

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Maria Betânia Monteiro de Farias

**Percepção da pessoa surda
sobre qualidade da assistência em saúde**



Curso de Mestrado em Educação para a Saúde



Setembro 2016

Maria Betânia Monteiro de Farias

Percepção da pessoa surda
sobre qualidade da assistência em saúde

Tese de Mestrado

Mestrado em Educação para Saúde

Orientação: Prof.^a Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes.



Setembro 2016

AGRADECIMENTOS

A DEUS primeiramente, por ter me concedido a graça de alcançar mais um objetivo;

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo e apoio para prosseguir meus estudos;

À Professora Doutora Madalena Cunha, por sua disponibilidade e paciência na orientação científica para o êxito deste trabalho;

Aos sujeitos surdos que contribuíram com a pesquisa, por todo acolhimento e disponibilidade em participar deste estudo.

Aos meus colegas de trabalho por todo incentivo psicológico, intelectual e material com os quais não teria conseguido concluir mais uma etapa do meu crescimento pessoal e profissional.

RESUMO

A barreira de comunicação existente entre as pessoas surdas e ouvintes prejudicam a participação ativa da pessoa surda na sociedade, uma vez que dificultam a manifestação de suas opiniões e sua interferência direta no processo de construção do conhecimento. Como forma de amenizar as desigualdades, foi promulgada em 2005 uma lei, conhecida como Lei de Libras, que dentre outras coisas, garantem o acesso bilíngue, nas línguas portuguesa e de sinais, aos serviços essenciais de saúde e educação. Este trabalho de pesquisa teve o objetivo de avaliar a percepção da pessoa surda quanto à qualidade das ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde públicas, tendo em vista o cumprimento das leis vigentes voltadas para a inclusão da pessoa surda no acesso à saúde pública. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva e enfoque transversal, realizado numa amostra de 15 pessoas surdas portadoras de perda auditiva severa ou profunda, de ambos os sexos (10 homens e 5 mulheres), que se comunicam através da Língua Brasileira de Sinais (Libras), com idade entre 20 a 38 anos, usuárias dos serviços públicos de saúde, que buscaram atendimento em 2014. Foi utilizado um questionário estruturado. Os resultados apresentados evidenciam uma comunicação inadequada entre pacientes e profissionais da saúde, além da falta de intérpretes e de precariedade na estrutura física. Estes fatos, aliados à necessidade de contratação de intérpretes por parte dos usuários, refletem um desvio da responsabilidade do Estado, no que tange ao acesso pleno aos bens e serviços de saúde conforme as leis vigentes.

Palavras-chaves: Acessibilidade; Saúde Pública; Surdez; Língua Brasileira de Sinais; Identidade surda.

ABSTRACT

The existing communication barrier between deaf people and hearing people impair the active participation of deaf people in society since it hinders the expression of their opinions and their direct interference in the knowledge construction process. In order to reduce inequalities, a law known as the Libras Act was enacted in 2005, which among other things, ensure bilingual access, in Portuguese and Sign Language, to essential health and educational services. This research aimed to evaluate the perception of the deaf people and the quality of the services offered by public health institutions, in compliance with existing laws aimed at the inclusion of deaf people in access to public health. It is a study of exploratory and descriptive, cross-sectional approach, carried out on a sample of 15 deaf people with severe or profound hearing loss in both genders (10 men and 5 women) who communicate through the Brazilian Sign Language (Libras), aged 20 to 38 years old, users of public health services, seeking care in 2014. We used a structured questionnaire. The study results indicate inadequate communication between patients and health professionals, and the lack of interpreters and precariousness in the physical structure. These facts, coupled with the need for users to hire their own interpreters, reflect a shift of state responsibility with regard to full access to health services according to current laws.

Key - words: Accessibility; Public health; Deafness; Brazilian Sign Language; Deaf identity.

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Característica sócio-demográfica da amostra em função do sexo	39
Fonte: Dados da própria pesquisa	

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Alfabeto datilológico da Libras	29
Fonte: Brito P. H. S., Franco N. M., & Coradine L. C. Falibras. 2012. Uma ferramenta flexível para promover acessibilidade de pessoas surdas. Congresso Internacional de Informática Educativa-TISE, 8:87–96.	
Figura 2 – Número de equipes nas UBS por população coberta	31
Fonte: Ministério da Saúde (2008). Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília - DF	
Figura 3 – Correspondência entre os fatores determinantes da qualidade de serviços e os princípios do SUS	41
Fonte: Presidência da República (1990) e Fadel (2006).	
Figura 4 - Paralelismo entre os princípios do SUS, os fatores determinantes da qualidade de serviços, e os pontos observados na pesquisa	43
Fonte: Fadel (2006) e Presidência da República (1990).	

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Satisfação quanto à qualidade da comunicação nos serviços 45

Fonte: Dados da própria pesquisa

Tabela 2 - Satisfação em relação à qualidade da assistência quanto à estrutura e serviços especializados 46

Fonte: Dados da própria pesquisa

Tabela 3 - Satisfação em relação à qualidade da assistência dos serviços quanto à disponibilidade de materiais e intérprete 47

Fonte: Dados da própria pesquisa

Tabela 4 – Avaliação dos atendimentos durante as consultas por nível de satisfação 48

Fonte: Dados da própria pesquisa

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Avaliação da efetivação do princípio da universalidade nos serviços de saúde 49

Fonte: Dados da própria pesquisa

Gráfico 2- Avaliação da efetivação do princípio da integralidade nos serviços de saúde 49

Fonte: Dados da própria pesquisa

Gráfico 3- Avaliação da efetivação do princípio da equidade nos serviços de saúde 49

Fonte: Dados da própria pesquisa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO 1 A SURDEZ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	25
1 CONCEITUANDO A SURDEZ.....	25
1.1 A concepção da família e da sociedade ouvinte sobre a surdez.....	27
1.2 A concepção da surdez na comunidade surda.....	28
2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS PESSOAS SURDAS	31
CAPÍTULO 2- MÉTODOS	37
2.1 – PARTICIPANTES.....	38
2.1.1 Caracterização sócio demográfica.....	38
2.2 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	40
2.3 PROCEDIMENTOS	41
2.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
3. RESULTADOS	45
4. DISCUSSÃO	51
5. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	61
APÊNDICE 1 – Questionário	61
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento	63

INTRODUÇÃO

Considerando a heterogeneidade dos sujeitos constituídos em uma nação, em 2010, com relação ao estado de saúde, foi observado que no Brasil, 5,10% da população declaram ser portadora de deficiência auditiva, segundo os dados do último censo. No mesmo período houve registro de 186.729 deficientes auditivos no estado de Alagoas-Brasil e 12.635 de declarantes por esta deficiência no município de Arapiraca, cidade localizada no agreste alagoano (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010).

Os deficientes tem a saúde assegurada como um direito constituído a todo cidadão brasileiro por meio de ações e prestação de serviços que venham garantir de forma universal, integral e equânime, o respeito às diferentes necessidades individuais ou coletivas que possam vir a ter, Assim sendo, a saúde é um direito constituído a todo cidadão brasileiro e esta deve ser assegurada de forma universal, integral e equânime, respeitando as diferentes necessidades individuais ou coletivas as quais se está submetido (Lei Nº 8.080, 1990).

Para fins de conceito, considera-se deficiência auditiva “a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz” (Decreto nº 5.293, 2004), que podem apresentar níveis que variam de leve a profundo, e serem classificadas segundo a causa – congênita ou adquirida (Wilhelms, 2013).

A compreensão de surdez depende das concepções ideológicas adquiridas ao longo da história, e tem relação direta com a inclusão ou não dos sujeitos no meio social dos ouvintes. Na presente pesquisa foram apreciadas duas ideologias com base nos trabalhos McDonnell (2016): a normalização que consiste torna o surdo em ouvinte ou oralizado o mais semelhante possível à sociedade ouvinte; a dos direitos Surdos e da deficiência cujas primícias são torna-los inclusos socialmente por meio do respeito aos direitos sociais e culturais.

No Brasil a concepção de surdez como sendo déficit sensorial, visa apenas os aspectos orgânico-biológicos oriundos da filosofia oralista, que concebe os surdos inclusos socialmente por meio de treinos intensos tanto da fala e leitura labial, como do treino auditivo na tentativa de tornar o surdo oralizado (Nóbrega, Andrade, Pontes, Bosi & Machado, 2012). Esta é usualmente difundida através da disponibilidade de aparelhos auditivos e implante cloquear na correção auditiva, utilizada pelos serviços de saúde em resposta a política pública aos deficientes auditivos. (Souza, 2012; Ramos, Jorge, Teixeira,

Ribeiro & Paiva, 2015). Contudo, apesar dos avanços tecnológicos da recuperação auditiva, há relatos de resistências ao uso destes aparatos em decorrência do desconforto causado pela interferência dos ruídos audíveis, e dos sofrimentos psicológicos em consequência da imposição familiar para torna-los ouvintes (Nóbrega et al, 2012; Silva & Abreu, 2014).

Em consonância ao atendimento das necessidades especiais dos surdos, o Art. 2º do Decreto nº 5.626 (2005), leva em conta o fator biológico da surdez, porém considera a pessoa surda um sujeito capaz de interagir socialmente através da linguagem gestual e por meio dela difundir sua própria cultura e identidade. A construção da identidade social dá-se no interior e compartilhamento de uma cultura, na produção de discursos e dos significados atribuídos durante a convivência interpessoal, isso implica dizer que, do ponto de vista cultural, o indivíduo não se considera surdo por causa de uma limitação sensorial e sim porque ao compartilhar experiências comuns entre si se veem como parte integrante de um grupo social (Nóbrega et al, 2012).

A Língua Brasileira de Sinais (Libras) por ser uma língua visual, espacial e natural, possui uma gramática própria, de fácil aquisição, ao contrário da língua portuguesa, o que reforça os surdos terem uma maior atenção na compreensão das formas cognitivas a eles apresentadas que nem sempre lhes são compreensíveis (Pereira, 2013). Em decorrência do paradigma da língua majoritária dos ouvintes, é comum o bilinguismo e a biculturalismo entre os surdos, mas Infelizmente, a preocupação na adoção da língua de sinais por ouvintes que culturalmente detém o monolinguismo, não é perceptível ficando restrita a pequenos grupos que por ocasião do exercício profissional buscam aprendê-la (Vianna, Cavalcante & Acioli, 2014).

