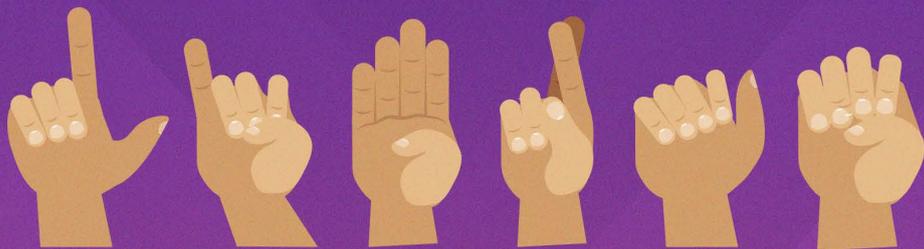


# A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO **ATENDIMENTO AO SURDO:**

*Desafios da Língua Brasileira de Sinais*



**Marco Aurélio Tupinambá Viana Filho**  
**Maria da Piedade Resende da Costa**



**Pedro & João**  
editores

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO  
ATENDIMENTO AO SURDO:  
DESAFIOS DA  
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS**



**Pedro & João**  
editores



Esta publicação recebeu apoio da Coordenação de  
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil  
(CAPES) sendo sua distribuição gratuita e de livre acesso.

Programa CAPES/PROEX

Nº do Processo: 23038.006212/2019-97

Nº do Auxílio: 0542/2019

**MARCO AURÉLIO TUPINAMBÁ VIANA FILHO**  
**MARIA DA PIEDADE RESENDE DA COSTA**

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO  
ATENDIMENTO AO SURDO:  
DESAFIOS DA  
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS**



**PPGEEs**

Programa de Pós-Graduação  
em Educação Especial - UFSCar

  
**Pedro & João**  
editores

**Copyright © Autora e autor**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos da autora e do autor.

---

**Marco Aurélio Tupinambá Viana Filho; Maria da Piedade Resende da Costa [Orgs.]**

**A equipe de enfermagem no atendimento ao surdo: desafios da Língua brasileira de sinais.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 192p. 14 x 21 cm.

**ISBN: 978-65-5869-976-7 [Digital]**

**DOI: 10.51795/9786558699767**

1. Enfermagem. 2. Atendimento ao surdo. 3. Língua brasileira de sinais. 4. Desafios. I. Título.

---

CDD – 371

**Capa:** Petricor Design

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajéu – CRB - 8-828

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Científico da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/ Brasil); Hélio Márcio Pajéu (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/ Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luis Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2022

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>PREFÁCIO</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>23</b>
<b>A LÍNGUA DE SINAIS E O LUGAR DE EXPRESSÃO DO SURDO</b>	
Caminhos Históricos da Língua de Sinais	23
A Língua Brasileira de Sinais	27
Desmitificação da Língua de Sinais e do Surdo	28
Aspectos Gramaticais da Língua de Sinais	34
Diferentes Propostas Educacionais para os Surdos	42
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>49</b>
<b>ESTUDOS DE CURRÍCULO E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ENSINO SUPERIOR</b>	
Discussões Históricas sobre o Currículo	49
O Currículo no Brasil	58
O Currículo de Enfermagem	65
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>77</b>
<b>DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO E O CUIDADO À SAÚDE DO SURDO</b>	
Atendimento a Pessoa com Deficiência	77
Os direitos do Surdo à saúde	85

A Equipe de Enfermagem no atendimento ao Surdo	91
<b>CAPÍTULO 5</b>	<b>97</b>
<b>O QUE A PESQUISA APONTA SOBRE O TEMA</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b>	<b>109</b>
<b>LIBRAS NO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM E SUA INFLUÊNCIA NO ATENDIMENTO AO SURDO</b>	
Análise do Currículo dos Cursos de Enfermagem	109
As Inquietações acerca do Atendimento aos Pacientes Surdos	145
Comunicação com os pacientes Surdos	146
Atendimento aos pacientes Surdos	152
Saúde para os pacientes Surdos	159
Comunicação com os profissionais da saúde	160
Barreiras no atendimento à saúde	165
Medos e inseguranças acerca da assistência à saúde do Surdo	169
<b>CAPÍTULO 7</b>	<b>173</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>177</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>187</b>
<b>O AUTOR E A AUTORA</b>	<b>191</b>

## APRESENTAÇÃO

Quando falamos de deficiência sabemos dos desafios que as pessoas enfrentam em vários âmbitos da sociedade. Em se tratando da surdez uma adversidade social se destaca sobremaneira: a língua.

Não que a Língua de Sinais em si seja um problema, ela é a língua natural do Surdo, a maneira pela qual ele pode se expressar para quem e aquilo que o cerca, a isso não há o que se contestar. Entretanto, com uma língua majoritária estabelecida levanta-se barreira linguística de forma natural do corpo social que a expressa. Assim, a permeabilidade dessa outra língua, no caso a Língua de Sinais, é dificultada em todos os estratos e cantos da sociedade.

Por isso a Lei 10.436 de 2002 é tão importante, uma vez que reconhece a Língua Brasileira de Sinais (Libras) na esfera federal e a oficializa como língua da comunidade surda. Tal ação contorna algumas barreiras erguidas e força setores a se adequar à existência dessa língua e, igualmente importante, da comunidade que a expressa. Uma luta que a comunidade Surda conquistou arduamente.

Perante essa problemática outras questões são levantadas em relação a Língua de Sinais e como ela é absorvida pela sociedade nos processos de formação de um ser social dotado de capacidade para agir e viver nesse ambiente.

Um desses processos, que a sociedade afirma como quesito capacitador, é a aquisição de conhecimento. Dessa forma, pesquisas e mais pesquisas se debruçam sobre o processo do aprender, sobre os enfrentamentos que uma

língua não verbal apresenta dentro do âmbito escolar e como isso impacta a vida e o conhecimento do educando Surdo.

Dessas investigações como também das exigências da comunidade Surda percebeu-se o quanto o status político e pedagógico estavam defasados em relação aos direitos dessa comunidade. Com o Decreto 5.626 de 2005 os direitos para que o Surdo possa exercer sua liberdade como cidadão e enfrentar as barreiras sociais impostas com base na Lei foram finalmente delineados.

Referente a educação a comunidade Surda conseguiu que houvesse a obrigatoriedade dos cursos de licenciatura e fonoaudiologia em incluir a unidade curricular de Libras em sua grade formativa. Para a educação básica isso veio pelo reconhecimento do professor intérprete-tradutor de Libras, estabelecendo um patamar para que o aluno Surdo possa receber uma educação de qualidade na sua própria língua, além de ter a salvaguarda de que os profissionais licenciados apresentem um conhecimento mínimo de sua língua.

Apesar dos contratempos e da luta para que haja melhorias no campo educacional foram obtidos os direitos básicos nesse setor, porém não é só nele em que o Surdo permeia como cidadão pleno em seus direitos. Outro setor, que como a educação, deve ofertar um serviço de qualidade para essa comunidade é a Saúde. Contudo, poucas informações são difundidas sobre esse tema. Dessa forma, uma questão relevante deve ser levantada:

Como é o atendimento do Surdo no âmbito da saúde?

Responder a essa questão exige uma reflexão que invariavelmente se repousará na Língua. Sabemos que o atendimento, a anamnese inicial, tem base comunicativa.

Quando chegamos seja em um hospital seja numa clínica explanamos o que estamos sentido para aquele que nos atende, geralmente um profissional da equipe de enfermagem.

Essa comunicação claramente verbal, visto a modalidade majoritariamente oral da língua portuguesa, para os ouvintes é apenas uma etapa para seu atendimento, porém para o Surdo, que apresenta uma comunicação não verbal, pode significar alguma dificuldade se não houver apoio.

Dessas inquietações surgem outras questões, como o preparo da equipe de enfermagem que atende esse paciente e a formação dos mesmos.

O mesmo Decreto Federal de 2005 que garante os direitos a educação, também os garantem em relação ao atendimento à saúde em seu Capítulo VII, inclusive assegurando a capacitação dos profissionais na Língua Brasileira de Sinais.

O Surdo, dessa forma, tem base na Lei para que o atendimento a sua saúde seja feito em sua língua.

Visto isso, com a preocupação de compreender como se dá o atendimento à saúde do Surdo e a vontade de investigar de maneira detalhada a formação daqueles que o atendem e estão na linha de frente da saúde pública é que esse livro se estrutura. Originado da tese de doutorado de Marco Aurélio ele vem contribuir para esse tema no intuito de provocar debates e reflexões sobre o atual status do atendimento à saúde do Surdo.

Marco Aurélio  
Maria da Piedade



## PREFÁCIO

### A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Acho que todos os sentimentos se perdem nas palavras. Todas deveriam ser transformadas em ações, em ações que tragam resultados (Florence Nigthingale)

Transformar palavras em ações e em ações que comprovem resultados efetivos, plurais, não se configura como uma tarefa fácil. Torna-se mais complicada à medida em que a esta concorram campos do saber cujas competências exigem conhecimentos específicos. É o caso deste texto, cuja temática envolve, por um lado, a Língua Brasileira de Sinais e de outro, a formação da equipe de enfermagem. Campos únicos em sua especificidade, complexidade, filosofia, práticas.

Os autores, cuja formação e prática profissional se ancoram na Enfermagem, escolheu um tema atual, relevante, inédito para compor a tese de doutorado em Educação Especial: o ensino da Língua Brasileira de Sinais, para os profissionais em formação. Seguramente ousado!

É de amplo conhecimento, o aporte legal brasileiro que embasa e assegura às pessoas com deficiências, direitos de diferentes naturezas: desde a inclusão escolar, social, laboral, à saúde, vimos aumentar, na atualidade, cursos voltados ao conhecimento e atendimentos às pessoas em situação de deficiências. Cumpre-se, pois,

nesta obra, a transformação de uma ação tipicamente destinada a esse público.

O texto apresenta-se delineado em tópicos que tratam:

**Da Língua de sinais e do lugar de expressão do surdo.** Fruto de mobilização de grupos específicos e da comunidade acadêmica, a área da surdez tem presença recomendada nos currículos de cursos de instituições de ensino superior, ao menos em um semestre letivo, de forma a dar a conhecer este universo complexo, porém necessário para todas as áreas. O surdo tem um papel social a desempenhar e o pleno direito de o exercer, com legitimidade.

**De estudos do currículo e a formação do enfermeiro no ensino superior.** São apresentados os resultados de um levantamento efetuado que, por um lado, revelam a carência de estudos envolvendo essa dupla temática – surdez e enfermagem –; mas contraditoriamente, apontam, de outro lado, para a necessidade de ampliação de estudos desta natureza na área da saúde.

**Das diretrizes para o atendimento e o cuidado com a saúde do surdo.** Com a segurança do conhecimento e da prática adquiridos, os autores nos apresentam diretrizes basilares para que ocorram o atendimento e os cuidados humanizados, naturais e desejáveis da equipe de enfermagem em relação ao paciente surdo, condições tais que deveriam igualmente, estar presentes na rotina dos profissionais médicos (adendo meu!!!!). É início da transformação das palavras em ações!

