fundamental dos atendimentos é o uso da língua de sinas, sendo quando não é utilizada o direito do surdo não é respeitado como também o tratamento não pode ser eficaz. A comunicação é essencial na vida das pessoas, ela permite a socialização e a autonomia dos indivíduos. A comunicação pode ser transmitida através da linguagem verbal, que é expressada por meio de palavras escritas ou faladas e não verbal utiliza-se signos visuais, como gestos (que na Libras é chamado se sinas), ilustrações, placas, etc. No caso o sujeito surdo o ideal é a comunicação através da linguagem não verbal.

A linguagem não verbal é um recurso de comunicação que precisa ser conhecido e valorizado na prática das ações em saúde. Mesmo que não se conheça a língua de sinais, é fundamental interpretar seus aspectos suprasegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais. (CHAVEIRO, PORTO e BARBOSA, 2009, p. 148).

Para o sujeito surdo muitas vezes a linguagem não verbal é vista como uma barreira comunicacional na sociedade. No sistema de saúde quando o atendimento acontece através da comunicação não verbal, o profissional respeita a autonomia do sujeito surdo. Ao realizarmos está pesquisa pudemos perceber através das narrativas experiências de atendimento ao sujeito surdo no hospital regional de Caraúbas.

A minha experiência como maqueiro de hospital é uma profissão que recebe todas as pessoas com deficiência, já veio deficiente da visão, e dentre outros, uma vez ocorreu de uma pessoa com surdez chegou até o hospital, porém a pessoa veio com acompanhante pois, já sabia que a comunicação seria difícil. (Excerto retirado da entrevista de MORAIS, 2021)

De acordo com Moraes (2021), podemos perceber que o atendimento ao sujeito surdo foi realizado pelo o acompanhante. A comunicação foi entre o profissional e o acompanhante, ou seja, entre os dois ouvintes. Moraes (2021), narra que se não tivesse o acompanhante como mediador a comunicação seria difícil. Muitas vezes quando não acontece o atendimento do surdo com o profissional, o sujeito surdo fica excluído por falta de comunicação o que pode muitas vezes causar constrangimento.

Na narrativa de Cavalcante (2021), ele também apresenta o acompanhante com mediador.

Trabalho na recepção fazendo fichas de urgência quando normalmente chega um surdo ele vem acompanhado de outra pessoa, eu quase não tenho contato com ele, eu tenho contato sim com o acompanhante, sem nenhuma dificuldade especial, ela me dá os dados do paciente eu anoto endereço documentos, os dados pessoais e após eu fazer o preenchimento dessa ficha eu entrego nas mãos do acompanhante, e ele sai juntamente com ela para o atendimento com o médico. (Excerto retirado da entrevista de CAVALCANTE, 2021).

Podemos perceber que a narrativa de Cavalcante (2021), não se difere da narrativa de Moraes (2021). No atendimento, o acompanhante é quem se comunica com o profissional da saúde. Tanto no excerto de Moraes (2021), quanto no de Cavalcante (2021), percebemos o quanto a falta de comunicação desumaniza o sujeito, pois devido as limitações linguísticas existente desde o (pré)atendimento a presença do surdo é ignorada, toda e qualquer comunicação é realizada com/para o ouvinte.

Reiteramos que não se trata apenas a quem se porta no ato comunicacional, mas com o fato de o surdo estar à mercê, na dependência de um ouvinte preferencialmente de sua confiança. Caso o surdo não tenha essa pessoa, ou seja, acometido por uma situação de urgência não será devidamente atendido? Não queremos com esse questionamento apontar erros, ou defeitos e/ou falhas no atendimento à pessoa com surdez, mas queremos refletir sobre essa problemática.

Em um plantão qualquer, mim deparei com um paciente com surdez. A assistência para com essa pessoa não foi tão eficiente assim, já que eu só conseguia me comunicar com o acompanhante (não apresentava surdez), (Excerto retirado da entrevista de MARIA, 2021).

Na narrativa de Maria (2021), ela não considera o atendimento com o surdo eficiente, pelo o fato da comunicação ter sido com o acompanhante e não com o surdo. Ao compararmos as narrativas de experiências de Moraes (2021), Cavalcante (2021) e Maria (2021), compreende-se que nos atendimentos os surdos vêm sempre acompanhados. O acompanhante tornando-se a peça essencial durante o atendimento do sujeito surdo.