Diante do crescente número de surdos, a assistência integral à saúde a essa população é imprescindível. O Art. 2º da Lei Nº 7.853 (1989) coloca sobre o Poder Público e seus órgãos, a responsabilidade de assegurar a esta população o pleno exercício de seus direitos, entre eles o da saúde. Isso implica dizer que, deve ser assegurado o atendimento na rede de serviços nos diversos níveis de complexidade e nas especialidades médicas.

É pertinente salientar que a partir da criação do sistema de saúde vigente - Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso às ações e serviços de saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos independentes do seu nível social, econômico, cultural entre outros, garantidos pelas Normas e Diretrizes que norteiam o arcabouço jurídico do SUS expressados na Lei nº 8.080 (1990) que dispõe, entre outras coisas, sobre as condições, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, e confere ao governo a responsabilidade de assegurem o acesso universal e igualitário a todos os brasileiros.

O acesso igualitário as ações e serviços envolvem o atendimento da demanda das necessidades da população através da reestruturação organizacional tanto no plano político-social como estrutural, para tanto se criou o Programa de Saúde da Família (PSF), inserido em uma rede hierarquizada e regionalizada de assistência a saúde, com ênfase na atenção básica, primeira e maior porta de prestação de serviços, que deve fornecer uma estrutura física e profissional condizente com as demandas da clientela (Legislação em Vigilância Sanitária, 2002; Ministério da Saúde, 2008; Portaria nº 2.226, 2009).

Em se tratando da estrutura física, os projetos arquitetônicos deve priorizar a ambiência para melhor acolher o público, respeitando o direito ao acesso de ir e vir livres de barreiras ou condições que lhes exponham ao risco de adoecimento (Medeiros, Souza, Barbosa e Costa, 2010). Assim como a oferta de serviço, a ambiência dos espaços físicos, a capacitação profissional e o acesso à informação devem ser de boa qualidade, porém, estudos revelaram descumprimento e fragilidades na assistência à saúde aos portadores de deficiência (Andrade, Fernandes, Ramos, Mendes, Alves, 2013; Castro, Lefèvre, Lefèvre & Cesar, 2011; França, 2011; Ribeiro et al, 2010; Sousa, 2014; Vianna, Cavalcante & Acioli, 2014).

Se para os profissionais de saúde a falta de capacitação para o atendimento ao surdo é conflitante, para a enfermagem é bastante desafiante, devido as constantes intervenções e monitoramento do estado de saúde durante o tempo de permanência do usuário nas instituições de saúde, além da singularidade da comunicação efetiva para o sucesso do tratamento dos pacientes, sem a qual a adesão e a continuidade dos cuidados pessoais ficam prejudicadas (Araújo, C.C.J., Coura, A.S., França, I.S.X., Araújo, A.K.F., Medeiros, K.K.A.S., 2015).

Por fim, associada às questões já mencionadas, percebe-se também que apesar de serem identificados alguns avanços na disponibilidade de recursos de promoção, tratamento e reabilitação por determinados serviços é visível a limitação da oferta de serviços especializados, para a população surda, no território nacional (Silva, Gonçalves & Soares, 2014).

Em virtude do que foi mencionado, saber qual a percepção da pessoa surda sobre a qualidade das ações e serviços de saúde prestados, justifica a realização deste trabalho, pois além de ser uma pesquisa pioneira na região do Agreste Alagoano, o olhar da clientela é um importante indicador para avaliação da fragilidade na assistência a saúde, com possíveis riscos de adoecimento e complicações na vida dessa população.

Com base na hipótese de que a perda auditiva não incapacita cognitivamente os sujeitos, nem os impede reconhecer a qualidade dos serviços prestados em consonância aos seus direitos de cidadãos, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção da pessoa surda quanto à qualidade das ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde públicas. Para tanto se buscou descrever os perfis sócio demográfico e econômico, identificando o nível de satisfação com base na sua compreensão quanto ao cumprimento dos aparatos legais existentes.

Utilizou-se como parâmetro de avaliação da perspectiva deste grupo, a compreensão do acesso à informação, a qualidade da assistência e das consultas com correlação os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no Brasil. Desta forma, o presente trabalho ficou estruturado em cinco capítulos. O Capítulo 1 contextualiza a surdez, a cultura surda e apresenta as políticas públicas vigentes no Brasil voltadas à pessoa surda. O Capítulo 2 apresenta o método científico utilizado para conduzir a pesquisa no decorrer do trabalho. O Capítulo 3 apresenta os resultados da pesquisa, cuja discussão é apresentada no Capítulo 4. Finalmente, o Capítulo 5 apresenta considerações finais acerca do trabalho desenvolvido.

CAPÍTULO 1 A SURDEZ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A fim de explorar as questões que envolvem esta pesquisa, foram consultadas as produções científicas que guardam relação com o tema do estudo. Também se adotou a categoria analítica de acessibilidade aos princípios do SUS brasileiro como pano de fundo desta produção, pois ao ser abordada a discussão da percepção da pessoa surda sobre qualidade da assistência em saúde, à concepção da categoria analítica supracitada permite uma análise mais embasada acerca das informações emergidas a partir do direito a assistência integral e equânime dos serviços e ações de saúde aos indivíduos que apresentam a surdez.

1 CONCEITUANDO A SURDEZ

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) foram cadastrados 45.606.048 brasileiros, destes 23,9% apresentaram algum tipo de deficiência, ou seja, aproximadamente 10.889,84 pessoas. Das deficiências, 5,10% da população informaram ser surdas. Em Alagoas, no mesmo período há registro de 186.729 deficientes auditivos e em Arapiraca, município do agreste alagoano, 12.635 pessoas também declaram esta deficiência, número bastante expressivo considerando a população geral do município neste ano, 214.006 habitantes (IBGE, 2010). Estes dados sugerem um melhor empenho de toda sociedade no que tange ao suprimento das necessidades das mais básicas às mais complexas desta população.

No Brasil, segundo o Decreto nº 5296 (2004), conceitua pessoas portadoras de deficiência como sendo aquelas que “possuem limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade’ e que se enquadra nas categorias deficiência física, auditiva visual, mental, e múltiplas. Considerando como deficiência auditiva “perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz”.

Para Giuseppe Rinaldi et al (1997 citado por Wilhelms, 2013), a surdez além da classificação por nível pode se apresentar como: unilateral (quando acometido um ouvido apenas); bilateral (quando há comprometimento de ambos os ouvidos); congênita (ocasionada durante a gestação); adquirida (ocorrida durante ou após o parto), podendo

esta última ser subdividida em pré-lingual – antes da aquisição da linguagem ou pós-lingual apresentada durante o decorrer da vida após uso da linguagem.

A concepção de surdez trás um contexto histórico que, a depender da compreensão individual ou coletiva e da conjuntura social de bases ideológicas, são praticamente antagônicas. Segundo McDonnell (2016), duas ideologias influenciaram significativamente a relação interpessoal entre ouvintes e surdos, a ideologia da “normalização” e a ideologia “direitos da deficiência e direitos surdos”. O foco central da normalização, de acordo com o autor, estar na relação de poder da sociedade ouvinte sobre os deficientes, em destaque aqui a comunidade surda, que se utiliza de aparatos legais e tecnológicos para tornar os deficientes mais adaptáveis possíveis aos padrões sociais vigentes.

Em consonância com a ideologia de normalização supracitada, Nóbrega et al (2012) se refere de forma semelhante a essa pratica como “filosofia oralista”, por tentar oralizar os surdos através de treinos orais e auditivos intensos, até mesmo por “práticas de castigo corporal”, sem considerar suas especificidades linguísticas e culturas, em consequência de uma crença da relação direta do desenvolvimento linguístico e intelectual por meio do oralismo.

Já na ideologia de direitos da deficiência e direitos surdos, a ideia de deficiência era o resultado da relação sujeito-ambiente, considerando ambiente além da estrutura arquitetônica o espaço político, econômico, e os demais serviços sociais que viabilizem o pleno exercício dos direitos humanos (McDonnell, 2016). Em outras palavras o desrespeito às diferenças é o que produz as deficiências.

No Art. 2º do Decreto nº 5.626 (2005) considera pessoa surda “aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras”. O presente Decreto leva em conta a perda sensorial aferida por audiograma, porém concebe a pessoa surda não como um deficiente, mas como um indivíduo ativo cognitivamente com o meio em que vive.

Em virtude dos fatos mencionados, a percepção do sujeito portador de um déficit sensorial auditivo estar diretamente relacionada com a concepção de surdez e deficiência auditiva que cada seguimento social possui, quer por determinação normativa e majoritária dos ouvintes, quer por empoderamento da população surda.

1.1 A concepção da família e da sociedade ouvinte sobre a surdez

Há duas compreensões da surdez: a patológica e a cultural. O conceito de surdez na visão patológica foi discutido no tópico anterior, neste serão tratadas as repercussões desta percepção na vida dos surdos e o sentido desta para estes sujeitos.

A repercussão da ideia de que a surdez era uma deficiência fez com que os surdos fossem obrigados a frequentarem escolas para os ouvintes e serem submetidos a exaustivos treinos de oralização e leitura labial, sem direito ao uso da língua de sinais. As tentativas de tornar os surdos em ouvintes deram origem a vários problemas de adaptação para os surdos e de aceitação da limitação destes por parte dos familiares e sociedade em geral (Pereira, 2013).

Um entendimento imediatista muito adotado em vista da correção da deficiência auditiva diz respeito à utilização de tecnologia cada vez mais sofisticada, como a disponibilização de aparelhos auditivos e implantes cocleares. Em vista da normalização dos surdos os aparatos tecnológicos geram na família e nos profissionais de saúde e na população de um modo geral, uma expectativa de inclusão.

Nos trabalhos apresentados por Souza (2012) e Ramos et al (2015) os implantes cocleares demonstraram resultados positivos tanto em crianças como em adolescentes, apesar de ter alguns pontos heterogêneos nos parâmetros de avaliação utilizados. No tocante estas heterogeneidades poderiam estar relacionadas com o diagnóstico precoce, linguagem pré-lingual, mudanças no desenvolvimento físico e cognitivo dos participantes, porém os resultados demonstraram que houve uma melhora da qualidade de vida dos implantados.

Entretanto, relatos de surdos que se viram obrigados a fazer uso destes meios, referiram sentimentos negativos como desconforto, dor, irritabilidade, tristeza, não adesão ao uso e tratamento, em decorrência do aumento do barulho e ruídos percebidos, bem como dá impossibilidade da escuta da voz, principalmente na surdez de níveis elevados (Nóbrega et al, 2012).