**Do que as pesquisas apontam sobre o tema. Libras no currículo de enfermagem e sua influência no atendimento ao surdo.** Para referendar este tópico, os autores ancoram-se

em dois instrumentos: um questionário direcionado à equipe de enfermagem atuante em um hospital e outro questionário online voltado às pessoas surdas, desenvolvido por meio do Google Forms, procedimentos tais devidamente amparados pela ética. Os instrumentos, além de questões gerais de identificação, continham também questões dissertativas sobre atendimento em saúde. Na busca por mais informações que espelhem o atendimento à saúde do surdo no cursos de enfermagem, os autores realizam um mapeamento, por regiões brasileiras, objetivando conhecer o lugar da Língua Brasileira de Sinais no currículo, disponibilidade, carga horária. Neste item são abordados:

análise curricular de todos os cursos listados à época da pesquisa, nas IES, trabalho importante por revelar que o componente curricular está presente nos documentos, mas nem sempre no momento mais adequado, em tempos de estágios, por exemplo, quando se prescinde da interação necessária entre equipe e paciente;

derivam daí, inquietações dos autores sobre o atendimento em saúde, passíveis nas situações em que os envolvidos não usam a mesma forma de expressão verbal e tem impedimentos que salientam barreiras. Assim, torna-se mais complexo conhecer as queixas do paciente e a consequente atenção;

consequentemente, a comunicação entre paciente e equipe de enfermagem pode apresentar defasagens e desacertos, condições inaceitáveis para o sucesso do tratamento; faz-se necessário o uso da comunicação eficiente, pois, entre paciente e equipe de enfermagem, o que se torna possível, quando esta domina, ainda que de forma superficial, a libras. Daí resulta a relevância da inserção deste conteúdo curricular nos cursos de formação;

é essencial para a eficácia da abordagem e do tratamento que atendimento á saúde das pessoas surdas esteja pautado nos princípios da competência técnica, seriedade e humanização condições tais que deveriam ser constantes e fomentadas em todos os cursos de formação, sejam estes voltados ao ensino superior ou técnico;

para tanto, há de se resguardar, ainda, a importância do fator comunicação não somente entre paciente e equipe de enfermagem, mas extensiva a todos que estejam envolvidos no processo: médicos, família, profissionais de outras áreas (nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, pedagogos, administração, entre outras).

Desta forma, procedendo-se à eliminação das barreiras não somente de caráter arquitetônico, mas especialmente, aquelas de caráter atitudinal, pode-se vislumbrar, em um futuro próximo, um cenário mais promissor em que as palavras, simples ou elaboradas, possam ser transformadas em ações que realmente sejam significativas.

Que esta obra cumpra seu lindo destino: que seja o divisor de águas na vida de enfermeiros e enfermeiras! Muito sucesso!!!!

São Carlos, junho de 2022

Profa. Dra. Fátima Elisabeth Denari  
DPsi e PPGEes/UFSCar

# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

Antes que se entre na discussão sobre o Surdo e a sua relação com o acesso a saúde no Brasil é importante que se compreenda aspectos legislativos que alicerçam uma das áreas em que a comunidade surda mais angariou vitórias, mesmo que sua implementação seja ainda desafiadora: a Educação.

Desde a Lei 10.436/2002 (BRASIL, 2002), a qual reconhece legalmente a Língua Brasileira de Sinais como língua oficial e meio de expressão da comunidade surda no país, o direito, tanto na área social quanto na educacional, foi conquistado gradativamente pela comunidade surda.

Alguns anos depois com o Decreto 5.625/2005 a Libras é considerada disciplina curricular obrigatória. Em seu capítulo II, artigo 3º, como pode-se constatar a seguir:

A Libras deve ser inserida como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de Fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, do sistema federal de ensino e dos sistemas de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2005).

Essa implementação vem acompanhada do reconhecimento do tradutor intérprete de Libras, que vale destacar, não é somente importante para o âmbito

educacional, uma vez que pode atuar em vários espaços e tipos de instituições.

Dessa forma, tal documento sedimenta o direito do aluno Surdo a um ensino de qualidade, e mais importante; um ensino em sua língua natural<sup>1</sup> já que disponibiliza para aqueles que se formarão como seus professores acesso e capacitação a esse tipo de comunicação viso-espaciais<sup>2</sup>.

Como suplementação natural às demandas educacionais o governo elabora, em 2008, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEI), que entre outros objetivos garante:

(...) Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior; atendimento educacional especializado; continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino (...) (BRASIL, 2008).

A transversalidade da educação especial é um fator significativo quando se leva em conta sua abrangência, principalmente por alcançar o ensino superior, foco também deste livro. Isto posto, essa modalidade garante o acesso do público-alvo da educação especial (PAEE) a especialização, graduação e pós-graduação. De modo relevante abre espaço para a formação de profissionais aptos a atender esse público.

---

<sup>1</sup> Para Dalcin (2006) a língua de sinais é considerada natural para o Surdo pois é o canal de expressão espontânea, que o indivíduo se identifica de imediato.

<sup>2</sup> Para Quadros e Karnoop (2007) o Surdo usa do canal sensorial da visão, dos movimentos do corpo e expressões faciais para se comunicar.

Com esse intuito a referida política vem acompanhada junto a programas de incentivo a formação e capacitação de gestores e educadores no desenvolvimento do atendimento educacional especializado (SANTO; HOSTINS, 2015).

Dessa forma, houve um estímulo para mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Licenciatura, principalmente em Pedagogia e Letras, para a inserção de unidades curriculares relacionadas a educação especial, principalmente da Libras (VITALIANO, DALL'ACQUA, 2012; DEIMLING, 2013; PEZZINI, 2017).

Neste contexto observa-se que a legislação na área educacional assegura em vários campos a educação do indivíduo com deficiência, com destaque aquele que apresenta surdez, por meio da obrigatoriedade do intérprete e tradutor de Libras no ambiente escolar, quando necessário, e da unidade curricular de Libras para os cursos de licenciatura no ensino superior.

Já a área da saúde, foco principal do presente livro, apresenta algumas implicações para a garantia do acesso ao indivíduo Surdo. Portanto, segundo essa conjuntura faz-se relevante a comparação entre as duas áreas.

Assim sendo, no mesmo Decreto 6256/05 que delinea esses aspectos vistos anteriormente, em seu capítulo VII dispõe da garantia a saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva:

Art. 25. A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir,

prioritariamente aos alunos matriculados nas redes de ensino da educação básica, a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Destarte, pode-se inferir que os serviços públicos de assistência à saúde sejam realizados por profissionais capacitados para a comunicação com a comunidade surda, ou seja, apresente conhecimento de Libras (SILVA; PACHU, 2016).

Relacionado a esse aspecto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002) em uma de suas diretrizes ressalta a “organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência” além de promover a capacitação de recursos humanos.

O documento ainda ressalta que a Política está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2002).

Com as novas legislações, centradas no atendimento a pessoa com deficiência, o Ministério da Saúde, compreendendo a vigência das propostas lança documentos complementares como o “Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência” (BRASIL, 2006) e “Pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007). Tais documentos organizam as portarias sobre o assunto e destacam a assistência específica para esse grupo (LEVINO et al, 2013).

Entretanto, as diretrizes não indicam quais estratégias serão organizadas para capacitar os

profissionais da área da saúde, principalmente aqueles que irão ter contato diretamente com o paciente Surdo.

Como consequência, essa legislação acaba não se efetivando na prática. Algumas pesquisas como a de Chaveiro e Barbosa (2005) Pagliuca, Fiúza e Rebuças (2007), Oliveira et al, (2012), Ramos; Bortagarai (2012), Araújo et al. (2015), França et al. (2016) e Lessa; Andrade (2016) evidenciam uma dificuldade na comunicação entre a equipe de saúde de assistência primária e o paciente Surdo.

Pagliuca, Fiúza e Rebouças (2007) demonstraram em seu estudo “Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo” que as enfermeiras apresentavam grande dificuldade de compreender qual a necessidade do paciente e que esse fato consequentemente dificultava ou impedia a resolução de problemas e a minimização de conflitos.

Particularmente na enfermagem, Stefanelli, Carvalho e Arantes (2012) salientam que a comunicação é uma necessidade humana básica e, portanto, determinante para o atendimento da área de assistência ao paciente, sendo o denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde.

Em um universo em que 5.735.099 pessoas apresentam problemas relacionados à perda auditiva no país, o desfalque no atendimento à saúde é, de fato, agravante. (BRASIL, 2010)

Uma das problemáticas dessa situação pode advir de um norteamto proposto pelo Decreto 5.625. Diferentemente do que foi regulamentado para educação, nas outras áreas, incluindo a saúde, a unidade curricular Libras:

§ 2o A Libras constituir-se-á em disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional, a partir de um ano da publicação deste Decreto. (BRASIL, 2005).

Oliveira e colaboradores (2012) relatam que o Conselho Nacional de Educação (CNE) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação de Enfermagem e outros cursos da área da saúde, elencam as recomendações a serem observadas na organização curricular das IES do país, objetivando garantir os conhecimentos gerais e específicos requeridos para o exercício da profissão com competências e habilidades.

Mesmo que esses documentos não citem diretamente a Libras na formação profissional eles deixam claro que a Instituição de Ensino deve apresentar em um projeto pedagógico do curso, conhecimentos gerais para que o aluno possa estar dotado de competências e habilidades, a qual a comunicação faz parte, que atendam às necessidades sociais da saúde. Além disso, as DCN de Enfermagem, como outras da área da saúde, objetivam garantir a integralidade da assistência com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001). Dessa forma, uma vez que o Surdo tem garantido o atendimento a esse sistema é imprescindível que o profissional, especialmente o enfermeiro, seja capaz de uma comunicação interpessoal satisfatória.

Diante dessa inquietante circunstância é que a presente pesquisa se alicerça: Primeiro, a incipiência de investigações e pesquisas sobre as causas das dificuldades dos Surdos para acessar os serviços de saúde; e segundo: a influência da formação acadêmica no atendimento do profissional de enfermagem. Essas situações levam,

então, a pergunta: Qual a influência da formação acadêmica do profissional da saúde no atendimento ao paciente Surdo?

Para responder à questão, o presente livro teve como objetivo principal analisar a matriz curricular do curso de Enfermagem das IES públicas de todas as regiões do Brasil, para verificar a presença e o tipo de disponibilidade da unidade curricular Libras. Mais especificamente, analisa a disponibilidade da unidade curricular de Libras nos cursos da IES; discute a inserção da unidade curricular de Libras na matriz curricular; investiga como se dá o atendimento do Surdo pela equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde e analisa quais as implicações para a saúde do Surdo ao entrevistar a equipe de enfermagem e os pacientes Surdos.



## CAPÍTULO 2

### A LÍNGUA DE SINAIS E O LUGAR DE EXPRESSÃO DO SURDO

Nesse capítulo são apresentados os aspectos históricos da Língua de Sinais, com o intuito de compreender a formação sociocultural dessa Língua e os desafios impostos a propagação dela em um mundo de hegemonia oralista. Também visa evidenciar suas características específicas como Língua, a fim de diferenciá-la da Língua Portuguesa em sua modalidade oral e escrita. Entretanto, não se pode explicar sobre a Língua de Sinais sem mencionar aqueles que a usam. Dessa forma o capítulo também trata do Surdo, como indivíduo e comunidade dentro dos Estudos Surdos.