É relevante destacar que a língua de sinais é língua natural do sujeito surdo, e cada país tem sua própria língua de sinais que atende as demandas de cada cultura e comunidade surda referente ao país que está inserida. No Brasil temos a Libras. De acordo com Fagundes (2019, p.105), “A língua de sinais é para os surdos o maior ato de libertação linguística, social, intelectual, ideológico, político e emocional, pois é a partir dela que eles passam a compreender e participar do mundo ao seu redor”. É através da língua de sinais que acontece a inclusão e acessibilidade do sujeito surdo na sociedade.

Seria um pouco complicado para mim se ela chegar sozinha pois não sei nada da língua de sinais, e muito menos quem iria fazer a ficha dela, também teria dificuldade. Provavelmente só iria tentar me comunicar através de gestos. (Excerto retirado da entrevista de MORAIS, 2021).

Na narrativa de Moraes (2021), podemos ver que para ele seria complicado o atendimento do surdo sem o acompanhante, pois ele não sabe nada da língua de sinais. Embora já tenha pensado em uma estratégia que seria o uso dos gestos, mesmo não sendo uma língua, é uma comunicação não verbal que pode minimizar os problemas comunicacionais.

Deixamos claro que essa não é a solução mais eficaz, mas na perspectiva de Moraes (2021) é uma possibilidade. Salientamos também que as línguas de sinais não são gestos aleatórios, vazios de significados, signos e significantes, ao contrário, tem normas, estruturas, gramáticas e são carregadas de sentidos semânticos, políticos e ideológicos, assim como quaisquer línguas orais.

Quando Moraes (2021) fala sobre os gestos que usaria, não está se referindo aos sinais da Libras, mas se refere aos gestos caseiros como por exemplo, balançar a cabeça como um sinal de positivo ou negativo. Então Moraes (2021), mesmo não tendo o conhecimento da língua de sinais procurava outras estratégias de comunicação para o atendimento. Os gestos como menciona o funcionário naquele momento, seria importante visto que iria ajudar no atendimento ao surdo, mas o ideal é o uso da língua de sinais para melhor acessibilidade do surdo.

É sempre assim, a gente fica dentro da sala, basicamente fala com a pessoa. É mais nas questões das informações, e depois que a gente preenche a ficha ele vai em procura do médico, a gente tem contato com o surdo com olhar dar um sinal, balançar a cabeça já que a gente não tem

conhecimento dos sinais para falar com ele, e uma coisa bem rápida e básica é desse jeito que tenho contato com eles. (Excerto retirado da entrevista de CAVALCANTE, 2021).

Cavalcante (2021), narra que o contado que ele tem com o surdo é no olhar, balançando a cabeça. Podemos perceber que não apresenta interesse para se comunicar com o surdo. Compreendemos que os surdos são minoria linguística no Brasil, mas isso não deve ser determinante no não desejo e/ou necessidade para aprender o básico da Libras. A Lei 10.436/02, a qual é regulamentada pelo Decreto 10.436/05 preconiza que nos espaços públicos de atendimento deve haver acessibilidade linguística e visual para os indivíduos surdos. Logo, podemos inferir que os hospitais públicos deveriam dispor de algum tipo de acessibilidade para os surdos. Strobel (2008) explica que:

A língua de sinais é uma das principais marcas da identidade de um povo surdo, pois é uma das peculiaridades da cultura surda, é uma forma de comunicação que capta as experiências visuais dos sujeitos surdos, sendo que é esta língua que vai levar os surdos a transmitir e proporcionar-lhe a aquisição de conhecimento universal (STROBEL, 2008 p. 44).

Assim como explica Strobel (2008), a língua de sinais é a marca da identidade, das lutas por direitos a igualdade de se comunicar com sua língua natural da comunidade surda, de modo que cultura seja respeitada e valorizada diante da sociedade. A língua de sinais deve ser acessível para o sujeito surdo. Assim como as línguas orais são para os ouvintes, a língua de sinais deve ser para os surdos, permitindo a interação com as outras pessoas.

Quadros (1997, p.47) afirma que:

Tais línguas são naturais internamente e externamente, pois refletem a capacidade psicobiológica humana para a linguagem e porque surgiram da mesma forma que as línguas orais - da necessidade específica e natural dos seres humanos de usarem um sistema linguístico para expressarem ideias, sentimentos e ações. As línguas de sinais são sistemas linguísticos que passaram de geração em geração de pessoas surdas. São línguas que não se derivaram das línguas orais, mas fluíram de uma necessidade natural de comunicação entre pessoas que não utilizam o canal auditivo-oral, mas o canal espaço-visual como modalidade linguística (QUADROS, 1997 p. 47).

A modalidade da língua de sinais é espaço-visual, isso porque os surdos interagem, aprendem e apreendem as informações através os olhos, observando os sinais, gestos, expressões faciais e corporais dos indivíduos e do mundo que os cercam.