Já no estudo de Souza (2012), houve uma melhora bastante significativa da qualidade auditiva em adolescentes pré-linguais com implante coclear, porém, em um dos implantados o resultado não foi satisfatório, fato explicado pela interferência do “status psicológico”, ou seja, o estado psico-social influenciou na não adesão ao tratamento.

O estudo de Souza (2012) remete a uma reflexão sobre o respeito ao estado emocional e psicológico que se deve ter frente a qualquer cuidado de saúde que venha a

ser desenvolvido para essa clientela. Muitos surdos não corroboram com o tratamento porque lhe é negado o direito às informações, a escolha do tratamento e a sua opinião sobre aceitar ou não o procedimento a serem realizados, sobretudo os mais jovens cujos pais respondem por eles (Nóbrega et al, 2012).

De uma forma geral, a visão limitada da surdez como deficiência suscitam nas famílias vários desafios no tocante da aceitação da surdez, da dificuldade de comunicação com os filhos, do preconceito social existente, da resistência ao uso da língua de sinais tanto dos membros da família como da sociedade (Pereira, 2013; Santos & Molon, 2014).

1.2 A concepção da surdez na comunidade surda

O conceito de surdez entre os surdos não é homogêneo. Existem os surdos que ao viverem no meio de outros surdos adquirem identidade surda e não se vêem como portadores de deficiência auditiva, assim como há surdos que ao viverem no meio dos ouvintes ou até mesmo entre surdos se consideram inferiores e, portanto deficientes que, por conseguinte buscam outras formas de aproximação com os ouvintes. A alternância de conceitos entre eles está pautada na heterogeneidade e na coexistência de várias culturas que diferenciam os surdos entre si (Wilhelms, 2013).

A variação da identidade surda pode estar também associada à percepção que os surdos têm de si por meio da inter-relação com as culturas com as quais estão em contato. Entretanto a não identificação como surdo e, ou, a não aceitação da cultura surda implica em risco de exclusão social, pois os sujeitos têm uma limitação no domínio da linguagem oral que os impossibilita adquirir novos conhecimentos e os impede de participar ativamente na sociedade.

A diferenciação entre as identidades surdas também tem as suas raízes na normalização destes sujeitos que historicamente são submetidos à oralização e ao uso de tecnologias. No estudo de Silva e Abreu (2014) há registro de sofrimentos vivenciados pelos participantes ao serem obrigados por suas famílias a se desenvolverem como ouvintes, com base nos relatos, estes assumiram por um tempo a identidade surda de transição em decorrência do distanciamento com a cultura surda.

Para Strobel (2008 citado por Santos e Molon, 2014) a cultura é resultante da vivência entre sujeitos que dominam a mesma língua, compartilham ideias, sentimentos e experiências. A cultura surda para os surdos que assumem a surdez na sua identidade contribui para o desenvolvimento das habilidades cognitivas deste grupo, na medida em que estão trabalhando dentro de uma perspectiva cultural na qual a identidade e o direito de escolha são preservados, mais facilmente estas se concretizam.

Tanto para Nóbrega et al (2012) como para Santos e Molon (2014), a comunidade surda produziu um marco diferencial na vida destes atores sociais no que tange seu crescimento como cidadão politicamente constituído, bem como na sua identificação de ser uma pessoa e não um portador de deficiência, possuidores de uma língua que não só os torna capazes de desenvolver-se, como também colabora com a sua qualidade de vida, uma vez que sentimentos de isolamento, medo, tristeza, depressão, angustia, entre outros podem ser partilhados e trabalhados.

Entre os sujeitos com identidade surda, o uso da Libras na comunicação vem sendo unânime. A ordem sintática desta linguagem obedece a uma formação própria que segue uma sequência lógica visual que difere da ordem gramatical portuguesa, necessitando de uma expressão corporal que auxilie no significado das palavras para melhor compreensão do sentido destas (Pereira, 2013).

Para fins de compreensão da organização gramatical da Libras foram empregadas nesta pesquisa as definições do autor Capovilla e Rafael (2001) por trazer de forma clara e concisa a constituição desta linguagem. Desta forma, a comunicação gestual e visual utilizada neste estudo está baseada gramaticalmente em cinco parâmetros: configuração de mão (CM); ponto de articulação (PA); movimento (M), direção (D) e marcadores não naturais que são as expressões faciais. É a articulação desses elementos que gera sinais contendo a informação que mais se aproxima do que os interlocutores desejam expressar.

Em conformidade com o exposto, faz-se necessário elucidar os parâmetros supracitados. Para tanto se deu prosseguimento aos conceitos oriundos de Capovilla & Rafael (2001) por ser a referência que guarda relação mais estreita com os objetivos propostos. Assim sendo, a configuração das mãos são as formas feitas por elas, podendo ser iguais as do alfabeto datilológico (alfabeto manual) (Figura 1) ou outro formato qualquer.

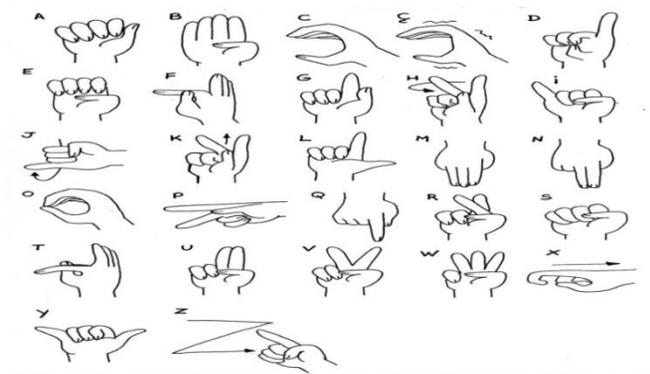


Figura 1 – Alfabeto datilológico da Libras Fonte: Brito P. H. S., Franco N. M., & Coradine L. C. Falibras. 2012. Uma ferramenta flexível para promover acessibilidade de pessoas surdas. Congresso Internacional de Informática Educativa-TISE, 8:87–96.

O ponto de articulação é o local onde o sinal é realizado, podendo tocar o corpo ou estar em um espaço neutro, podendo vários sinais ter a mesma configuração de mão e a depender do movimento e expressão corporal possuir significados diferentes. Através das expressões é possível indicar, por exemplo, entonação, questionamento, surpresa, ironia e sentimento. A mudança da expressão facial altera completamente o sentido da mensagem que se quer transmitir. Quanto ao movimento, os sinais podem apresentar a mesma configuração da mão e ter movimento ou serem estático indicando sentido opostos ou diversas expressões de palavras, enquanto que a direção indica o sujeito do verbo.

Diante do exposto, é possível afirmar que é nesta articulação entre movimento e expressão gestual que vão sendo construídos os sinais contendo a informação que mais se aproxima do que os interlocutores desejam expressar. Desta forma, a Libras representa para a comunidade surda não só um meio de comunicação é também a superação de obstáculos, do isolamento social, um canal aberto para legitimar sua identidade e cultura. Entre outras palavras é uma oportunidade para aquisição de novas experiências através do contato pessoa-pessoa (Silva & Abreu, 2014; Perlin & Scrobel, 2014).

Outro aspecto da utilização desta linguagem é a possibilidade da aproximação entre a cultura ouvinte e a surda, pois a comunidade surda tanto é formada por surdos que fazem uso da linguagem oral ou não, como por ouvintes que dominam e executam a língua de sinais. Isto pode ser evidenciado através da leitura de alguns estudos, como por exemplo, o de Cruz & Finger (2013) que teve como objetivo investigar a aquisição fonológica do Português Brasileiro (PB) por 24 crianças ouvintes bilíngues bimodais, com acesso irrestrito à Língua Brasileira de Sinais (Libras), e por 6 crianças surdas que utilizam implante coclear (IC), com acesso restrito ou irrestrito à Libras. O estudo revelou que as crianças com implantes, filhos de pais surdos, por terem contato absoluto com a Libras, tiveram um desempenho cognitivo semelhante às crianças ouvintes, melhor do que as implantadas que nunca tiveram contato com a linguagem. Isso reforça o quão importante é a adoção da língua de sinais para o desenvolvimento tanto cognitivo como oral de pessoas com surdez submetidas a esse procedimento.

Em virtude do que foi mencionado o contato precoce com a linguagem de sinais e o contato cultural propiciam o desenvolvimento da habilidade linguística entre os surdos, tornando-as assim um meio pelo qual possam expressar sentimentos e compreensão do mundo em que estão inseridos. Percebe-se que o uso do bilinguismo por pessoas surdas permite um processo contínuo de inserção entre duas línguas, bem como o fortalecimento do respeito aos direitos de cidadania a eles conferidos (Silva & Abreu, 2014).

Mesmo diante de várias conquistas históricas, ainda é preciso um comprometimento maior de todos os seguimentos sociais no tocante da liberdade de comunicação e o direito de informação, sobretudo nas questões inerentes a saúde e qualidade de vida, livres de quais quer riscos ou danos que venham a ser cometido.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS PESSOAS SURDAS

Em todo território brasileiro, a seguridade das ações e serviços disponibilizados pelo setor saúde é ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantidas segundo a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080 (1990), em todos os níveis de atenção. No intuito de atender a demanda das necessidades da população de forma mais integral, criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorientação do modelo assistencial com base na formação de equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção à saúde no nível de assistência básica. Estas equipes, estruturadas de acordo com o número de famílias pré-estabelecidos (Figura 2), tem colaborado significativamente com o redirecionamento das ações e serviços de saúde, principalmente nas populações das áreas mais carentes (Ministério da Saúde, 2008).

Nº de Equipes por UBS	População coberta
1	Até 4 mil pessoas
2	Até 8 mil pessoas
3	Até 12 mil pessoas
4	Até 16 mil pessoas
5	Até 20 mil pessoas

Figura 2 – Número de equipes nas UBS por população coberta

Fonte: Ministério da Saúde (2008). Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília - DF

A operacionalização do atendimento ocorre através da distribuição do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) que deve ser proporcional ao espaço físico disponível em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), em conformidade com as normas técnicas da Legislação em Vigilância Sanitária (2002) local, estadual e municipal; da Portaria nº 2.226, (2009); e do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (Ministério da Saúde, 2008).