#### **Caminhos Históricos da Língua de Sinais**

Diferentemente da língua oral, a qual consegue-se delimitar os aspectos históricos, desde sua origem até os dias atuais, a partir do momento em que surgiu a linguagem escrita, a língua de sinais apresenta uma complexidade maior nesse quesito, pois não há registros escritos da mesma, uma vez que ela é gestual (RAMOS, 2009).

A primeira vez que se tem registrado algum fato sobre a gênese da língua de sinais aparece com um ouvinte, Pedro Ponce de Leon (1510-1584). Da ordem dos monges beneditinos, que tinham o voto de silêncio como parte da vida no monastério, usava sinais rudimentares

para se comunicar. Essa forma de expressão deu possibilidade para que fosse tutor de muitos Surdos de famílias nobres. Porém, os sinais eram apenas um dos aspectos de seu método de ensino, que tinha a fala e a escrita como principal subterfúgio ao ensino (REILY; REILY, 2003).

Mesmo obtendo sucesso no ensino de Surdos Ponce de Leon não deixou registrado seus métodos, com sua morte todo o trabalho se perdeu. Entretanto, a instrução de pessoas surdas, como era denominada a educação dessa parcela da sociedade na época, não se findou. Ainda no século XVI, em 1620, foi com o padre espanhol Juan Pablo Bonet (1579-1633) que a primeira edição de um tratado para a educação de Surdos, contendo a primeira idealização do alfabeto manual, foi publicada. No entanto, da mesma forma que Ponce de Leon, Bonet não usava somente esse alfabeto para educar seus alunos Surdos (REILY; REILY, 2003; HONORA, M.; FRIZANCO, 2009)

De acordo com Ramos (2009) foi com J. Bulwer, em seu livro *Chirologia*, publicado em 1644 que é descrita, pela primeira vez, a língua de sinais como um sistema complexo. Em livro posterior o autor ratifica a importância da língua de sinais ao afirmar que o Surdo, que compreende completamente essa língua, pode expressar-se verdadeiramente da mesma forma que um ouvinte o faz, por meio da língua oral.

Registros históricos relevantes, na educação do Surdo e no desenvolvimento da língua de sinais, aparecem mais de um século depois com o abade Charles-Michael de L'Epée (1712-1789), um filantropo educador francês, que defendia a instrução de Surdos pela língua de sinais (HONORA; FRIZANCO, 2009). Conhecido

posteriormente como “pai dos Surdos” iniciou sua compreensão da Língua de Sinais, instruindo duas irmãs surdas. Ao aprender a comunicação entre as duas meninas foi se aproximando cada vez mais da comunidade surda. A fim de sistematizar o ensino, criou alguns sinais com a ajuda dos Surdos, aos quais denominou de “sinais metódicos”, com o intuito de facilitar o ensino do francês para os Surdos. (REILY; REILY, 2003; HONORA; FRIZANCO, 2009; GOES; CAMPOS, 2014).

Por meio dele foi fundada a primeira escola pública do mundo para Surdos em Paris, em 1760, o *Instituto Nacional de Surdos-Mudos*. Posteriormente, publicou a obra intitulada *A verdadeira maneira de instruir Surdos-Mudos*, a qual referenciava a Língua de Sinais com respeito e método mais eficaz de ensinar os Surdos (HONORA; FRIZANCO, 2009).

De acordo com os autores supracitados, L’Epée, com essa obra desenvolveu regras sintáticas, inserindo o alfabeto manual, criado por Juan Pablo Bonet, para estruturar melhor a língua tornando-a mais versátil para o ensino das diversas ciências. Mais tarde o então diretor do Instituto Nacional de Surdos-Mudos de Paris, Roch-Ambroise Sicard, depois da morte de L’Epée, desenvolveu a teoria e publicou um livro com a gramática geral da Língua de Sinais Francesa.

Ainda em 1760 outra instituição surgiu no mundo, Watson’s Asylum, agora na Inglaterra, com a preocupação de educar os Surdos. Foi pelas mãos de Thomas Braidwood (1715-186) que os alunos aprendiam o uso de um alfabeto em que se usava as duas mãos para se comunicar, o qual ainda é usado atualmente na

Inglaterra. Porém, seu método continuava focado no desenvolvimento da fala e na leitura labial, diferentemente do encontrado na França (HONORA; FRIZANCO, 2009)

No início do século XIX, na América, o professor Thomas Hopkins Gallaudet (1787-1851), inicia os estudos sobre a educação de Surdos nos Estados Unidos. Com o intuito de aprender outros métodos de ensino que eram referência no mundo, viaja a Europa para colher informações.

Sua primeira parada é na Inglaterra, porém sua estadia, bem como os métodos de Braidwood, lhe são negados. Dessa forma, chega a França e consegue um estágio no Instituto Nacional para Surdos-Mudos, do então diretor Roch-Ambroise Sicard (HONORA, FRIZANCO, 2009; GESSER, 2009).

Gallaudet, ao voltar da França, funda a primeira escola para Surdos dos Estados Unidos, juntamente com um aluno do instituto francês, Laurence Clerc. A partir desse momento há uma mudança de paradigma na educação de Surdos estadunidense, antes com a maioria das escolas públicas aplicando o método oralista; com a demonstração da eficácia na instrução dos alunos Surdos pela língua de sinais, o ensino regular nos Estados Unidos passa a optar por esse tipo de método.

Anos mais tarde, em 1864, seu filho Edward Gallaudet funda a primeira universidade nacional norte-americana para Surdos, a *Gallaudet University*, em Washington. Logo, em 1885 a Língua Americana de Sinais (ASL) passa a ser totalmente aceita pela sociedade, sendo o meio ao qual os alunos Surdos são educados na escola.

## A Língua Brasileira de Sinais

Em 26 de setembro de 1857, D. Pedro II assina a Lei 839, fundando o Imperial Instituto de Surdos-Mudos do Brasil (atual Instituto Nacional de Educação de Surdos-INES) no Rio de Janeiro. Por meio do Instituto é que se dá o primeiro passo para a educação de Surdos no Brasil, de forma oficial, apoiada pelo Império. Entretanto, estudos apontam que o Instituto já funcionava um ano antes, subvencionado por entidades particulares e públicas e até mesmo pelo imperador. Historiadores apontam que este último tinha interesse particular, pois era de conhecimento que a Princesa Isabel tinha um filho Surdo e seu marido, o Conde D'Eu, era parcialmente Surdo (RAMOS, 2009).

Para que o Instituto fosse fundado, o Imperador recebeu ajuda de Ernest Huet egresso do Instituto Nacional de Surdos-Mudos de Paris. Ele, primeiramente, organizou todo o ensino, sendo responsável pelas várias disciplinas, desde as mais básicas como língua portuguesa, história e geografia, até as mais específicas, como a linguagem articulada e leitura sobre os lábios. (GESSER, 2009; HONORA; FRIZANCO, 2009; RAMOS 2009).

Ramos (2009) relata que dados oficiais sobre o uso da Língua de Sinais apareceram em 1877 com o documento registrado pelo então diretor, Tobias Leite, na publicação *“Notícias do Instituto dos Surdos e Mudos do Rio de Janeiro pelo seu diretor Tobias Leite”* em que se nota a aceitação da língua de sinais na comunicação do Surdo com o professor.

Em 1873 se tem o documento mais importante sobre a Língua Brasileira de Sinais, o *“Iconographia dos Signaes dos Surdos-Mudos”*, escrito e publicado por um aluno

Surdo do Instituto, Flausino José da Gama, com ilustrações dos sinais usados na época. (GESSER, 2009; RAMOS, 2009)

Pela grande influência e pioneirismo que a França teve nos estudos da Língua de Sinais e na educação de Surdos, as bases da Língua Brasileira de Sinais se derivam da Língua Francesa de Sinais, uma vez que seu preceptor vinha desse país e a obra de Flausino se baseava em um livro publicado em Paris. (RAMOS, 2009; HONORA; FRIZANCO, 2009; GOES; 2009; CAMPOS, 2014) Claro que ela não se estruturou como uma cópia da LFS, mesmo porque uma língua é resultado da cultura de um povo e está intrinsicamente relacionada com a sociedade que a usa. Ela, como toda língua, continua evoluindo e se modificando.

Sobre o INES, Campello e Rezende (2014) nos contam que por ser uma escola centenária, abrigou e educou vários dos líderes Surdos de todo o país, representando o berço e resistência da Língua de Sinais e da cultura surda, assim os alunos formados pelo Instituto no retorno às suas cidades de origem, fundaram associações de Surdos, o que propiciou a formação da identidade linguística da comunidade surda disseminada por todo o país.

## **Desmitificação da Língua de Sinais e do Surdo**

Durante muitas décadas a concepção pautada na normalidade/anormalidade cunhada pela visão cientificista clínico-médica da surdez concebeu o Surdo apenas como objeto da ciência e dos especialistas, desse modo uma cultura ouvinte foi forçada a essa comunidade e assim passaram a ser denominados deficientes auditivos. Com o advento da tecnologia a perspectiva de

transformar o Surdo em ouvinte se intensificou, com isso vários artefatos auditivos foram desenvolvidos no sentido de reabilitação e restauração da audição. A importância da língua para o Surdo ficou por muito tempo no limbo biomédico, enquanto essa comunidade lutava pelo reconhecimento de sua identidade. (NOBREGA et al., 2012; SKLIAR, 1998).

Dessa forma, Skliar (1998) propõe olhar a surdez de outro lugar que não o da deficiência, mas sim, na perspectiva da diferença cultural. Lopes (2007) complementa ao olhar para os Surdos e perceber seus discursos, demonstrando seus anseios em serem vistos como sujeitos completos e não como sujeitos inscritos fisicamente com a surdez. Essa diferença pautada no processo cultural, embora pareça sutil, marca substancialmente a constituição de uma organização comunitária específica, a comunidade Surda.

Esses últimos, por meio dos estudos culturais trouxeram à tona a discussão sobre o processo de construção cultural das identidades. A cultura e a linguagem passaram a ser levadas em conta no processo identitário do sujeito. De acordo com Lopes (2007) uma identidade é construída e compartilhada socialmente por meio de uma cultura, nos discursos produzidos, nas representações e significados atribuídos a ela.

É por meio dela que se situa o termo Identidade Surda. No Brasil, os estudos culturais têm influenciado um campo de pesquisa voltado à educação e à luta identitária da comunidade surda, inscritos no paradigma denominado Estudos Surdos, os quais buscam entender as práticas sociais do Surdo na perspectiva da diferença cultural e linguística, em contrapartida da interpretação

da surdez como deficiência, doença, falta e reabilitação (PERLIN, 1998; SKLIAR, 1998; LOPES, 2007).

Nesse sentido, a falta da audição do corpo Surdo torna-se secundária na representação da surdez, dessa forma a pessoa não é constituída pela ausência do sentido da audição, ancorando-se em componentes culturais e linguísticos, sendo considerada surda uma vez que compartilha experiências comuns no universo da comunidade surda, por meio de sua percepção e comunicação visual (DALCIN, 2006; NOBREGA et al., 2012).