A Libras foi reconhecida pela Lei nº 10.436, de abril de 2002, como meio de comunicação e expressão da comunidade surda do Brasil. No ano de 2005, a libras foi regulamentada pelo Decreto nº 5.626, de dezembro de 2005.

Para haver inclusão e acessibilidade do sujeito surdo no acesso aos ambientes é preciso que a sociedade respeite a diversidade humana, assim como a comunidade ouvinte tem sua língua, cultura e identidade a comunidade surda também tem. Porém, tanto a língua quanto a cultura, identidade e comunidade surda ainda não são tão difundidas, muitas vezes o conhecimento das pessoas é muito superficial com relação a essas coisas, como podemos ver na narrativa de Maria (2021), na qual percebemos que ela não tem o conhecimento da língua de sinais. *Justamente pelo o fato de eu não possuir o conhecimento em Libras. Sendo assim, é perceptível a importância da democratização do ensino de Libras. (Excerto retirado da entrevista de MARIA, 2021).*

Percebemos através da narrativa de Maria (2021), que ela considera importante a democratização da Libras, para que o atendimento torne-se acessível para todos. Morais(2021) ao narrar afirma:

Porém entendo que quem trabalha diretamente com público deve estar sempre preparado. Mas também acho que a empresa na qual trabalho deveria também se preocupar com este lado de inclusão e realizar conosco cursos que nos ajudassem pelo ao menos o básico na comunicação com pessoas com surdez (Excerto retirado da entrevista de MORAIS, 2021).

Na narrativa de Morais (2021) podemos perceber que ele considera fundamental estar preparado para o atendimento do surdo. Que a empresa na qual trabalha, ofereça cursos de língua de sinais para a comunicação e inclusão com surdo. É relevante destacarmos nessa pesquisa que a UFERSA dispõe de um projeto de pesquisa intitulado *Educação e saúde, escola e hospital: narrativas de crianças, familiares e professores*, coordenado pela professora Simone Maria da Rocha, e é desenvolvido no hospital regional de Caraúbas, esse projeto dispunha de alguns alunos do curso de Letras Libras que tinha como proposta oferecer cursos de Libras básico para os funcionários efetivos, contratados e terceirizados do hospital. Porém, devido a pandemia, a qual estamos enfrentando, as atividades presenciais foram suspensas por questão de segurança.

No artigo 3º da lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, declara que:

As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor (BRASIL, 2002).

Enfim, dispositivos legais não faltam para que os surdos tenham a devida assistência nos atendimentos hospitalares, no entanto, toda mudança requer tempo e disposição dos órgãos e pessoas envolvidas para que isso ocorra, além disso é também necessária uma transformação atitudinal em entender que os sujeitos não são uniformes, não seguem o mesmo padrão, logo as especificidades são inerentes a cada indivíduo, independentemente de ser surdo ou não.

Com isso, percebemos que os nossos colaboradores não tiveram experiências linguísticas exitosas com os sujeitos surdos, ainda precisam de um mediador comunicacional apesar de compreenderem a necessidade de aprenderem a língua de sinais para desempenharem um serviço, no que concerne ao surdo, de qualidade.

6. CONCLUSÃO

A comunidade surda brasileira sempre enfrentou desafio na sociedade devido sua comunicação. Nos últimos anos aconteceram grandes conquistas mediante a lei nº10.436/02 (BRASIL, 2002), que reconhece a Libras como meio de comunicação e expressão do sujeito surdo. Esse ganho legal munuiu a comunidade surda de argumentos e meios que pudessem lutar com respaldo jurídico por seus direitos. Assim, os atendimentos de saúde em Libras são imprescindíveis para que haja uma comunicação adequada entre os profissionais da saúde e o sujeito surdo.

A pesquisa teve como objetivo identificar quais experiências marcaram ou marcam os funcionários do hospital regional de Caraúbas-RN, sobre o atendimento a pessoas com surdez. Acreditamos que atingimos este objetivo quando concluímos que as experiências narradas por nossos colaboradores não foram exitosas no que diz respeito a comunicação com os surdos, ou seja, as marcas dessas experiências estão relacionadas as limitações linguísticas.

Com isso, percebemos que os enfrentamentos linguísticos dos sujeitos surdos podem lhes causar alguns prejuízos educacionais e sociais, ambos podem lhes trazer prejuízos que podem custar a própria vida, visto que nos atendimentos de saúde uma boa comunicação é fundamental para um atendimento adequado e de qualidade.