Em consonância com a legislação supracitada, os projetos arquitetônicos devem priorizar as características que dizem respeito à estrutura física no que tange a ambiência e sinalização. A ambiência diz respeito ao espaço físico (arquitetônico) no que se refere às tecnologias ou outros componentes estéticos ali presentes e sensivelmente apreendidos pelos órgãos dos sentidos tais como a visão, o olfato e a audição como, por exemplo: luminosidade, odor, temperatura, ruídos do ambiente, disposição visual de materiais e equipamentos, entre outros (Ministério da Saúde, 2008).

A ambiência aliada ao corpo técnico qualificado torna o serviço acolhedor e humanizado. De acordo com Medeiros et al. (2010), o acolhimento nos serviços de saúde com vista na humanização da assistência, perpassam também as condições da estrutura física, que na maioria das vezes, no Brasil, as Unidades Básicas de Saúde encontram-se inadequadas ou em situações de precariedade. Necessitando assim de uma atenção específica as adequações físicas e a ambiência para um melhor atendimento entre profissionais e usuários

Em decorrência do crescimento das camadas populacionais de portadores de deficiências físicas no território nacional, e da responsabilidade legal do Estado no atendimento das necessidades oriundas das especificações do estado de saúde deste público, foi criado um arcabouço jurídico para fundamentar e organizar as ações e serviços a serem prestados, em atenção aos princípios do SUS descritos no Capítulo Princípios e Diretrizes, Artigos I a III da Lei 8.080 (1990), confere o direito a assistência pautados na universalidade, integralidade e equidade.

Segundo a Lei 8,080 (1990), a universalidade diz respeito às ações e serviços, que devem ser fornecidos segundo as necessidades da população em todos os níveis de governo federal, estadual e municipal; a integralidade ao atendimento articulado e contínuo das ações e serviços tanto preventivo como curativo a nível individual ou coletivo em todas as esferas governamentais; a equidade a igualdade da assistência livre de qualquer preconceito e privilégio.

Anterior a Lei Orgânica supracitada, os direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência física já havia sido legitimado através da Lei Nº 7.853 (89) no qual descreve no Art, 1º, inciso 2º parágrafo II, que fica assegurado o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência assim como a responsabilidade governamental e da sociedade no cumprimento dos aparatos legais inerentes a esta população em específico. Deste modo, várias leis, normas, diretrizes e portarias foram constituídas em favor da melhoria da qualidade de vida dos portadores de deficiência.

Nos anos 2008 e 2009, em consonância com a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas - ONU, no Brasil foi criado o Decreto Legislativo nº 186 (2008) e o Decreto nº 6.949 (2009) com o propósito de “promover, proteger e assegurar” o exercício dos direitos humanos de forma plena e equitativa, com vista no respeito à dignidade humana. Para ambos os decretos, a deficiência é um conceito em desenvolvimento, e as pessoas com deficiência são consideradas como aquelas que,

[...] têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (Decreto, 2008; Decreto, 2009).

Com base neste conceito de deficiência reforçam a consideração à dignidade com ênfase na autonomia individual, na não discriminação, na inclusão social através da participação plena e ativa na sociedade, bem como o respeito às diferenças, a igualdade de oportunidades, a acessibilidade, a igualdade de gêneros e o respeito ao desenvolvimento das capacidades independente da idade. Neste contexto a acessibilidade é entendida como o acesso sem barreiras e em igualdade de oportunidades aos ambientes físicos, a transportes, a toda forma de informação e comunicação, assim como a serviços e tecnologias disponíveis ao público, quer seja da zona urbana quer da rural (Decreto, 2008; Decreto, 2009).

Assim sendo, o direito a acessibilidade garante aos usuários a possibilidade de ir e vir sem obstáculos ou barreiras que inviabilizem seu deslocamento ou uso adequado dos ambientes. Porém em pesquisa realizada com usuários portadores de deficiências na capital de São Paulo e em uma área da grande São Paulo, verificou-se inexistência de rampas, corrimão, estacionamentos para deficientes, espaços físicos em quantidade insuficiente e adequados às necessidades dos usuários, instalações precárias e sujas, bem como ausência de sinalizações nas unidades de saúde em desacordo com as legislações previstas (Castro et al., 2011).

No tocante ao respeito à preservação do direito das pessoas deficiente, em especial os surdos, o acesso à informação através dos aparatos tecnológicos existentes, e a capacitação profissional, pesquisas apontam fragilidades muito acentuadas na comunicação entre profissionais e usuários. No estudo de França (2011) que teve como um dos objetivos identificar as dificuldades enfrentadas por profissionais da saúde durante o atendimento ao surdo, dos 156 profissionais de saúde do nível superior participantes da pesquisa, 122 afirmaram ter ouvido falar sobre Libras; 83 tinham conhecimento da sua regulamentação; 153 não sabiam falar por meio da linguagem de sinais; 154 não se sentiam capacitados na comunicação com surdos; e 151 afirmaram não recebido instrução na graduação.

A falha na comunicação entre usuários e profissionais tem sido um dos maiores entraves na qualidade da assistência, principalmente quando não há uma qualificação acadêmica dos recursos humanos nos serviços de saúde quer seja público ou privado (Vianna et al., 2014). Para o profissional enfermeiro a dificuldade enfrentada na comunicação com os surdos é bastante desafiante, principalmente quando levado em conta a dinâmica de trabalho baseada na comunicação efetiva, na confiança, na troca de informação pertinente aos cuidados diretos, especialmente na necessidade de um conhecimento minucioso da história de saúde e doença destes indivíduos (Araújo, C.C.J. et al., 2015).

Outro aspecto relevante é a desinformação da sociedade sobre a política existente, a precária distribuição de recursos para manutenção dos serviços e a inexistência de outras ações que visem à melhoria da qualidade de vida por parte dos gestores (Vianna et al., 2014). Somando-se a isso, a desarticulação entre as redes de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade dificulta e fragiliza a assistência prestada (Ribeiro et al, 2010).

Com intuito de implantar ações e serviços para o atendimento das necessidades auditivas dos deficientes auditivos, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 2.073 de 28 de setembro de 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Aditiva (PNASA). Na qual visa assistência integral nos três Níveis de Atenção à Saúde, cujas ações estão voltadas para a prevenção, o diagnóstico, a intervenção e o tratamento da deficiência auditiva (Andrade, Fernandes, Ramos, Mendes, Alves, 2013).

No entanto apesar da PNASa contemplar a integralidade e a universalidade à saúde verifica-se uma desigualdade de oferta de serviços por região no território nacional, uma restrição das unidades nos centros urbanos dificultando o acesso das regiões mais periféricas e uma exclusão da demanda populacional em vista da pouca oferta de atendimento para a demanda existente sobre tudo os idosos, que em sua maioria necessitam desta assistência em decorrência da diminuição da capacidade auditiva fisiológica da idade (Andrade et al., 2013).

Além disso, a oferta menor que a demanda levam os serviços a adotarem critérios de prioridades: disponibilizando os serviços para uma clientela específica, como nos casos das crianças, e diminuindo para a população adulta; quer seja a oferta de aparelhos auditivos quer para acompanhamento especializado. Acarretando assim, um desequilíbrio tanto de esforços como de recursos em decorrência do não acompanhamento de todos os usuários portadores de aparelhos, por causa do desconhecimento da utilização correta destes ou do baixo número de profissionais existentes nas instituições de saúde (Vianna et al., 2014).

Outros fatores que interferem no não cumprimento dos princípios do SUS residem na indisponibilidade de equipe multiprofissional articulada, no cuidado fragmentado e reducionista, na desarticulação dos serviços de saúde, nos problemas técnicos dos equipamentos, na interrupção quanto ao recebimento dos aparelhos, na burocratização da compra de materiais para manutenção, na baixa disponibilidade de vagas para terapia fonoaudiológica, entre outras (Vianna et al., 2014).

De um modo geral, todo arcabouço jurídico em torno dos direitos das pessoas deficientes físicas, no âmbito nacional, visam promover melhores condições de vida para esta população. Porém, apesar dos esforços para garantir a assistência integral às pessoas portadoras de deficiência, em especial aos surdos, vem demonstrando pouco avanço no cumprimento dos direitos a essa clientela.

2ª PARTE – Metodologia

CAPÍTULO 2- MÉTODOS

Estudo de natureza exploratório-descritiva e enfoque transversal desenvolvido em Alagoas - estado do nordeste brasileiro - na cidade de Arapiraca, com 15 pessoas surdas portadoras de perda auditiva severa ou profunda, de ambos os sexos, que se comunicam através da Língua Brasileira de Sinais (Libras), maiores de 18 anos de idade, usuárias dos serviços públicos de saúde, que buscaram atendimento em 2014 e consentiram participar desta pesquisa evidenciando suas percepções acerca da qualidade da assistência prestada por estes serviços.

Optou-se por um estudo descritivo exploratório porque permite descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento da relação entre variáveis. Tratando da compreensão a cerca de como as pessoas surdas com deficiência auditiva percebem o mundo dos ouvintes, principalmente nos cuidados de saúde a elas prestados, é bastante pertinente esse tipo de pesquisa, pois, quando utilizado permite fazer o levantamento de opiniões, atitudes e crenças sobre uma determinada situação (Gil, 2007).

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória por trabalhar em nível da realidade não quantificada e possibilitar o registro de significações afetivas aproximação da realidade social possibilita interpretar as ações vivenciadas e compartilhadas entre os sujeitos envolvidos com o fenômeno a ser estudado, como por exemplo, a percepção da pessoa surda com deficiência severa a respeito da atenção saúde oferecida pelos serviços de saúde (Minayo, Deslandes & Gomes, 2011).

Levando-se em consideração que os surdos não têm uma limitação cognitiva incapacitante e sim uma disfunção sensorial e que por isso são capazes de avaliar os aspectos inerentes a qualidade das ações e serviços prestados a população, buscou-se conhecer qual a percepção da pessoa surda quanto à qualidade das ações e serviços oferecidos nas instituições públicas de saúde.

Assim sendo a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção da pessoa surda quanto à qualidade das ações e serviços oferecidos nas instituições públicas de saúde. Para tanto se procurou descrever o perfil sócio demográfico e econômico dos sujeitos participantes do estudo, e identificando o nível de satisfação com base na sua compreensão quanto aos seus direitos de cidadão.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as etapas apresentadas por Minayo et al. (2011): 1) fase exploratória; 2) trabalho de campo; 3) análise e tratamento do material

empírico e documental por meio de ordenação, classificação e análise dos dados. A primeira fase consistiu no levantamento bibliográfico para nortear o referencial teórico, na segunda aproximação com os sujeitos da pesquisa por meio de amostragem em bola de neve para coleta de dados através de entrevista com aplicação de um questionário estruturado (com auxílio de intérprete), e na terceira a organização dos dados em categorias através da ferramenta do Microsoft Office Excel versão 2007, analisados por meio de análise de conteúdo temática.