Assim, o Surdo percebe-se como possuidor de uma identidade surda, de uma cultura diferente das outras. A identidade, cultura e a Língua de Sinais, então, constituem-se, por meio do olhar do Surdo, uma unidade que define a surdez, logo ser Surdo passa a ser antes uma questão de identidade do que biológica (NOBREGA et al., 2012; LOPES, 2007)

Por vias de compreensão, este livro considera que a língua de sinais é a língua natural do sujeito Surdo, ou seja, é constituinte e inerente a ele, sendo a forma que compreende o mundo e se expressa naturalmente (PERLIN; 1998; DALCIN, 2006)

O grande desafio que se mostra ao se dissertar sobre o sujeito Surdo está em seu aspecto linguístico, e por mais que sua surdez se faça sentir, os maiores desafios inerentes ao indivíduo então perpassam por sua língua, a qual difere daquela predominante. Sua comunicação, assim, se dá pela Língua de Sinais, no caso do Brasil, a Língua de Brasileira de Sinais (Libras), reconhecida como língua da comunidade surda pela Lei nº 10.436, de 2002 (BRASIL, 2002).

Sabe-se que o ser humano se individualiza no mundo por meio da linguagem, é por ela que ele aprende a se comunicar, pensar e se organizar interiormente. Na criança surda, a linguagem também desenvolve todos esses aspectos, porém muitas são as formas de pensar e compreender as necessidades para o desenvolvimento eficaz da linguagem nessa criança. Aqueles com o viés ouvintista e oralista acreditam que é necessária a estimulação, por meio de aparelhos auditivos, da linguagem oral e da fala, outros afirmam que a fala é necessária para a constituição de seu desenvolvimento linguístico e que a língua de sinais deve ser usada o mais cedo possível, negligenciando a língua oral e escrita. Ainda, alguns estudiosos vão divergir das caracterizações anteriormente citadas destacando que será melhor que a criança aprenda a língua de sinais como primeira língua e, posteriormente a língua oral e finalmente a escrita (PERLIN, 1998; LOPES, 2007 PEREIRA, 2011).

Dessa forma, da mesma maneira que a criança ouvinte aprende a falar por meio da exposição a fala de outros à sua volta, a criança surda aprenderá, de forma natural, a língua de sinais ao ser exposta a ela. Porém, isso cria uma grande barreira para as famílias ouvintes, uma vez que usam a língua oral e não tem ideia da língua de sinais, ou ainda, da identidade surda. Isso pode acarretar no atraso do desenvolvimento cognitivo e linguístico da criança surda (GESSER, 2009).

Goldfeld (2002) relata que por falta de informação e de contato com a comunidade surda muitos familiares ouvintes acabam sendo levados a acreditar que a fala é a melhor maneira da criança se situar na sociedade, porém esquecem que a língua de sinais apresenta o mesmo

desempenho e funções de uma língua e como tal pode cumprir o mesmo papel da língua oral e escrita. Perlin (1998) ao discutir as identidades surdas ressalta a importância da convivência do Surdo com sua comunidade, no compartilhamento de experiências, dando a eles oportunidades de se representarem como sujeito capazes e culturais. Quando isso não acontece, o Surdo que vive juntos a ouvintes acaba considerando a surdez como deficiência.

Essa preocupação inicial de pais ouvintes se dá pelas várias maneiras com as quais a medicina e a fonoaudiologia oferecem a reabilitação da fala, como aparelhos auditivos, implante coclear além de treinamentos fonoaudiológicos, pautados no modelo oralista que não reconhece o Surdo como sujeito integral e singular dentro de seu contexto cultural. (DALCIN, 2006).

Essa questão da fala ainda deixa muitas dúvidas para aqueles que desconhecem indivíduos da comunidade surda e características desse universo. Muitas ainda se perguntam, o Surdo sabe falar? Dessa maneira, partindo da premissa que o que o indivíduo apresenta é uma deficiência auditiva e que ele não se encontra com nenhuma lesão nas cordas vocais, essa pessoa pode muito bem desenvolver a fala e a linguagem oral.

Entretanto, diferentemente do ouvinte, o Surdo apresenta um canal visual, sendo por meio dos olhos e não do ouvido, a maneira de compreensão e de acesso ao mundo (ALBRES, 2014).

Nesse sentido, desde pequeno, o Surdo passa a inferir sentido no que vê e a língua de sinais provem dessa característica, sendo, dessa forma, totalmente visual,

passando significado e sentido de formas acessíveis ao Surdo (DALCIN, 2006).

Visto isso, essa língua, por meio de estudos linguísticos, foi considerada verdadeira, ou seja, apresenta regras e é organizada linguisticamente, sendo processadas em áreas do cérebro responsáveis pelo aprendizado e conservação das línguas. (QUADROS, 2006; GESSER, 2009; PEREIRA et al., 2011; MOURA, 2014)

No âmbito social, como visto anteriormente, a língua de sinais é usada por um grupo de pessoas, o qual se denomina comunidade surda. Nelas seguem as regras de manutenção de sua própria língua, mantendo suas características semânticas e sintáticas.

Outra observação que pode ser feita, e que gera muitas dúvidas entre leigos e iniciantes desse estudo é quanto a universalidade dessa língua. Partindo da proposição da organização dessa comunidade surda, que mantém e dá características próprias a essa língua, e comparando-a a outras línguas orais, como ela pode ser universal?

Assim como as línguas orais, as línguas de sinais sofrem uma diversificação provocada pela extensão do território e pela cultura de certa comunidade. Como exemplo tem-se o caso das línguas orais Português de Portugal, Português do Brasil e Português de Angola, tendo a mesma origem, mas sofrendo diversificação pela aculturação e distinção social dos indivíduos que a falam, por mais que elas apresentem parâmetros iguais são diferentes na sua forma de falar. Essa influência cultural fica mais evidente quando se compara o português ao japonês. Por que então, se as línguas orais são diferentes, a língua de sinal não será? Em cada região e país essa

língua será desenvolvida a partir da comunidade que a usa, dessa forma a língua de sinais é e sempre será territorial, cultural e social.

Ainda sobre a forma como a língua de sinais se estrutura, a ideia de que ela pode se organizar em forma de mímica ou pantomima também é disseminada de forma errônea. Enquanto a pantomima estabelece uma representação somente visual do objeto, os sinais representam uma convenção legitimada pelos usuários dessa língua, permitindo dar significado a esse objeto, transmitir ideias, sentimentos, emoções ou conceitos abstratos (GESSER, 2009).

Esses sinais, como qualquer palavra da língua oral, apresentam estruturas ou parâmetros específicos e distinguíveis para transmitir seus significados.

Dessa forma, a língua de sinais se apresenta de forma complexa, com sua própria estrutura lexical, gramatical e sua própria comunidade. Além disso ela é parte constituinte da identidade do Surdo, sendo o início e a finalidade de sua cultura.

## **Aspectos Gramaticais da Língua de Sinais**

A Língua de Sinais, considerada uma língua natural, apresenta aspectos linguísticos como todas as línguas, entretanto, por ser uma língua viso-espacial exibe particularidades advindas de sua modalidade. (QUADROS, 2006; QUADROS, R. M.; KARNOPP, 2007).

Ramos (2009) relata que os primeiros estudos sobre essa língua aparecem em 1882, com pesquisador Carrick Mallery, que analisou as Línguas de Sinais das tribos indígenas das Américas e da Austrália. Para Ramos (2009)

foi uma das primeiras descrições completas da “*Plains Sign Language*” (PSL, Língua de Sinais da Planície Norteamericana), seu estudo contribuiu imensamente para a compreensão linguística da língua de sinais, principalmente quando se trata da comunicação, já que os indígenas a usavam para se comunicar não somente com os Surdos como também entre os ouvintes.

O início dos estudos científicos sobre a Língua de Sinais é considerado a partir das pesquisas de William C. Stokoe, em 1957 (GESSER, 2009). Linguista e professor da Universidade Gallaudet, começou o estudo sistemático da Língua Americana de Sinais (ASL) por meio de observação de seus alunos. Como resultado, em 1960, Stokoe publica “*Language Structure: An outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf*”, demonstrando que a ASL apresentava componentes de uma língua (QUADROS, KARNOPP, 2007; HARRISON, 2014).

Quadros, Karnopp (2007) nos explicam que inicialmente, Stokoe analisou a língua em seus níveis fonológicos e morfológicos. Suas pesquisas apontaram que, da mesma forma que nas línguas orais, a língua de sinais apresentava unidades mínimas de compreensão. Para melhor compreender:

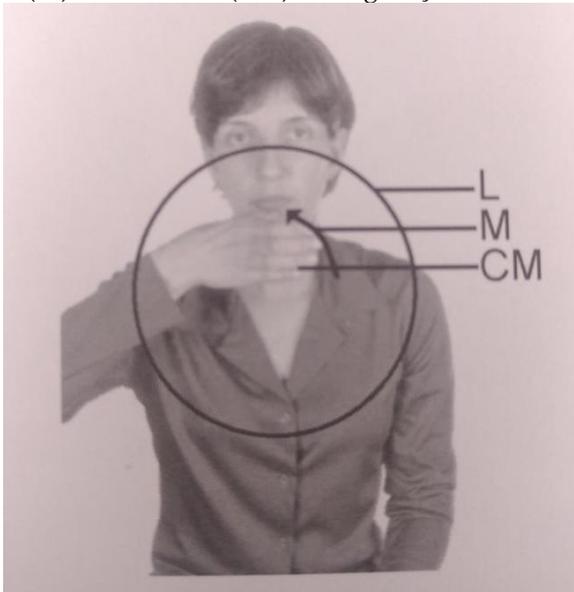
- Fonemas: unidades mínimas que não apresentam compreensão isoladamente, por exemplo as letras do alfabeto, que sozinhas não tem nenhum significado.

- Morfemas: junção dos fonemas que unidos apresentam compreensão, por exemplo na junção de letras (fonema) que juntas formam uma palavra (morfema).

Na Língua de Sinais, os fonemas são representados por parâmetros. Em princípio, Stokoe havia descrito três

tipos: configuração de mão (CM); ponto de articulação (PA) ou Locação (L) e movimento (M). Posteriormente, os linguistas Robbin Battison, Edward S. Klima e Ursulla Bellugi, a partir de estudos mais aprofundados, descreveram um quarto parâmetro, a orientação da palma da mão (O). (QUADROS, 2006; QUADROS; KARNOPP, 2007; ARAUJO, 2016). De acordo com os autores, atualmente, por compreender que a Língua de Sinais é uma língua que usa os movimentos das mãos, do corpo e do rosto, um quinto parâmetro foi agregado, a expressão não manual (ENM). Dessa forma, esses parâmetros são caracterizados:

Figura 1. Locais onde se originam os parâmetros (L) Locação; (M) Movimento; (CM) Configuração de mão.



Fonte: QUADROS, R. M.; KARNOPP, L. B. Língua de Sinais Brasileira: estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

- Configuração de mão (CM): é a forma da mão que é base para o sinal. Atualmente, existem cerca de 63 tipos de configurações diferentes, entretanto isso não limita a quantidade de sinais produzidos, uma vez que uma mesma configuração de mão, associada a outros parâmetros, pode representar sinais diferentes.

- Ponto de articulação (PA) ou Locação (L): é caracterizado pela área do corpo ou espaço entre os interlocutores, denominado de espaço neutro, que se originam os sinais. É um dos parâmetros que marcam o significado dos sinais, a mudança de lugar de uma mesma configuração de mão pode modificar completamente a compreensão do sinal.