Através dessa pesquisa apresentada, podemos perceber que o atendimento hospitalar e/ou ambulatorial deve partir da individualidade de cada usuário, atendendo as especificidades de cada um. Dessarte, só existe acessibilidade e inclusão quando é respeitado e garantido o direito de cada sujeito, e tanto a Libras quanto saúde são direitos inegociáveis que são determinantes na vida dos indivíduos.

7. REFERÊNCIAS

AMORIM, P.E.G.B. **Controle social no município de Vitória da Conquista**: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde. / Paulo Edson Gomes Botelho Amorim. Vitória da Conquista, BA 2015, 94 f.

ARANHA, M. S.F. Paradigmas da relação da sociedade com as PcDs, **Revista do ministério público do Trabalho**, ano XI, n. 21. 2021, p 160 173.

BARROSO, L. R. Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro (Pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). In: _____. A Nova Interpretação Constitucional: ponderação, direitos fundamentais e relações privadas. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BENELLI, C. O docente como profissional reflexivo: o papel da biográfica formativa e profissional. **Debates em Educação**, Maceió, v. 6, p.1-18, 2014.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Trad. Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**/Ministério da Saúde.3. Ed. Ampl. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Disponível em:<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 5 de mar. de 2021.

BRASIL. **Decreto no 5.296, de 02 de dezembro de 2005**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em 20 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm. Acesso em: 10 de abr. 2021.

BRASIL. **Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. **Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 1020, 15 de maio de 2009.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.html. Acesso em 30 de abril 2021.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al, (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; BARBOSA, M. A. **Relação do paciente surdo com o médico.** Rev. Bras. Otorrinolaringol. São Paulo, v. 75, n. 1, p. 147- 150, fev. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992009000100023>>. Acesso em: 8 abri. 2021.

FAGUNDES, I. P. **Do refletir ao fazer no ensino de libras:** narrativas (autobiográficas) de professores surdos / Isabelle Pinheiro Fagundes– Mossoró, RN, 2019. 212 f

FERRAROTTI, F. Sobre a autonomia do método biográfico. In: NÓVOA, António; FINGER, Matthias (Orgs.). **O método (auto) biográfico e a formação.** Lisboa: Ministério da Saúde. Depart. Dos Recursos Humanos da Saúde/Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1988. p. 17-34.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

MACIEL, M. E. **A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência.** Cogitare Enferm. 2008. Jul./Set.: 13(3):453-6

MAGRINI, A. M.; SANTOS, A. M. M.; **Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema?** In: Rev. Distúrbios da Comunicação, v. 26, n. 3, p. 550-558, setembro, 2014, São Paulo: PUC-SP. Disponível em<<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14880/15215>>. Acesso em 8 maio 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.

OCKÉ-REIS, C.O. Democracia brasileira sob fogo cruzado. Disponível em: <http://revistarosa.com/1/democracia-brasileira-sob-fogo-cruzado>. Acesso. 15 abr. 2021.

PAIM, J. S. O que é SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica.** 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PASSEGGI, M. C. **A pesquisa (auto)biográfica em Educação**. Princípios epistemológicos, eixos e direcionamentos da investigação científica. In: VASCONCELOS, Maria de Fátima. (Orgs.). Em torno da noção de alteridade, 2011.

PASSEGGI, Maria da Conceição. Narrar é humano! Autobiografar é um processo civilizatório. In: PASSEGGI, Maria da Conceição; SILVA, Vivian Batista da. (Orgs). **Intervenções de vida, compreensão de itinerários e alternativas de formação**. Cultura Acadêmica, São Paulo, 2010.

QUADROS, R. M. **Educação de surdos: a aquisição da linguagem**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

RIBEIRO, L. **Medicina no Brasil Colonial**. Rio de Janeiro: GB, 1971.

ROCHA, C. L. A. O princípio da dignidade da pessoa humana e a exclusão social. **Revista Interesse Público**, nº4, 1999

ROCHA, S. M. **Viver e sentir; refletir e narrar**: crianças e professores contam suas experiências no hospital e na classe hospitalar. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Educação. Programa de Pós-graduação em Educação. - Natal, RN, 2014. 338f.

RODRIGUES, S. C. M.; DAMIÃO, G. C. Ambiente Virtual: **auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de Atenção Básica**. Rev. Esc. Enferm. USP 2014; 48(4):731-8.

SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio: **a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 7. ed. 2010. São Paulo: Edições Loyola. 2010. 133p.

STROBEL K. **As imagens do outro sobre a cultura surda**. Florianópolis: UFSC, 2008.

WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E. S. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. [S.l: s.n.], 2001.