2.1 – PARTICIPANTES

A escolha dos participantes teve por base a técnica de amostragem não probabilística em bola de neve citada por Dewes (2013), por ser esta uma forma mais dinâmica e rápida de contato com população difícil de ser encontrada, como também em decorrência da necessidade de identificar e localizar os sujeitos da pesquisa, principalmente na inexistência de um serviço ou espaço físico formal que possibilitasse o encontro das pessoas surdas em número maior de frequência, nem registro nas unidades de saúde que pudessem contribuir para sua localização ou contato.

De acordo com Dewes (2013) a amostragem em bola de neve não utiliza um sistema de referências e sim uma rede de amizades dos membros que fazem parte da amostra. Ela consiste na escolha de um grupo inicial “semente” que indicará outras pessoas do seu contato, estas formarão novo grupo que indicará outros e assim sucessivamente, criando ondas de contatos. O fim da amostragem dá-se pelo alcance do número pré-estabelecido pelo pesquisador. Dos cinco contatados (semente) conseguidos, houve formação de cinco grupos de sementes em torno de cinco participantes cada um, perfazendo vinte e cinco contatos, destes quinze consentiram participar na pesquisa e dez deixaram de participar por motivos relacionados com a sua recusa ou não comparecimento aos encontros agendados.

2.1.1 Caracterização sócio demográfica

Conforme apresentado no Quadro 1, participaram da pesquisa 15 surdos com deficiência auditiva profunda e usuários de Libras, sendo 10 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idade entre 20 a 38 anos (Tabela 1). Todos participantes de dois grupos religiosos (06 cristãos católicos e 09 cristãos evangélicos) dado que evidencia a necessidade do compartilhamento da espiritualidade no contexto social destes sujeitos, onde a igreja passa a ser o espaço propício para o encontro, troca de experiências e vivência da cultura e da identidade surda.

Em relação ao nível de escolaridade, apenas 06 pessoas afirmaram estar estudando. Das 15 pessoas, 11 possuíam 8 anos ou mais de estudos, sendo que 04 destas cursavam nível superior; uma entre 4 e 7 anos; 3 referiram nível escolar inferior a três anos. Quanto ao estado civil 6 afirmaram ser casados e 9 solteiros.

No que se refere à renda familiar a maioria (06) encontra-se na faixa inferior de um salário mínimo. Dos 10 que trabalham referiram como profissão/trabalho: copeira, sacoleira, professor, auxiliar de administração, vendedor, autônomo. Os que não trabalhavam eram: um estudante, um aposentado, uma dona de casa e dois encontravam-se desempregados.

Quadro 1 – Característica sócio-demográfica da amostra em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Variável	10	66,67	5	33,33	15	100,0
Idade						
18 – 29 anos	6	60	5	100	11	73,33
30 – 40 anos	4	40	0	.0,0	4	26,67
Nível de escolaridade (anos de estudos)						
1 a 3 anos	2	20	1	20	3	20
4 a 7 anos	1	10	0	0	1	6,67
8 anos a +	7	70	4	80	11	73,33
Estado civil						
Casado	3	30	3	60	6	40
Solteiro	7	70	2	40	9	60
Relação consensual	0	0	0	0	0	0
Trabalho						
Sim	6	60	4	80	10	66,67
Não	4	40	1	20	5	33,33
Renda familiar						
< 1 salário mínimo	3	30	2	40	5	33,33
1a 2 salários mínimos	5	50	3	60	8	53,33
3 a 4 salários mínimos	1	10	0	0	1	6,67
5>salários mínimos	1	10	0	0	1	6,67

Fonte: Dados da própria pesquisa

Os dados dispostos mostraram que a maioria possuiu um grau de instrução, são economicamente ativos, porém a renda familiar revela a baixa remuneração e acesso

incipiente ao mercado de trabalho, que pode estar relacionado com o conceito errôneo de déficit cognitivo ou da incapacidade no desempenho de habilidades mais específicas, e não a associação da limitação da comunicação na linguagem de sinais por parte da população ouvinte.

2.2 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Com base no conceito e na finalidade do controle de qualidade descritos por Neves, (2000 citado por Fadel, 2006), que a presume como sendo um conjunto de ações e medidas voltadas para assegurar que os produtos - serviços, ambientes e relações humanas atendam às condições para as quais foram explicitados, bem como à definição de Gianesi e Correia (1996 citada por Fadel, 2006) acerca da qualidade do serviço de saúde apresentada como percepção do cliente sobre o atendimento das suas expectativas em relação a este, a recolha de dados deu-se mediante a aplicação de um questionário (auxiliada por um intérprete de Libras) adaptado com frases e gravuras que possibilitasse na comunicação com os participantes, por ser a Libras uma linguagem gestual e não haver um sinal específico para o termo em português que se indica as expressões em torno do nível de satisfação (Anexo 1).

A aplicação do questionário ocorreu durante os encontros agendados, após contato prévio com os participantes da pesquisa, no período de novembro a dezembro de 2014. O instrumento de recolha dos dados constou de 10 questões objetivas de escolhas múltiplas, organizadas em quatro categorias de perguntas agrupadas em ordem temática, estruturadas a luz dos referenciais teóricos: categoria (A) qualidade da comunicação nos serviços de saúde para avaliar o princípio da universalidade; categoria (B) qualidade da assistência para avaliar o princípio da integralidade; categoria (C) qualidade da consulta para avaliar o princípio da equidade.

Nas Categorias A, B e C os participantes responderam aos pontos dispostos para avaliação utilizando os critérios pontuados segundo o nível de satisfação acompanhados de uma figura que melhor expressasse sua percepção, com a seguinte correspondência: 1- Satisfeito 2- Muito satisfeito 3 - Insatisfeito 4 – Muito Insatisfeito. Foram também incluídas perguntas referentes aos dados sócios – demográficos: idade, gênero, frequência escolar, nível de escolaridade, estado civil, trabalho, profissão e renda familiar.

Assim sendo, optou-se por elaborar um questionário semiestruturado com foco nos fatores determinantes da qualidade de serviços utilizados por Assada (2001 citado por Fadel, 2006). A escolha da utilização desses fatores para avaliação da qualidade dos serviços de saúde em geral, apesar de ser direcionado para o serviço odontológico, foi

devido à relevância destes para a análise da correlação com os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS. Para fins metodológicos fez-se um paralelismo dos fatores com os princípios do SUS a fim de facilitar a compreensão das respostas e análise dos dados, conforme descrito na Figura 3.

Fatores determinantes	Princípios do SUS
Pronto atendimento Comunicação	Universalidade
Confiabilidade Credibilidade Acessibilidade	Integralidade
Tangibilidade Competência Segurança Compreensão	Equidade

Figura 3 – Correspondência entre os fatores determinantes da qualidade de serviços e os princípios do SUS

Fonte: Assada (2001, citado por Fadel, 2006). Percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia – um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC; Lei 8.080 (1990).

Durante a aplicação do Questionário, as entrevistas foram filmadas para fins de armazenamento e análise das informações expressas durante comunicação pesquisador – intérprete de Libras – pessoas surdas.

2.3 PROCEDIMENTOS

Inicialmente buscou-se identificar pessoas surdas entre os ouvintes que tinham contatos com os mesmos e que possibilitassem a aproximação destes com a pesquisadora. Foram contatadas cinco pessoas e realizado agendamento em dia e local a critério do entrevistado. Com auxílio de um intérprete houve a apresentação dos objetivos da pesquisa e esclarecimento quanto ao sigilo da identidade dos participantes conforme previsto pelo Consentimento Livre e Esclarecido por estes assinados (Apêndice B). Seguida de orientação para o preenchimento do questionário.

As informações contidas no questionário foram lidas e interpretadas através da Língua Brasileira de Sinais (Libras) com auxílio de um intérprete. Durante o preenchimento foram observadas e registradas por meio de filmagem as expressões dos participantes para fins de análise dos dados para os resultados e discussões. Cada entrevista teve uma duração de aproximadamente 30 minutos. Após término da aplicação do instrumento de recolha foi solicitado a indicação de três a seis novos contatos. E para manter o anonimato cada um recebeu um código que variou de S1 a S15.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

A luz dos temas abordados em estudos sobre a percepção da qualidade da assistência a pessoas com deficiência auditiva, dos direitos legais pertinentes aos portadores de deficiência e o direito a saúde descritos na legislação brasileira, os dados contidos no questionário foram agrupados através da ferramenta do Microsoft Office Excel versão 2007, organizados em categorias e avaliados segundo a trajetória da análise de conteúdo temática:

As Categorias A, B e C foram organizadas em quadros descritivos contendo pontos observados pelos participantes com seus respectivos níveis de satisfação levando-se em consideração as relações existentes entre os fatores determinantes da qualidade dos serviços e os princípios do SUS (Figura 4). Os dados de identificação sócio demográfico foram organizados através da mesma ferramenta e analisados por meio da comparação sexo/dados sócio demográficos.

Princípios do SUS	Determinantes de qualidade dos serviços	Pontos observados (satisfação dos usuários)
Universalidade	Pronto atendimento Comunicação	1. Quanto o atendimento dos funcionários 2. A pontualidade no agendamento das consultas, marcação e entrega de exames 3. A disponibilidade de placas informativas e material educativo em Libras
Integralidade	Credibilidade Confiabilidade Acessibilidade	4. O acesso a serviço ou atendimento especializado 5. A quantidade de medicamentos disponíveis e de materiais nos serviços de saúde 6. A disponibilidade de intérprete de Libras pelos serviços de saúde
Equidade	Tangibilidade Competência Segurança Compreensão	7. A apresentação da estrutura física (ventilação, iluminação, higiene e quantidade) da recepção, consultórios, banheiros. 8. A não utilização da Libras pelos profissionais 9. A utilização de mímicas, desenhos, textos escrito e leitura labial na comunicação com o surdo 10. A adoção da comunicação verbal olhando para o cliente, com boa articulação das palavras e uso de termos simples.

Figura 4 - Paralelismo entre os princípios do SUS, os fatores determinantes da qualidade de serviços, e os pontos observados na pesquisa.

Fonte:Fadel (2006) e Lei 8.080 (1990).