- Movimento (M): é um dos parâmetros mais complexos, pois dá sentido ao sinal. Nele pode-se representar comportamentos como por exemplo de uma espera longa e diferenciar um sinal de outro, como o de “cadeira” e “sentar”, ambos apresentam CM e PA iguais, mas seu movimento é que diferenciará um significado de outro, o primeiro apresenta um movimento repetitivo e o segundo um movimento longo e único.

- Orientação (O): mesmo considerado depois, esse parâmetro também é determinante para a formação do sinal. A direção da palma da mão pode distinguir sinais diferentes quando outros parâmetros são iguais.

- Expressão não manual: também denominado expressão facial, diz respeito aos movimentos não só do rosto, como também do corpo. Ela é constituinte do sinal, pois destaca quando ele se faz de forma interrogativa, negativa, como também se há alguma expressão aumentativa ou diminutiva. (QUADROS; KARNOPP, 2007).

Dessa forma, esses cinco parâmetros juntos formam o morfema ou sinal, a unidade mínima com significado na Língua de Sinais.

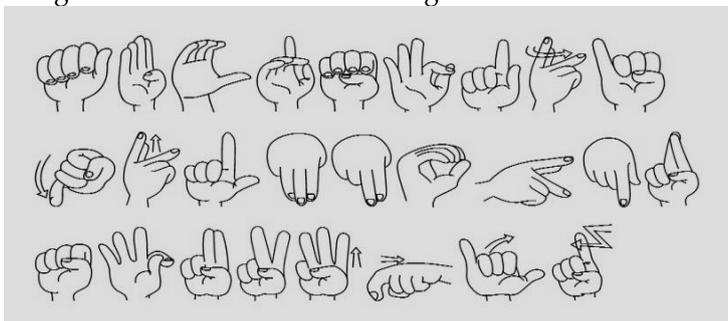
Como pode-se perceber, os fonemas anteriormente mencionados não são iguais às línguas orais-escritas. Como referenciado anteriormente, essas línguas apresentam as letras do alfabeto como fonemas constituintes do morfema, na língua de sinais as letras do alfabeto manual ou datilológico não constituem o sinal, podendo sim aparecer entre as configurações de mão, que por sua vez não se delimitam pelas letras do alfabeto.

Mas, então, qual a função do alfabeto manual ou datilológico?

Para Gesser (2009) quando uma pessoa apresenta o nome a outra ou quando há uma sigla, ou ainda palavras na língua oral que não apresentam correspondentes nas línguas de sinais, o alfabeto manual é usado. A soletração, comum nas línguas orais, é denominada aqui de datilologia.

Toda língua de sinais, seja ela a brasileira, portuguesa ou francesa apresentam diferentes alfabetos manuais, com exceção dos Estados Unidos e Canadá, os quais exibem o mesmo alfabeto manual (RAMOS, 2009).

Figura 2. Alfabeto manual da Língua Brasileira de Sinais.



Fonte: <http://comunicacao.blogspot.com/2011/09/alfabeto-manual.html>

Outro aspecto importante a salientar é consequência direta da modalidade visuo-espacial dessas línguas. Diferentemente da Língua oral-escrita, as línguas de sinais não apresentam em seu vocabulário (léxico) preposições, interjeições, artigos e conjunções nem desinências de gênero e número, principalmente porque a sentença comunicada depende muito mais do contexto, tendo como base a visualidade. Por sua vez, isso não empobrece o vocabulário, pois existem outros aspectos existentes nas línguas de sinais e que preenchem esses quesitos para que a comunicação se faça inteligível (QUADROS; KARNOFF, 2007; GOES, 2009; ARAUJO, 2016).

Araújo (2016) salienta que uma característica relacionada diretamente com a capacidade visual da língua de sinais está na representação dos objetos pelos sinais. Eles podem ser classificados entre sinais icônicos e sinais arbitrários.

- Sinais icônicos: a iconicidade se relaciona com a representação de algo ou um objeto pela semelhança com ele encontrada no mundo real. A forma e o significado se relacionam e se representam, por exemplo o sinal de

bicicleta e feito com os punhos fechados, girando-os como se fossem as rodas.

- Sinais arbitrários: a arbitrariedade, por sua vez, não revela nenhuma semelhança com o objeto, a forma e o significado são distintos, ou seja, não se pode prever um significado por meio da forma e vice-versa.

Outra característica específica da LS se apresenta na sua estrutura sintática, apresentando regras próprias. Dessa forma, ela não apresenta desinências de gênero (masculino e feminino) sendo sempre apresentada na escrita com o caracter “@”, p.e. AMIG@ que se refere a amigo e amiga, FRI@ que se refere a frio e fria, ME@ que se refere a meu e minha, etc. (QUADROS, KARNOPP, 2007; GOES, 2014; GESSER, 2009). Os autores ainda ressaltam que outros aspectos observados nas línguas orais não se apresentam nas línguas de sinais, como os artigos, preposições e conjunções, uma vez que esses conectivos são incorporados ao sinal.

Desse modo, a Libras não pode ser estudada tendo como base a Língua Portuguesa, porque ela apresenta uma gramática diferenciada, independente da língua oral. Quando uma frase da Língua Portuguesa é traduzida para uma Língua de Sinais a ordem apresentada na construção de um enunciado obedece a regras próprias que refletem a forma de o Surdo processar suas ideias, com base em sua percepção visual-espacial da realidade. Vejamos alguns exemplos indicados no Quadro 1, 2, 3 e 4 (QUADROS, 2006; QUADROS; KARNOPP, 2007; GESSER, 2009s GOES, 2014).

Quadro 1. Primeiro exemplo da sintaxe em Libras.

<b>PORTUGUES</b>	<b>LIBRAS</b>
Eu irei para casa	EU IR CASA. ( verbo direcional)

\*a preposição “para” não se usa em LIBRAS, porque está incorporado ao verbo.

Fonte: adaptado de Quadros e Karnopp (2007).

Quadro 2. Segundo exemplo da sintaxe em Libras.

<b>PORTUGUES</b>	<b>LIBRAS</b>
Quantos anos você tem	IDADE VOCÊ (expressão facial de interrogação)

\*Há alguns casos de omissão de verbos na Libras:

Fonte: adaptado de Quadros e Karnopp (2007).

Quadro 3. Terceiro exemplo da sintaxe em Libras.

<b>PORTUGUES</b>	<b>LIBRAS</b>
O filme <i>O Piano</i> é maravilhoso!	CINEMA O-P-I-A-N-O MUITO-BO@

\*Algumas palavras não existem em Libras, dessa forma elas são substituídas por aquelas que fazem mais sentido

Fonte: adaptado de Quadros e Karnopp (2007).

Quadro 4. Quarto exemplo da sintaxe em Libras.

<b>PORTUGUES</b>	<b>LIBRAS</b>
Quando chegaram as férias, eu fiquei ansiosa para viajar	PASSADO COMEÇAR FÉRIAS EU VONTADE DEPRESSA VIAJAR

\*O uso do sinal de passado na frase indica o momento em que aconteceu o fato, quando não há nenhum sinal temporal para indicar isso.

Fonte: adaptado de Quadros e Karnopp (2007).

Todas essas características discutidas aqui demonstram que a Língua de Sinais é linguisticamente complexa e nada deve para as demais línguas orais.

## **Diferentes Propostas Educacionais para os Surdos**

O histórico da educação dos Surdos passou por vários embates quando se trata de sua instrução, sendo até hoje um problema dentro das escolas e de grande debate entre os pesquisadores.

Estudiosos da área destacam três fases dessa educação: o oralismo, a comunicação total e o bilinguismo. Eles se entrelaçam em um contexto histórico de lutas, subjugação e encontro da identidade da comunidade surda. (LACERDA, 1998; DALCIN, 2006; DUARTE et al, 2013; CAMPOS, 2014).

Duarte e colaboradores (2013) descrevem que dados históricos demonstraram que os primeiros indícios da educação dos Surdos foram desenvolvidos com o intuito de integrá-los a sociedade, de uma forma que eles pudessem compreender o mundo ouvinte, e como pensavam os educadores da época, desenvolverem o pensamento e a fala. Mesmo assim, isso chegava apenas a uma parte ínfima da sociedade, unicamente para os nobres, pois além da instrução ser onerosa os integrantes desse estrato social também objetivavam a permanência de seus bens, já que aqueles que não falavam não tinham direitos legais (LACERDA, 1998; HONORA, FRIZANCO, 2009).

Os educadores da época, dessa forma, instruíam seus alunos Surdos para a comunicação, demonstrando sua capacidade intelectual para que fossem minimamente respeitados na sociedade da época. Essas propostas

educacionais deram início ao que atualmente se denomina oralismo. (GOES, 2009; GESSER, 2009).

Entretanto, ao observar os métodos prescritos pelos educadores, se nota suas percepções quando se trata da importância da visualidade nos Surdos. Muitos acreditavam que o ensino da escrita em primeiro lugar capacitava melhor esses indivíduos, uma vez que, se não podiam falar, então podiam ler com os olhos. A partir desse ensinamento os educadores desenvolviam outras ferramentas para aprimorar as habilidades, tais como a leitura orofacial e articulação de palavras (DUARTE et al; 2013; CAMPOS, 2014).

Esses métodos em que a fala era o objetivo final da educação, demonstravam a concepção da sociedade, amplificada por esses educadores, a qual compreendia o Surdo como falho, uma vez que a instrução servia para que eles superassem essa surdez, os reabilitassem, que, por fim, não se comportassem como Surdos (GOLDFELD, 2002; QUADROS; KARNOPP, 2007; ALBRES, 2014).

Entretanto, esse modo de compreender o Surdo seria abalado. A partir do século XVIII, inicia-se a primeira cisão entre as concepções educacionais. Surgem educadores que, diante das dificuldades enfrentadas pelo Surdo para a aquisição da fala, distinguiram uma linguagem gestual, escondida pelas várias camadas do oralismo, eficaz para a comunicação. Dessa forma, dá-se então a dicotomia na educação dos Surdos, de um lado os preceptores do oralismo e de outro, aqueles que acreditam na gestualidade como forma de comunicação eficiente (LACERDA, 1998; HONORA; FRIZANCO, 2009; DUARTE et al, 2013).

Os educadores gestualistas fizeram, então, grandes avanços com essa nova abordagem da educação dos Surdos. O mais importante deles foi o abade Charles-Michael de L'Épée, entusiasta da gestualidade, considerava a Língua de Sinais o modo mais natural de comunicação entre os Surdos (HONORA, FRIZANCO, 2009; RAMOS, 2009; DUARTE et al, 2013)

Aprofundando-se cada vez mais na comunicação usada pela comunidade surda e combinando novos sinais criados para fins específicos no ensino da língua e de outras ciências, esses preceptores da Língua de Sinais, com esse novo método, instruíram muitos Surdos, ensinando-os não só a ler e a escrever, mas também capazes de refletir, discutir e expressar conceitos numa linguagem própria, que dava subsídios para que se tornassem autônomos. LACERDA, 1998; DUARTE et al, 2013; CAMPOS, 2014)

Muitos Surdos tornaram-se professores de outros Surdos, além de ocupar posições importantes na sociedade.