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 15 usuários que utilizaram um ou mais serviços de saúde em 2014, sendo 10 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Com relação à qualidade da comunicação nos serviços de saúde (Tabela 1), 86,7% dos participantes declararam-se muito insatisfeitos com a comunicação dos funcionários, 80% referiram ausência de materiais informativos e educativos. Houve uma variação na percepção quanto à pontualidade no agendamento das consultas, marcação e entrega de exames em que 53,3% demonstram nível de satisfação negativo, enquanto 46,7% positivo. Este resultado reflete em uma possível desigualdade na atenção a saúde entre os serviços, expresso na Tabela 1.

Tabela 1 – Satisfação quanto à qualidade da comunicação nos serviços

Variável	O atendimento dos funcionários			A pontualidade no agendamento das consultas, marcação e entrega de exames.			A disponibilidade de placas informativas e material educativo em Libras											
	Masc.		Fem.	Masc.		Fem.	Masc.		Fem.	Total								
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%								
Nível de satisfação																		
Muito Satisfeito	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	10	-	0,0	1	6,7	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Satisfeito	-	0,0	-	0,0	-	0,0	4	40	2	40	6	40	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Insatisfeito	2	20	-	0,0	2	13,3	1	10	2	40	3	20	2	20	1	20	3	20
Muito Insatisfeito	8	80	5	100	13	86,7	4	40	1	20	5	33,3	8	80	4	80	12	80
Total	10	100	5	100	15	100	10	100	5	100	15	100	10	100	5	100	15	100

No entanto, houve relatos de atendimentos um pouco mais qualificados entre os profissionais dos serviços privados. De acordo com S3 o pagamento pelos serviços dá mais garantia de melhor atendimento. Para S1 e S14 ao avaliar o atendimento do serviço público, comentaram que o desrespeito é evidente mesmo tendo explicado que são surdos os abordaram com indiferença.

“Não vou ao posto, pago consulta, atende melhor (S3)”.

“Tem médico que atende bem, tem médico que não... depende (S14)”.

“Agente mostra que é surdo e ficam rindo, não dão valor, faz sinal para esperar. Respeitam os direitos dos surdos não. Chama como ouvinte. Agente espera sem saber se passou a vez (S1)”.

Quando questionados sobre a qualidade da assistência, as respostas mantiveram-se com nível de insatisfação elevado. 60% disseram estar insatisfeitos com as estruturas físicas, ao contrário de 33,3% que as consideram satisfatória. O acesso aos serviços especializados assim como a disponibilidade de medicamentos ou materiais e a presença do intérprete foram avaliados em sua maioria como muito insatisfatório (Tabelas 2 e 3). Provavelmente a variação do nível de satisfação em relação à estrutura física esteja relacionada ao fato das mudanças arquitetônicas ocorridas nos últimos anos e a construção das novas unidades básicas de saúde dentro dos padrões estabelecidos em detrimento ao cumprimento dos instrumentos legais.

Tabela 2 - Satisfação em relação à qualidade da assistência quanto à estrutura e serviços especializados

Variável	A apresentação da estrutura física (ventilação, iluminação, higiene e quantidade) da recepção, consultórios, banheiros.						O acesso a serviço ou atendimento especializado					
	Masc.		Fem.		Total		Masc.		Fem.		Total	
Nível de satisfação	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Muito Satisfeito	-	0,0	1	20	1	6,7	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Satisfeito	4	40	1	20	5	33,3	4	40	1	20	5	33,3
Insatisfeito	2	20	2	40	4	26,7	3	30	2	40	5	33,3
Muito Insatisfeito	4	40	1	20	5	33,3	3	30	2	40	5	33,3
Total	10	100	5	100	15	100	10	100	5	100	15	100

Tabela 3 - Satisfação em relação à qualidade da assistência dos serviços quanto à disponibilidade de materiais e intérprete

Variável	A quantidade de medicamentos disponíveis e de materiais nos serviços de saúde						A disponibilidade de intérprete de Libras pelos serviços de saúde					
	Masc.		Fem.		Total		Masc.		Fem.		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Muito Satisfeito	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Satisfeito	2	20	2	40	4	26,7	4	40	-	0,0	4	26,7
Insatisfeito	4	40	1	20	5	33,3	1	10	-	0,0	1	6,7
Muito Insatisfeito	4	40	2	40	6	40	5	50	5	100	10	66,6
Total	10	100	5	100	15	100	10	100	5	100	15	100

Em relação à qualidade dos atendimentos, 93,3% expressaram estar muito insatisfeito com a não utilização de Libras, 80% não concordaram com o uso de outros recursos na comunicação, e 66,6% demonstram nível de satisfação negativo quanto à forma de comunicação adota pelos profissionais (Tabela 4), pois elas dificultam a comunicação e nem sempre a leitura labial ajuda os usuários, além de retratar um total desrespeito com o usuário como declara S1.

“Eles nem olha para gente, parece até que a gente não existe” (S1).

Tabela 4 – Avaliação dos atendimentos durante as consultas por nível de satisfação

Variável	A não utilização de Libras pelos profissionais			A utilização de mímicas, desenhos, textos escritos e leitura labial na comunicação com os surdos			A adoção da comunicação verbal olhando o cliente, com boa articulação das palavras e uso de termos simples		
	Masc. N.	Fem. N.	Total N.	Masc. N.	Fem. N.	Total N.	Masc. N.	Fem. N.	Total N.
Nível de satisfação	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Muito Satisfeito	- 0,0	- 0,0	- 0,0	1 10	- 0,0	1 6,7	- 0,0	- 0,0	- 0,0
Satisfeito	- 0,0	- 0,0	- 0,0	2 20	- 0,0	2 13,3	4 40	1 20	5 33,3
Insatisfeito	1 10	- 0,0	1 6,7	5 50	- 0,0	5 33,3	2 20	- 0,0	2 13,3
Muito Insatisfeito	9 90	5 100	14 93,3	2 20	5 100	7 46,7	4 40	4 80	8 53,3
Total	10 100	5 100	15 100	10 100	5 100	15 100	10 100	5 100	15 100

O atendimento de uma forma geral aos surdos limitou-se na realização de consultas por profissionais não capacitados para comunicação por língua de sinais. De acordo com os entrevistados S8, S2 e S5, estes fizeram uso de mímicas, leitura labial, escrita, desenhos ou simplesmente desconsideraram o usuário surdo dirigindo-se apenas ao acompanhante tanto para coletar informações sobre o quadro de saúde, como para dá instruções quanto à conduta a ser adotada, evidenciadas nas expressões a seguir.

“Faz desenho. Mímica a gente não entende. Sinal é melhor” (S8).

“Médico fica impaciente, nem olha, só fala com o acompanhante” (S2).

“Atende rápido, nem olha, passa a receita e pronto” (S5).

“Escreve letra difícil” (S7).

“Fala devagar, mas tem gente que não entende. A gente fala Libras” (S4)

Ao fazer-se o paralelismo dos pontos avaliados com os princípios do SUS, observou-se que a maior fragilidade no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no que diz respeito à universalidade, integralidade e equidade, reside nas mais variadas modalidades de comunicação. Evidenciada pela indisponibilidade de sinalização e material educativo, na falta de qualidade do atendimento nos serviços, assim como o descumprimento da lei no que tange a disponibilidade de intérprete e a não capacitação dos profissionais no atendimento aos usuários portadores de necessidades especiais como demonstram os Gráficos 1, 2 e 3.

Gráfico 1- Avaliação da efetivação do princípio da universalidade nos serviços de saúde

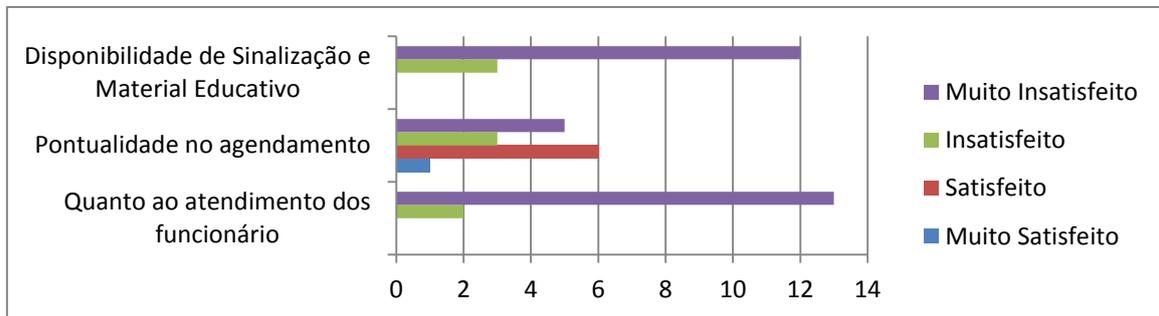


Gráfico 2- Avaliação da efetivação do princípio da integralidade nos serviços de saúde