Finalmente, depois de anos nas sombras, os Surdos poderiam mostrar sua capacidade para a sociedade. Porém, ainda havia muitos outros educadores que baseavam seu ensino no oralismo. Um dos mais importantes foi Heinicke, professor alemão considerado um dos pais desse método. Para ele que defendia a oralidade total, o pensamento precedia a fala, se ela não existia, esse ser não pensava (GOLDFELD, 2002; HONORA; FRIZANCO; 2009; DUARTE et al, 2013)

Em meio aos debates sobre a melhor maneira de se educar o Surdo, foi realizado o *I Congresso Internacional sobre a Instrução dos Surdos*, em 1878, na França. Ali as duas

propostas educacionais se encontraram, demonstrando os resultados de cada método. Foram dois anos depois, em 1880, que uma decisão mudou os rumos da educação dos Surdos. No II Congresso, em Milão, preparado por uma maioria oralista, decidiu-se de forma quase unânime, pela apresentação de Surdos oralizados e pesquisadores ouvintes, que o método oralista era o mais adequado na instrução e que a Língua de Sinais deveria ser banida de todos os centros educacionais na época (LACERDA, 1998; HONORA, FRIZANCO, 2009; DUARTE et al, 2013).

Rodrigues e Vieira (2020) citam que a comunidade surda da época não esteve satisfeita com essa decisão; por conseguinte, outros congressos organizados pelos Surdos, como o Congresso de Paris em 1900, vieram a fim de debater que rumos eles queriam para sua própria instrução. Entretanto, a comunidade ouvinte era hegemônica e o método oralista continuou sendo fortemente imposto, mesmo à revelia da comunidade surda.

Essa determinação foi seguida pela Europa e América Latina, enquanto os Estados Unidos se opôs fortemente, pois estava desenvolvendo estudos na área da Língua de Sinais por Gallaudet (LACERDA, 1998; GOLDFELD, 2002; DUARTE et al, 2013).

Mesmo assim, os Surdos se viram órfãos de sua língua e foram obrigados a se prostrar ao método oralista. Essa abordagem durou quase um século, não obtendo muito sucesso, mesmo depois de décadas de aperfeiçoamento. Surdos profundos não desenvolviam bem a fala e muitos não conseguiam se alfabetizar. A língua oral-escrita era aprendida tardiamente o que provocava uma defasagem no ensino.

Na década de 1960 a visão sobre a Língua de Sinais foi modificada. Por meio dos estudos de Willian Stokoe essa modalidade linguística obteve o mérito de Língua. A partir de seu trabalho e com a irregularidade dos avanços do oralismo no campo educacional, surgiram novas propostas pedagógicas que inseriam a Língua de Sinais na educação (QUADROS, 2006; QUADROS; KARNOPP, 2007; DUARTE et al, 2013)

Lacerda (1998) destaca que a partir disso, surge, então, na década de 1970, a proposta educacional denominada de Comunicação Total. Ela é caracterizada por abarcar todas as modalidades de ensino para o Surdo, prática do uso dos sinais, da leitura orofacial, a leitura e a escrita. O objetivo era fornecer às crianças, as várias formas linguísticas, escolhendo, depois a que preferirem. Nessa abordagem a língua de sinais é usada como um marcador visual para que o aluno possa aprender a ler e a escrever e não como um mecanismo linguístico autônomo.

As práticas com a comunicação total demonstraram que ela se saia melhor do que o oralismo, porém a criança ainda tinha grandes problemas para expressar pensamentos e sentimentos. Os alunos, deste modo, não conseguiam chegar a um patamar acadêmico satisfatório e ainda apresentavam grande defasagem entre idade e instrução (LACERDA, 1998; DUARTE et al, 2013).

Enquanto a educação se apoiava na comunicação total, os estudos das línguas de sinais progrediam. Seu status linguístico se tornava cada vez mais sólido entre os acadêmicos e a possibilidade de usar essa língua nessa nova abordagem incentivou Surdos a se comunicar dentro do ambiente escolar (QUADROS, 2006; QUADROS; KARNOPP, 2007; DUARTE et al, 2013).

Com concepção de que as línguas de sinais eram integrantes das línguas naturais outra proposta educacional surgiu: o Bilinguismo.

Contraopondo-se totalmente ao modelo oralista, o bilinguismo acredita que o canal visual é fundamental para a aquisição da linguagem. Dessa forma, passa-se a compreender que a Língua de Sinais é a língua materna ou natural do Surdo. Ele deve primeiramente ser instruído por meio dela, de preferência dentro do convívio familiar, e depois em outro ambiente, normalmente na escola, ser apresentado a sua segunda língua, a língua oral-escrita (LACERDA, 1998; QUADROS, 2006; DUARTE et al, 2013, CAMPOS, 2014; CAMPELLO; REZENDE, 2014).

Assim, acredita-se que a pessoa surda possa desenvolver os aspectos linguísticos e cognitivos no mesmo patamar de uma criança ouvinte, além de poder se comunicar livremente dentro de sua comunidade e família, desenvolvendo, também, seus aspectos socioculturais.

E na expectativa desse desenvolvimento de aspectos sócio-culturais, como ficam alguns segmentos sociais e de saúde em relação à pessoa surda: Assunto para o próximo capítulo.



## CAPÍTULO 3

### ESTUDOS DE CURRÍCULO E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ENSINO SUPERIOR

Como um dos delineamentos da pesquisa refere-se à formação da equipe de enfermagem, o presente capítulo trata sobre as discussões históricas sobre a estruturação do Currículo nos espaços educativos, contextualizando-as para o Brasil e destacando sua importância para a formação do currículo do curso de graduação em enfermagem.

#### **Discussões Históricas sobre o Currículo**

Para entender o mundo é necessário refletir sobre ele, o que implica em conhecê-lo de maneira interativa, ou seja, articular e organizar todos os elementos e informações sobre o mundo. Essa é uma necessidade intelectual e vital para o ser humano, pois a partir dela ele percebe e concebe a realidade que hoje se caracteriza como global, multidimensional e complexa (FERREIRA, 2003).

Esse conhecimento em determinado momento da história se organizou na Escola, como instituição do saber. A essa segmentação do conhecimento por disciplinas ou cursos, desenvolvidos de modo sistemático, denominou-se, então, de currículo. (TAPIA, 2000).

De fato, tal conceituação pode ser rasa e incompleta, como aponta Macedo (2006), o conceito de currículo foi se modificando ao longo do tempo, recebendo adjetivos que

tentavam ampliá-lo para melhor ser compreendido. Dessa forma, não é intuito desse tópico discutir sua conceituação e, sim, delinear um caminho que lhe foi traçado pela história e quais foram as discussões decorrentes de sua implementação.

De acordo com Hamilton (2002) os primeiros registros acerca do termo aplicado aos meios educacionais, datam do século XVI na Universidade de Leiden (1582) em que consta no certificado do aluno. Tal inscrição referia-se ao curso inteiro, de vários anos. Essa ideia de sequência e terminalidade legada ao currículo denota que a instituição universitária só poderia atribuir a alguém o título após o cumprimento de todas as exigências da trajetória acadêmica.

Na época, a passagem do sistema feudal, para o sistema capitalista, o então Mercantilismo, marcou a reestruturação do sistema educacional, da mesma forma que outros âmbitos sociais e políticos estavam se transformando. Nesse contexto ocorreu a passagem do ensino individualizado para o ensino organizado em classes, as quais deveriam passar pelo mesmo caminho ou percurso com a finalidade de alcançar o diploma. A Escola então, se encarregaria de organizar as classes e distribuir o conhecimento entre elas, atestando formar homens necessários às exigências da sociedade (HAMILTON, 2002; SILVA; 2006).

Entretanto, foi na Segunda Revolução Industrial que as teorizações sobre currículo foram difundidas. No início do século XX, os Estados Unidos desempenharam um papel importante na elaboração do primeiro tratado de currículo. Franklin Bobbit W. W. Charters, Edward L. Thorndike, Ross L. Finney, Charles C. Peters e David

Snedden, foram membros importantes dessa área (TAPIA, 2000; HAMILTON, 2002).

Para Silva (2006) essa elite intelectual definiu qual seria a relação entre a estrutura do currículo e o controle social. Isso porque os Estados Unidos estavam passando por um período histórico de transição dos espaços rurais para um crescente processo de industrialização e divisão do trabalho. Nessas circunstâncias os problemas das cidades cresciam à medida que aumentava a população que chegava tanto das zonas rurais como por meio da imigração dos europeus e migração dos negros do sul rural do país (GESSER, 2002, APPLE, 2006).

Gesser (2002) explica que até então o modelo humanista, centrado nos clássicos gregos e latinos, que dominavam o ensino escolar desde sua criação, sofreu uma ruptura pelo *modelo tecnicista* de Bobbit e o *modelo progressivista* de Dewey.

Com a classe operária crescente e os modelos industriais vigentes, Bobbit percebeu a necessidade de construir organizações hierárquicas de trabalho a fim de desempenhar funções especializadas. Respondendo à nova necessidade econômica de especialização, ele então desenvolve um modelo curricular baseado nos princípios do desenvolvimento técnico e da administração científica idealizada por Frederick Taylor (GESSER, 2002; APPLE 2006).

O então denominado taylorismo era uma construção teórica na qual os técnicos tentam regular a produção e as relações sociais, aplicando seus princípios na organização empresarial, tendo, o homem, controle de todo o processo (SILVA, 2006). Dessa forma, o modelo tecnicista desenvolvido por Bobbit objetivava aplicar as técnicas da

indústria para transformar o currículo da escola de maneira eficiente e econômica (GESSER, 2002). Segundo Gesser (2002) o currículo para Bobbit é transformado em uma questão de organização, simplesmente uma mecânica, não passando de uma atividade burocrática de desenvolvimento técnico. Por consequência o estabelecimento de padrões na educação é relevante, pois para ele não passa de um processo de moldagem.

Essa concepção parte do princípio que Bobbit denominava de *consciência de grupo* o que acarretava na exclusão dos diferentes e daqueles que divergiam desse pensamento. Para ele o pertencimento a um grupo era extremamente importante, pensar e agir como parte dele à medida que ele exerce suas atividades e se esforça para atingir seus objetivos. O currículo, por conseguinte, primava a preservação do consenso cultural, destinando indivíduos aos quais o usufruía a um lugar adequado numa sociedade industrial interdependente (APPLE, 2006).

Esse discurso inculcado no desenvolvimento do currículo acaba criando uma cisão nas concepções do modelo. Um país que estava recebendo a cada dia uma quantidade massiva de imigrantes e sofrendo migrações pelo território não poderia delimitar apenas um grupo para instrução. É assim que surge a educação progressiva de Dewey (DEWEY, 1970; GESSER, 2002, SILVA, 2006).

Dewey (1959) relata que esse modelo parte da constatação de que o conhecimento é resultado da autorreflexão dos alunos a partir de suas vivências, ocasião que não poderia ser fornecido pelos professores. Ele pressupõe que o desenvolvimento do currículo deve centrar-se nas experiências dos alunos, tendo as crianças como base para a educação. Assim, os professores e

alunos, por meio do diálogo, determinariam qual conteúdo seria mais relevante para ser estudado.

Essa visão do desenvolvimento da consciência crítica e autorreflexão envolveria três fases. A primeira, chamada de regressiva, em que o aluno deveria escrever livremente uma história sobre uma experiência vivida, com o objetivo de fazê-lo recordar de vivências passadas relacionando-as ao presente a fim de analisá-las. A segunda, denominada de progressiva, faria o aluno refletir sobre o material produzido, em um processo compartilhado com outros alunos. A terceira, sintética, ocorreria quando todas essas experiências do processo educacional se combinassem, situando-os em político e cultural mais amplo (DEWEY, 1959<sup>a</sup>; TAPIA, 2000).

Para Dewey (1959) a escola era considerada uma sociedade em miniatura, dessa forma, ela teria como meta, a mútua cooperação para o crescimento de todos já que estão engajados no processo de aprendizagem. Sua teoria revelava um grande compromisso tanto com o crescimento individual quanto com o progresso social. (GESSER, 2002; APPLE, 2006).

Após a 2<sup>a</sup> Guerra Mundial, mais uma vez a teorização do currículo foi colocada em pauta. Nessa época Ralph W. Tyler, lança o livro *Princípios Básicos de Currículo e Ensino* o qual se torna o marco do desenvolvimento de currículo tanto nos Estados Unidos como em outros países, incluindo o Brasil (GESSER, 2002).

Diferente da proposta de Dewey e se assemelhando mais com o modelo de Bobbit, Tyler apresenta procedimentos com o intuito de planejar, organizar e avaliar os currículos com base em objetivos ou propósitos pré-determinados. Dessa forma, o professor passa

novamente a implementar o conteúdo e as diretrizes, deixando a elaboração do método para os especialistas. (GESSER, 2002; TAPIA, 2000).

Gesser (2002) narra que a corrida espacial foi o grande impulsionador para o modelo de Tyler. Com o foco na área das ciências, o controle do currículo se tornou um assunto a ser discutido de forma rigorosa. Em vista disso, o caráter tecnicista do currículo tornou a ser implementado.

Esse modelo técnico-linear apresenta um predomínio do enfoque empírico-analítico, ancorado nos ideais acadêmico-científicos. Ele parte do pressuposto do planejamento sistêmico que visa o aperfeiçoamento do sistema escolar, o ambiente ideal é aquele planejado e controlado cientificamente (TAPIA, 2000; SILVA, 2012).

Tapia (2000) explicita que esse modelo foi importante no Brasil, influenciando na estrutura do currículo das escolas no país. A autora comenta sobre dois aspectos relevantes do currículo de Tyler, a necessidade de uma organização vertical do ensino, ou seja, a formação de séries em que o aluno irá progredir, uma organização horizontal, com a disponibilização de disciplinas e a valorização dos critérios de continuidade em que o aluno irá desenvolver continuamente as mesmas capacidades em graus progressivos de dificuldade. Para ele tais critérios são imprescindíveis na elaboração do sistema curricular.

A partir da década de 1970 o movimento dos direitos civis nos Estados Unidos inicia uma nova ânsia pela mudança de currículo, influenciando as discussões em outros países, incluindo o Brasil. As pautas relacionadas ao direito da mulher, a igualdade de direitos dos negros, dos homossexuais e demais grupos minoritários e

minorias da sociedade geram uma contestação generalizada e necessidade urgente de reforma. É nesse período que nasce a pedagogia crítica.

Impulsionado pela publicação do livro *Pedagogia do Oprimido* de Paulo Freire, as discussões sobre novos currículos que levavam em conta os processos sociais, individuais, relacionados com a justiça social, denominadas de teorias críticas chegam ao patamar da política educacional (GESSER, 2002). Fernandes (2014) salienta que embora Paulo Freire tenha contribuído com a teoria curricular por meio de seus trabalhos ele mesmo não elaborou uma teoria.

Para Freire (1993) a transformação da realidade era questão de tempo uma vez que o currículo não poderia ser mais deslocado da realidade social. O currículo tradicional, então, descolado dos novos tempos impede os indivíduos de desenvolver uma consciência crítica (MOREIRA, 1990).

A isso Tapia (2000) denomina de paradigma curricular dinâmico-dialógico, pois sua orientação se volta para a formação dialética, de consciência crítica, para emancipação e humanização do ser humano. Para ela o fazer currículo é uma atividade intencional com o compromisso de equidade social, econômica e educacional.

Esse currículo deve seguir alguns princípios básicos: (1) a união com a totalidade da sociedade, situando-a historicamente e culturalmente; (2) como um ato político que visa a emancipação da população; (3) um meio de apropriação do saber pelas classes populares.

A partir disso a autora nos explica que há uma desmistificação do saber e seu conteúdo como neutro

dando ênfase à reflexão crítica dos alunos na sua prática cotidiana que não é dissociável da prática social. Dessa forma, para compreender a educação precisamos entender que ela é uma totalidade social, sendo historicamente determinada por um modo de produção dominante (APPLE, 2006).

Na década de 1990 esse modelo toma outro olhar. Os questionamentos sobre o currículo pautado somente nas categorias de classe social, poder e ideologia não eram suficientes para compreendê-lo na sociedade contemporânea. Também a ausência de preocupação com as questões práticas do currículo, que dessem subsídios ao professor, foram alvo de críticas (PEREIRA, 2010; SILVA, 2012 FERNANDES, 2014).

A partir disso surge as teorias curriculares pós-críticas, pois partem da concepção de que o currículo vai além da reprodução das condições sociais de uma parcela da população, ou seja, somente de uma cultura. Ela inicia a reivindicação de temas como gênero, etnia, raça, identidade de gênero, diversidade de sujeitos e culturas (PEREIRA, 2010; FERNANDES, 2014). Fernandes (2014) aponta que a estruturação do currículo pós-crítico recebe influência de várias vertentes teóricas, as quais se destacam: (1) Pós-moderno; (2) Pós-estruturalista e (3) Pós-colonialista.

A autora explica que o movimento Pós-moderno, levando em consideração a escola como invenção da modernidade e, portanto, regida por princípios como a racionalidade, neutralidade, disciplinarização, linearidade entre outros, questiona essa estrutura e direciona o pensamento que contemplem também as dimensões afetivas, cognitivas, sociais e éticas do indivíduo.

Isto posto, essa corrente teórica propõe a criação de currículos integrados para o diálogo das diferentes áreas do saber, deixando no passado a estrutura fragmentada das disciplinas (SILVA, 2006; FERNANDES, 2014).

Como dito anteriormente, o currículo até então era fruto de uma realidade da população. Marcado por uma divisão binária de verdades, as quais eram ancoradas numa sociedade branca, heterossexual e masculina, o currículo enaltecia a ação racional e objetiva em detrimento a subjetividade de outras vidas diferentes da hegemônica (FERNANDES, 2014).

O Pós-estruturalista contesta esse binarismo que é produzido no currículo, construindo novas narrativas a partir da perspectiva de outros grupos (FERNANDES, 2014).

Nesse mesmo tempo, Pereira (2010) nos relata que a sociedade com suas culturas, modos de vida, línguas e religiões compartilha de um mundo globalizado, surgindo tensões e conflitos, demonstrando uma urgência para os discursos sobre opressão e intolerância das minorias e grupos minoritários.

Surge, então, o movimento multiculturalista em contraposição à valorização de uma só cultura em um mundo globalizado. Ele se origina justamente a partir de questão educacional e curricular, principalmente no âmbito universitário (PEREIRA, 2010).

Nesse mesmo panorama social, em que o conhecimento é relacionado a um grupo hegemônico, de valorização do erudito, com obras literárias de pouco acesso a população, do cientificismo e do produtivo, as teorias pós-colonialistas analisam as relações de poder entre as nações e culturas e questionam as

representações entre elas (SILVA, 2006; PEREIRA, 2010; FERNANDES, 2014).

Os teóricos defendem um currículo multicultural que não separa conhecimento e cultura de política e interpretação, desse modo, inclui indivíduos com suas culturas e histórias diferentes no currículo que até então estavam a sua margem (MOREIRA, 1990; FERNANDES 2014).

Pereira (2010) aponta que os Estudos Culturais têm grande impacto para a quebra da teoria crítica do currículo não só por compreender a visão elitista da cultura, mas também por perceber as relações de poder envolvidas na sua produção. Ela concebe que essa cultura é um campo de elaboração de significados no qual diferentes grupos sociais lutam pela imposição de seus significados na sociedade (SILVA, 2006).

As teorias pós-críticas, então, demonstram uma nova metodologia, uma análise crítica e multidisciplinar dos estudos do currículo. Ela propõe um resgate à atividade coletiva como condição para uma realidade transformada em vista da liberdade individual. (PEREIRA, 2010).

Fato é que as discussões sobre o currículo se modificaram justamente com a sociedade, tanto em suas reflexões quanto em sua prática social, e estão longe de se encerrarem já que a questão social está em constante modificação e debate.

## **O Currículo no Brasil**

No Brasil a teorização do currículo não ficou incólume perante as mudanças sociais; como fruto de sua época os modelos curriculares sofreram influência tanto por

acontecimentos externos quanto internos. Para Santos (2003) na discussão sobre as questões curriculares, tanto no âmbito teórico quanto prático, não podem ser apartadas das lutas políticas, econômicas e ideológicas. Os contextos sociais, econômicos e políticos do Brasil e da região na qual o currículo será desenvolvido devem ser discutidos e considerados. Partindo dessa premissa, é relevante demonstrar o panorama histórico que influenciou a política da estruturação do currículo no país.

A educação escolar no Brasil iniciou-se no período colonial com a vinda da Companhia de Jesus. Seu intuito era de instruir e catequizar aqueles os indígenas, disseminando os valores da sociedade mercantilista e a visão do colonizador (ZOTTI, 2002).

Zotti (2002) narra que, após os jesuítas abandonarem a educação dos indígenas, em 1570 foram criados colégios destinados à formação da elite, levantados nos principais centros do até então território conquistado. Esses centros apresentavam as funções de formar padres e educar a classe dominante. Para isso a educação tinha como base o compendio de princípios *Ratio Studiorum* ao qual é composta por uma seleção de regras e prescrições minuciosas que poderiam ser aplicadas a qualquer povo, visando a formação do homem cristão.

Não podemos esquecer que a sociedade brasileira até então e por longo tempo era escravocrata e agroexportadora, e a educação foi somente um meio de garantir e reproduzir os interesses dos colonizadores. Mesmo com a expulsão dos jesuítas e a tomada do Estado como orientador das políticas, entre elas a educacional, pelas reformas pombalinas, tal princípio não foi modificado (ZOTTI, 2002).

Zotti (2002) comenta que após tal fato um currículo coeso não é criado, relegando apenas disciplinas isoladas para alunos que seriam educados posteriormente na Europa. Somente com a chegada da corte portuguesa no Brasil que algumas medidas foram tomadas, como cursos superiores profissionalizantes, tendo a instrução primária sendo legada a família. A autora ainda destaca que um currículo nos moldes europeus só foi criado com a abertura do Colégio Dom Pedro II no começo do século XVII, o qual servia somente a elite. Com o advento da República os estados se responsabilizaram pelo ensino primário e profissionalizante com o governo federal tomando a frente da instrução secundária e superior. O currículo, como essa etapa da educação, era pensado para a formação dos quadros dirigentes da elite agrária e cafeeira, privilegiando as disciplinas de humanas e algumas científicas, com vista de modernizar a formação desta parcela da sociedade.

Pereira (2010, p.33) explica que a educação como dever do Estado só foi consolidada com a constituição de 1934, no governo Vargas, o qual instituiu a escola primária de 4 anos, como direito e obrigação do estado. A autora, considerando currículo como “um conjunto de pressupostos e processos que constituem o ato educativo” salienta que sua existência data desde os primórdios da educação escolar junto aos jesuítas uma vez que a instrução era organizada em ações educativas por meio de conteúdo a serem ensinados.