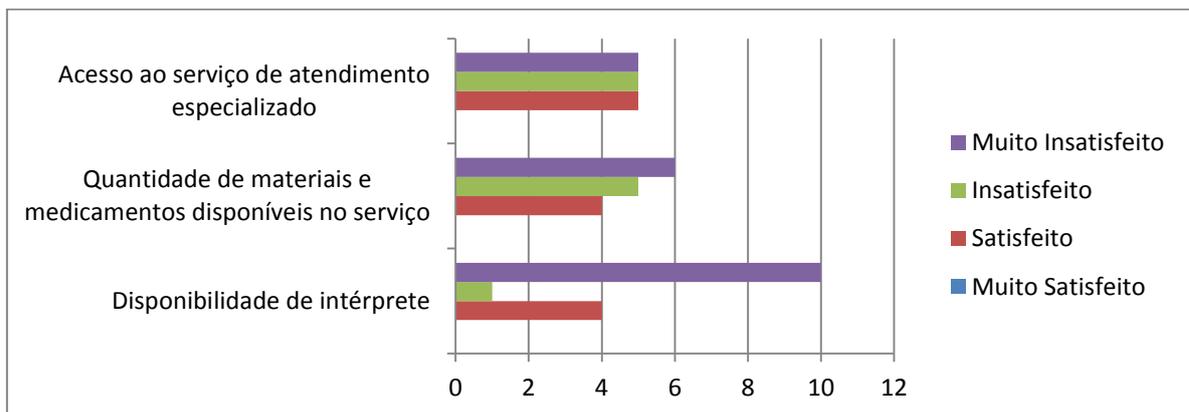
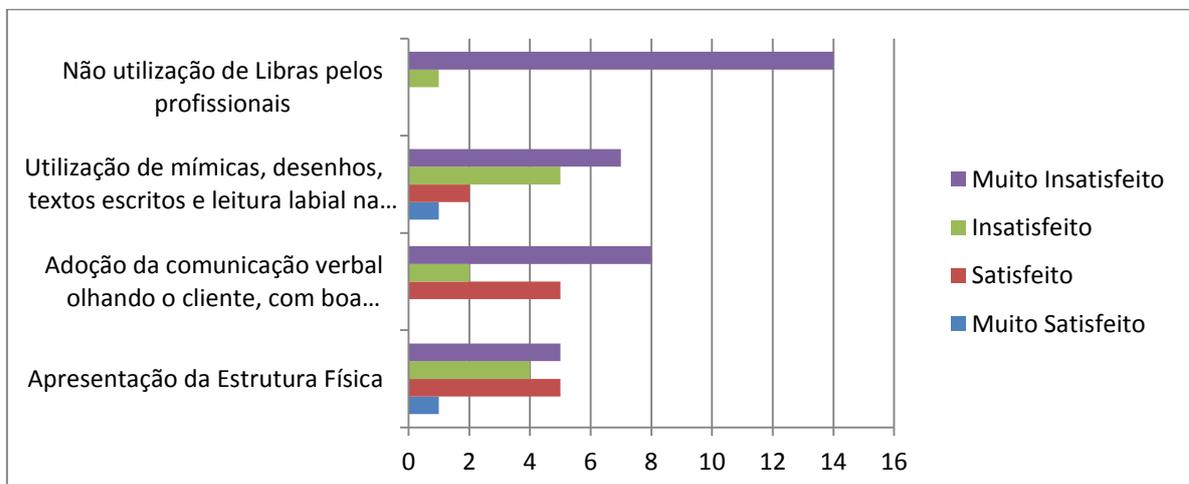


Gráfico 3- Avaliação da efetivação do princípio da equidade nos serviços de saúde



De um modo geral, os resultados encontrados não diferem aos apresentados nas literaturas referendadas no corpo desta pesquisa. Constatou-se despreparo dos serviços no atendimento a esses usuários, acentuada barreiras na comunicação reafirmando o risco de precarização dos cuidados de saúde a esses usuários não garantindo o direito que lhes são conferidos, e apesar de haver uma melhora do projeto arquitetônico das unidades de saúde a ambiência ainda não confere um padrão de qualidade exequível às ações e serviços ofertados.

4. DISCUSSÃO

A surdez é vista na maioria das sociedades ouvintes como deficiência auditiva, ocasionada por diminuição da capacidade funcional do sistema auditivo. A dificuldade de comunicação e compreensão do desenvolvimento cognitivo destas pessoas tem apresentado um contexto histórico repleto de preconceito, desvalorização das suas aptidões e capacidades intelectuais, bem como um desrespeito aos seus direitos como cidadãos com conseqüente indiferença a sua identidade cultural (Nóbrega et al. 2012; Wilhelms, 2013; Sousa, 2014; Campello & Rezende, 2014; Araújo et al., 2015).

E a pesar de ter seus direitos garantidos por lei, os surdos de um modo geral, necessitam de uma atenção maior, dado a barreira na comunicação com a sociedade ouvinte que vem se configurando como um risco a saúde para esta população (França, 2011).

Tal fato parece verificar-se na nossa amostra, pois a maioria dos participantes declarou-se muito insatisfeitos com a comunicação dos funcionários, referiram ausência de materiais informativos e educativos, e estavam insatisfeitos com a pontualidade no agendamento das consultas, marcação e entrega de exames.

Para a pessoa surda o acesso à comunicação visual vai além de uma simples interlocução com o mundo ouvinte, ela é também um importante instrumento para a formação da identidade surda. Por meio destas experiências se tornam membro integrante da sociedade podendo assim desenvolver todo o seu potencial intelectual e social (Nóbrega et al., 2012).

Além disso, o uso de outros recursos para a comunicação com os portadores de déficit auditivo é considerado inadequado e os expõem a riscos eminentes para diagnósticos e condutas errôneas. (Araújo et al., 2015).

Outro fator preocupante observado na relação serviço-paciente foi à intolerância dos profissionais em lidar com essa população, evidenciada na falta de paciência e no direcionamento ao acompanhante para coleta de informações a respeito do estado de saúde do queixante, como se observou na fala do S9. O que confirma a influência da ideologia normativa nas relações interpessoais entre profissionais e a pessoa surda, descrita por McDonnell (2016), observada através do comportamento hostil em resposta a não adequação dos surdos na sociedade ouvinte, como também na falta de consideração das habilidades intelectuais e independência.

“Tudo rápido, fala com o acompanhante, dá receita e chama outro” (S9).

Com relação a esse aspecto, Araújo et al. (2015) comentam que muito da falha na relação interpessoal entre os profissionais e os surdos é uma questão multifatorial que implica no despreparo profissional, nas limitações desta clientela, na falta de condição de trabalho, nos sentimentos negativos gerados destas inter-relações dificultosas, assim como o descumprimento dos aparatos legais e uma política pública ineficiente. Estes fatos vêm ocasionando a precarização da assistência a saúde dos usuários e concomitantemente com o aumento da exposição ao risco de adoecimento.

O desconhecimento da língua de sinais pelos profissionais da saúde, na maioria das vezes, geram um desconforto na comunicação destes e uma dependência dos usuários em relação aos familiares ou de intérpretes (Vianna et al., 2014), comprometendo assim o respeito à equidade durante o atendimento.

Sem acesso a uma comunicação de qualidade as pessoas surdas se veem obrigadas, na maioria das vezes, a contratarem intérpretes quando na ausência de familiares durante as consultas, em consequência do despreparo dos profissionais ou da indisponibilidade destes nos serviços conforme o previsto em lei. Dessa forma, observa-se um não cumprimento tanto do princípio da universalidade evidenciada pela falta de recursos informativos, quanto da equidade evidenciada na comunicação precária (Costa et al, 2009). Tão expressamente colocado por S5.

“Não tem intérprete, a gente paga toda vez. Não sabe falar com surdo (S5)”.

Se por um lado a comunicação é crucial para um melhor atendimento das necessidades de saúde, as instalações físicas também o são, porque tanto a comunicação como o ambiente físico devem propiciar condições terapêuticas favoráveis aos clientes em atenção à qualidade da assistência prestada. Pois, a oferta dos serviços de saúde dentro de uma estrutura física condizente, favorece tanto o acolhimento da clientela como possibilita um melhor desempenho do trabalho dos profissionais (Medeiros, Souza, Barbosa & Costa, 2010).

Porém neste estudo, houve registro de insatisfação dos participantes em torno deste fato refletindo uma fragilidade no princípio da equidade em decorrência da precariedade na ambiência, como relatado por S2, S8 e S4. Resultado semelhante também foi observado por Castro et al. (2011). Para os autores as deficiências relatadas pelos portadores de deficiência violam o princípio da equidade.

“lugar quente (S2)”.

“Pequeno, muita gente... quente, quente (S8)”.

“Sujo, muito sujo (S14)”.

Ainda em relação à integralidade observou-se uma aproximação dos níveis de satisfação entre os participantes no que se refere à quantidade de medicamentos disponíveis nos serviços, o acesso ao atendimento especializado e a apresentação da estrutura física, que podem estar associados às desigualdades existentes nas ofertas das assistências prestadas, como também a possíveis construções de espaços físicos adequados aos padrões estabelecidos pelas normas técnicas vigentes.

De uma forma geral evidenciou-se um descumprimento dos princípios do SUS ao serem avaliados os aspectos referentes aos determinantes de qualidades dos serviços, tendo como pontos cruciais a falta de uma comunicação adequada e a precariedade na ambiência, tão importante para o desempenho de uma assistência voltada para a promoção da saúde e qualidade de vida de uma população.

5. CONCLUSÃO

A barreira linguística observada entre pessoas surdas e ouvintes caracteriza-se como uma das principais dificuldades enfrentadas pelos surdos na sociedade. Em decorrência dessa barreira outras dificuldades emergem, como por exemplo, a dificuldade de participar ativamente da sociedade, manifestar suas opiniões e intervir no processo de construção do conhecimento. Este trabalho teve o objetivo de avaliar a percepção da pessoa surda quanto à qualidade das ações e serviços oferecidos nas unidades de saúde públicas, tendo em vista o cumprimento das leis vigentes voltadas para a inclusão da pessoa surda no acesso à saúde pública.

Em face da verificação da qualidade das ações e serviços prestados nas unidades de saúde, os participantes demonstraram estar conscientes quanto ao descumprimento do direito ao acesso a saúde de forma igualitária, equânime e integral através do nível elevado de insatisfação expressado.

As evidências da desqualificação profissional refletida no déficit de comunicação entre usuários e prestadores de serviço, bem como a indisponibilidade de recursos informativos ou educativos aliados à contratação de intérpretes diretamente pelos pacientes surdos para o atendimento de suas necessidades, refletem uma inoperância das políticas de saúde vigentes e um desvio da responsabilidade do Estado, no que tange à seguridade do acesso pleno aos bens e serviços de saúde sem qualquer perda ou dano para esta população em específico.

Por tanto, ficou evidente que a limitação auditiva não prejudicou a compreensão dos usuários quanto à qualidade das ações e serviços de saúde que deveriam ser prestados; ao contrário, o nível de insatisfação relatado expressou os desafios existentes para o pleno atendimento dos surdos no sistema de saúde no Brasil, de modo a promover a universalidade, integralidade e equidade dos serviços de atenção à saúde às pessoas com necessidades especiais, sugerindo assim um melhor empenho dos gestores e profissionais no cumprimento das leis como garantia ao direito à saúde das pessoas surdas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C. L., Fernandes. L., Ramos, H. E., Mendes, C. M. C., & Alves. C.A.D. (2013). Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil.). *Revista Ciência Médica Biológica*, v.12, especial, pp.404-410. Recuperado em 23 de outubro 2014 de: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9181/6749>
- Araújo, C.C.J., Coura, A.S., França, I.S.X., Araújo, A.K.F. & Medeiros, K.K.A.S. (2015). Consulta de Enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. *ABCS Health Sci.* 40(1): 38-44. Recuperado em 20 de agosto 2016 de: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/download/702/667>
- Capovilla, F. C., & Raphael, W. D. (2001) *Dicionário Enciclopédico Ilustrado Trilíngue: Língua de Sinais Brasileira*. 2. Ed. São Paulo: Edusp.
- Castro, S. S., Lefèvre, F., Lefèvre, A.M.C. & Cesar, C.L.G. (2011). Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica*, 45(1): 99-105. Recuperado em 20 de agosto 2016 de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2073.pdf>
- Costa, L. S. M., Almeida. R. C. N., Mayworn, M. C., Alves, P. T. F., Bulhões. P. A. M., & Pinheiro. V. M. (2009). O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, n.7, pp. 166-170, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 22 de setembro 2014 de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a166-170.pdf>
- Cruz, C. R., & Finger, I. (2014). Aquisição fonológica do português brasileiro por crianças ouvintes bilíngues bimodais e surdas usuárias de implante coclear. *NIH Public Access Author Manuscript*, 48(3): 389–398. Recuperado em 30 de dezembro de 2014 de: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4262527&blobtype=pdf>
- Decreto nº 5.293 de 02 de dezembro de 2004 (2004). *Que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida*. Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. Recuperado em 30 agosto de 2016 de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
- Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 (2005). *Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras*. Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF. Recuperado em 30 de janeiro de 2016 de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm.
- Dewes, J. O. (2013). Amostragem em Bola de Neve e Respondet – DrivenSampling: uma descrição do método. Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil. Recuperado em 30 novembro de 2014 de: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1>

Fadel, M. A. V (2006). A percepção da qualidade em serviços públicos de odontologia – um estudo de caso. Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil. Recuperada em 28 agosto de 2015 de:

repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/89078/228769.pdf?sequence=1&isAllowed=y

França, E. G. de. (2011). Atenção à saúde do surdo na perspectiva do profissional de saúde. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande-PB. Recuperado em 25 de setembro 2014 de: http://bdtd.uepb.edu.br/tde_arquivos/14/TDE-2012-08-23T152220Z-139/Publico/Euripedes%20Gil%20de%20Franca.pdf

Instituto brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE- (2010). Censo 2010. Recuperado em 22 de outubro 2014 de: <http://censo2010.ibge.gov.br>

Lei Nº 7.853 de 24 de outubro de 1989 (1989). *Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sua integração social*. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm

Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (1990). sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF. Recuperado em 22 de outubro 2014 de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Legislação em Vigilância Sanitária (2002). *Resolução da RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília, DF. Recuperado 22 de janeiro de 2016 de: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>

McDonnell, P. Deficiência, Surdez e Ideologia no Final do Século XX e Início do Século XXI. (2016). *Educação & Realidade, Porto Alegre*, v. 41, n. 3, p. 777-788. Recuperado em 08 de setembro de 2016 de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362016000300777&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Medeiros, F. A., Souza, G. C. A., Barbosa, A. A. A. & Costa, I.C., C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Saúde Pública*, v.12 (3): 402-413. Recuperado em 24 de dezembro de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>

Minayo, M. C. de S (org), Deslandes, S. F., Gomes, R. (2011). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (30 ed). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Ministério da Saúde (2008). *Manual de Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde da Família*. 2ª Ed. Brasília, DF. Recuperado em 22 de outubro 2014 de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf
- Nóbrega, J. D., Andrade, A. B., Pontes, Bosi, M. L. M. & Machado, M. M. T. (2012). Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. *Ciência Saúde Coletiva*, v.17, n.3, pp. 671-679. ISSN 1413-8123. Recuperado em 22 de outubro 2014 de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a13.pdf>.
- Pereira, O. R. (2013). Alunos Surdos, Intérpretes de Libras e Professores: Atores em Contato na Universidade. *Cadernos de Educação*, v.12, n. 24. Recuperado em 23 de dezembro de 2014 de: https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/cadernosde_educacao/article/viewFile/4914/4119
- Perlin, G., & Strobel, K. (2014). História cultural dos surdos: desafio contemporâneo. *Educar em Revista, Edição Especial*, n. 2/2014, p. 17-31, Curitiba: UFPR, Brasil. Recuperado em 23 de dezembro de 2014 de: <http://www.scielo.br/pdf/er/nspe-2/03.pdf>.
- Portaria Nº 1060, de 5 de junho de 2002(2002). *Trata da aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 22 de outubro 2014 de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html.
- Portaria nº 2.226 de 18 de setembro de 2009 (2009). *Trata da instituição do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Recuperado 22 de janeiro de 2016 de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2226_18_09_2009.html
- Ramos, D., Jorge, J.X., Teixeira, A., Ribeiro, C. & Paiva, A. (2015). Desenvolvimento da linguagem em crianças com implante coclear: terá o gênero alguma influência? *Rev. CEFAC*, 17(2): 535-541. Recuperado em 08 de setembro de 2016 de: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n2/1982-0216-rcefac-17-02-00535.pdf>
- Ribeiro C. T. M, Ribeiro M. G, Araújo A. P, Mello L. R, Rubim L. C, & Ferreira J. E. S. (2010) O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*, 28(1): 43–8. Recuperado em 23 de outubro 2014 de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a07.pdf>
- Santos, S. F., & Molon, S. I. (2024). Comunidade surda e Língua Brasileira de Sinais nos relatos de uma professora surda. *Revista Eletrônica de Educação*, v. 8, n. 2, p. 304-320. Recuperado em 23 de dezembro de 2014 de: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/800/340>
- Silva, D. N. H., & Abreu, F. S. D. (2014). Narrativas de jovens surdos sobre seus processos de escolarização no Distrito Federal. *Linhas Críticas*, v.20, n.42, p. 325-344, Brasília-DF, Brasil. Recuperado em 23 de dezembro de 2014 de: <file:///C:/Users/microsoft/Downloads/11616-37725-1-PB.pdf>

- Silva, L. S. G., Gonçalves, C. G. O. & Soares, V. M. N. (2014). *Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos*. *CoDAS*, 26(3):241-7. Recuperado em 25 de outubro 2014 de: http://www.scielo.br/pdf/codas/v26n3/pt_2317-1782-codas26-03-00241.pdf
- Souza, I. P. S.(2012). Percepção de fala em adolescentes com surdez pré-lingual usuários de implante coclear. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. Recuperado em 23 de outubro 2014 de: http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v77n2/pt_v77n2a03.pdf
- Vianna, N. G., Cavalcanti, M. L. T., Acioli, M. D. (2014) Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(7): 2179-2188. Recuperado em 25 de outubro 2014 de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02179.pdf>
- Wilhelms, N. S. (2013). O surdo além da deficiência. Monografia de conclusão de curso, Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil. Recuperado em 29 de outubro 2014 de: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7163/1/2013_NayaradeSouzaWilhelms.pdf.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário



ESSV

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
IPV – INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Chamo-me Maria Betânia Monteiro de Farias, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Educação para Saúde, na Escola Superior de Saúde de Viseu – ESSV. Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de avaliar a percepção da pessoa surda quanto à qualidade das ações e serviços oferecidos nas instituições públicas de saúde.

Participarão desta pesquisa os surdos que utilizam os serviços públicos do município de Arapiraca. Pedimos sua colaboração no preenchimento deste questionário para melhor conhecermos a sua opinião acerca da qualidade da assistência prestada pelos serviços públicos de saúde do município.

Marque as alternativas que melhor indica sua opinião utilizando a legenda a seguir.

LEGENDA	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
FATORES				
1. Quanto o atendimento dos funcionários você está				
2. Como você se sente em relação à pontualidade no agendamento das consultas, marcação e entrega de exames				
3. Em relação a disponibilidade de placas informativas e material educativo em Libras você está				
4. Como você se sente em relação à apresentação da estrutura física (ventilação, iluminação, higiene e quantidade) da recepção, consultórios, banheiros.				

5. Em relação ao acesso a serviço ou atendimento especializado você está				
6. Como se sente a respeito da quantidade de medicamentos disponíveis e de materiais nos serviços de saúde				
7. Quanto a disponibilidade de intérprete de Libras pelos serviços de saúde você está				
8. A não utilização da Libras pelos profissionais faz você sentir-se				
9. A utilização de mímicas, desenhos, textos escrito e leitura labial na comunicação com o surdo lhe deixa				
10. Quanto à adoção da comunicação verbal olhando para o cliente, com boa articulação das palavras e uso de termos simples você se sente				

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
<p>Participante _____</p> <p>1 - Sexo: <input type="checkbox"/>Feminino <input type="checkbox"/>Masculino</p> <p>2 - Idade: _____ anos</p>	<p>6 - Trabalha</p> <p><input type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não</p>
<p>3 - Frequentando escola</p> <p><input type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não</p> <p>4 - Nível de escolaridade (anos de estudos)</p> <p><input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 1a 3 anos <input type="checkbox"/> 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 8 a mais anos</p>	<p>7- Renda familiar</p> <p><input type="checkbox"/> < 1salário mínimo <input type="checkbox"/> 1a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3 a 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5 a mais salários mínimos</p>
<p>5- Estado civil</p> <p><input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável</p>	<p>8- Profissão/ocupação</p> <p>_____</p>

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**Percepção da pessoa surda sobre a qualidade da assistência em saúde**”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho Percepção da pessoa surda sobre qualidade da assistência em saúde terá como objetivo geral avaliar a percepção da pessoa surda com deficiência severa ou profunda sobre a qualidade dos serviços prestados nas instituições públicas de saúde.

- Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário. Pode recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento de forma confidencial; manter o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários, e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros, e por tanto, não haverá necessidade de indenização por parte da pesquisadora.

- Para armazenar as informações para posterior análise, será realizada uma filmagem da entrevista ou da mediação da intérprete de Libras. O objetivo desta gravação é somente para a pesquisadora poder armazenar os dados obtidos da minha participação para poder realizar a análise, após término da pesquisa o material será destruído.

- Os benefícios esperados são conhecer os aparatos legais e científicos que beneficiam a qualidade da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde, portador ou não de limitação física ou funcional, bem como contribuir no processo de avaliação e planejamento dos serviços para que possam tornar-se mais acessíveis.

- Qualquer dúvida ou esclarecimento, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Betânia Monteiro de Farias no número (82) 9666-6678, do Curso de Mestrado em Educação para Saúde pela Escola Superior de Saúde de Viseu em Portugal, ministrado sob o protocolo internacional com o Instituto Pernambucano de Estudos Avançados – IPEA/ Brasil.

Arapiraca, _____ de _____ de 2014

Pesquisadora responsável Maria Betânia Monteiro de Farias – RG 1.205.236 SSP/AL

_____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura(ou impressão dactiloscópica):

Data: _____