Contudo, as discussões sobre currículo se iniciam nas décadas de 1920 e 1930, como já apontado em capítulo anterior. As insurgências com o modelo curricular clássico e enciclopédico tem início nos Estados Unidos e

reverberaram diretamente no pensamento dos acadêmicos brasileiros (SILVA, 1989; MOREIRA, 1990).

Uma das teorizações que apresentou mais impacto no pensamento curricular brasileiro foi a progressista de John Dewey, entretanto Moreira (1990) aponta que a estrutura tecnicista do currículo de Bobbit também teve influência em instituições brasileiras.

Nessa época o Brasil, como os Estados Unidos, também estava passando pelos processos de urbanização e industrialização, sofrendo imigrações e migrações para os grandes centros. Segundo Moreira (1990) a sociedade burguesa industrial se interessava pela educação das massas como estratégia política já que 85% da população brasileira era analfabeta, além de ser necessário para o mercado de trabalho industrial que surgia.

Nesse contexto surgem os Pioneiros da Escola Nova, um grupo de intelectuais que compartilhavam a concepção de que a educação necessitava ser renovada, formado pelos nomes de Anísio Teixeira, Lourenço Filho, Fernando de Azevedo, Francisco Campos e Mario Casassanta. Eles buscam superar o ensino enciclopédico propondo um sistema educacional concernente com a época (MOREIRA, 1990; JESUS, CORREA, PALÁCIOS, 2015, PEREIRA, 2010).

Esses intelectuais instituíram o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, em 1932, a partir de movimentos de renovação educacional iniciados na década de 1920. Esse documento foi disseminado nacionalmente por esse grupo como ato político, visando reafirmar princípios para na condução do processo de modernização do país (JESUS, CORREA, PALÁCIOS, 2015).

Teixeira (1930), seguindo os princípios de Dewey, queria romper com o método tradicional e seletivo de se trabalhar, apostando em uma prática educativa que tinha como base a realidade social de cada aluno, formando um cidadão crítico e transformando a sua história.

Moreira (1990) aponta que embora esse grupo não tenha chegado a propor procedimentos detalhados de planejamento curricular, sua ênfase em metodológica compensava essa falta e oferecia as diretrizes para a prática curricular.

O autor destaca ainda as reformas elaboradas por cada um do grupo em seu respectivo estado e cidade. Anísio Teixeira iniciou sua reforma na Bahia, considerando as disciplinas como estratégias não só como alcance do saber, mas também como emancipação social por meio de seu desenvolvimento moral, emocional e físico. A formação de seu currículo buscava atender as necessidades baianas da época, contextualizando-as, pretendendo atender as necessidades sociais.

Francisco Campos e Mario Casassanta modificaram a função da escola elementar por meio de sua reforma em Minas Gerais. Para eles a escola não servia somente como modelo da sociedade, mas como um meio de transformação social. A criança passa a ser vista como alguém que necessita de cuidado e direcionamento para o desenvolvimento eficaz de suas habilidades.

Fernando Azevedo, em sua reforma no Distrito Federal, objetivava mudanças que se relacionavam com o contexto social da época, valorizando a relação entre escola e a sociedade.

Pereira (2010) aponta que após a Constituição de 1934, no ano de 1938, Lourenço Filho se destaca como

primeiro diretor do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) criado pelo então Ministério da Educação e Saúde. No campo do currículo o diretor enfatizou a sua elaboração por meio de programas que realçavam objetivos e estratégias a serem alcançadas.

Foi com Anísio Teixeira que o INEP promoveu avanços nesse campo, a partir do levantamento de todo o sistema educacional brasileiro, criando posteriormente o Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais (CBPE), o qual promoveu cursos sobre currículo. Ainda Teixeira lança um livro-texto com o título “Introdução ao estudo da escola primária” de autoria de João Roberto Moreira, que fundamentava a visão do INEP e sistematizava sua teoria curricular (MOREIRA, 1990; PEREIRA, 2010).

Moreira (1990) destaca que outro programa foi iniciado na década de 1950, por meio do acordo entre Brasil e Estados Unidos, denominado de Programa de Assistência Brasileiro-Americana ao Ensino Elementar (PABAE). Ele tinha como intuito treinar supervisionares de ensino primário e professores de escolas comuns além daqueles que iriam trabalhar em cursos de aperfeiçoamento de professores. Dessa forma, o programa trazia a visão do currículo tecnicista americano que estava em voga na época. Como já mencionado, essa questão técnica e metodológica baseada na especificidade científica tinha as prerrogativas de curriculares de Tyler as quais poderiam ser desenvolvidas em qualquer contexto (GESSER, 2002; PEREIRA, 2010).

Nas décadas de 1960 e 1970 os estudos curriculares se desenvolveram como campo específico. Isso se deu devido a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de

1961 a qual permitiu o surgimento da disciplina Currículos e Programas nas universidades. Essa disciplina especializada poderia fornecer a abordagem profunda e teoricamente fundamentada nas escolas no desenvolvimento de questões curriculares (MOREIRA, 1990; PEREIRA, 2010).

Entretanto, a partir do Golpe de Estado de 1964, os movimentos progressistas foram silenciados, ou seja, os valores de transformação social a partir do indivíduo foram substituídos pelos fundamentos tecnicistas na educação e conseqüentemente no currículo. Nesse cenário a razão e ordem eram imperativos ideológicos e a educação estava voltada, mais uma vez, para o mercado de trabalho. Por conseguinte, não existia mais a estimulação crítica entre escola e sociedade (MOREIRA, 1990).

Segundo Moreira (1990) a tendência tecnicista foi sendo implementada de forma gradual no pensamento curricular brasileiro. Somente a partir do fim da ditadura, na década de 1980, que deixa de ser visto como predominantemente tecnicista e passa a ser percebido, novamente, como instrumento social. Para o autor a abertura política propicia a influência dos autores marxistas e outras correntes europeias sobre os estudos do currículo. A teoria crítica do currículo toma então forma e é discutida até meados da década de 1990, como já mencionado, dando lugar as teorias pós-críticas que são discutidas até hoje (PEREIRA, 2014).

Dessa forma, podemos compreender que muito dos saberes e estudos do currículo no Brasil apresentava influência americana, com adequações para nosso sistema social. Gesser (2002) relata que durante as últimas décadas, educadores e pesquisadores vem tentando trabalhar para

desenvolver meios efetivos de resolução dos problemas presentes na nossa sociedade por meio da educação.

Sendo assim, diante do histórico das discussões sobre o currículo até aqui apresentadas, é importante destacar nessa pesquisa que a concepção norteadora para as discussões é aquela que compreende o currículo como artefato social e cultural na representação da totalidade de intenções de um grupo social localizado em um determinado espaço e tempo, organizando e distribuindo o saber por meio das instituições educativas (APPLE, 2006).

## **O Currículo de Enfermagem**

O ensino de enfermagem, juntamente com os contextos históricos, foi modificado pelas ações da política, economia e ideologia de cada período. No Brasil, o campo de enfermagem, no início do século XX, começa sua expansão no setor de saúde, angariando o destaque como maior contingente de trabalhadores nessa área. É também nesse período que surge a preocupação do governo em capacitar os profissionais da saúde, desenvolvendo uma legislação para a formá-los (DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016).

Para compreender tal processo é importante delinear o processo histórico da formação acadêmica de enfermagem e analisar as propostas curriculares que levaram a estrutura curricular que há hoje, considerando aquilo que influenciou sua trajetória. Segundo Duarte, Vasconcelos e Silva (2016) a formação do enfermeiro se equilibrava no processo dicotômico gerencial-assistencial. Dependendo do contexto histórico e da necessidade de cada momento essas dimensões se

alternavam significativamente, pendendo a balança uma hora para o lado tecnicista e outro assistencialista.

Retrocedendo na história a fim de elucidar as causas dessa dicotomia chega-se ao período colonial. A enfermagem pré-profissional teve início com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, em 1852. Influenciadas pela corrente francesa elas assumiram os serviços hospitalares e os cuidados legados a enfermagem. Sob a Ordem de Misericórdia gerenciaram a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e logo se espalharam para outras instituições. Até então, não havia uma formação que objetivava a sistematização do cuidado, toda a responsabilidade recaía sobre a igreja católica. (SANTOS, 2003; DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016).

Foi com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras em 1890, no Rio de Janeiro, que a formação de enfermagem se iniciou. Ela tinha como objetivo preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares. Dessa maneira, as concepções sobre o assistencialismo, prestado até então pelas irmãs, são modificados (TAPIA, 2000, SANTOS, 2003; GERMANO, 2003).

Para Rocha (1986) é relevante destacar o momento que a enfermagem deixa de ser uma atividade doméstica e religiosa e se constitui em trabalho. É preciso distinguir, dessa forma, os cuidados ao doente, membros da família ou ao pobre, prestados como atenção filial ou caridade cristã, da assistência de enfermagem instituída de uma prática de saúde desenvolvida pelo corpo médico dependente do saber e do conhecimento. O autor ressalta que essas duas práticas são distintas em suas características básicas; a primeira como expiação dos

pecados e salvação da alma, a segunda se dirige ao corpo, na qual desempenha o papel de força de trabalho e por isso é necessária recuperação, preservando-a ou restaurando sua saúde.

A atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, localizada no Rio de Janeiro, apresentava um currículo com aulas práticas e teóricas, porém, mesmo que estivesse anexo ao um Hospital Psiquiátrico suas atividades não continham instrução para esse campo. Administrada por médicos os quais orientavam os conteúdos curriculares e as práticas ao enfermeiros e enfermeiras a escola garantia o poder médico como elemento central da saúde (SANTOS, 2003; DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016).

De acordo com Duarte, Vasconcelos e Silva (2016) mesmo não sendo considerada a primeira Escola de Enfermagem ela foi responsável pelo início da sistematização do cuidado, pois apresentava orientação científica com bases historicamente determinadas, denotando o processo de profissionalização do enfermeiro.

A partir da Reforma de Carlos Chagas, a qual reorganizou os serviços de saúde, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foram estabelecidas novas ações normativas e executivas para a saúde pública no Brasil (TAPIA, 2000). Por meio de um acordo firmado com os Estados Unidos, Chagas abre a Escola de Enfermeiras, hoje Escola de Enfermagem Ana Nery, localizada no Rio de Janeiro, a qual seria gerida por enfermeiras advindas do país norte americano. (GERMANO, 2003).

Tapia (2000) recorda que nesse momento a enfermagem moderna emerge no Brasil sob a égide da

saúde pública em um processo de distanciamento do modelo francês de enfermagem para um modelo americano que se expande por toda a América Latina, que por sua vez apresenta bases da estrutura *nightingaliana*, advinda da Inglaterra. Sustentadas pela Fundação Rockefeller, as enfermeiras objetivavam criar condições sanitárias adequadas ao processo de urbanização do então capitalismo emergente. Santos (2003) e Germano (2003) destacam que o currículo elaborado para a Escola apresentava conteúdos mínimos obrigatórios a fim de atender questões políticas, como a diminuição dos problemas de saúde pública, visando as necessidades econômicas do país como o funcionamento dos portos por meio de uma ação sanitária para erradicar doenças que podiam ser tanto trazidas como levadas.

Segundo Tapia (2000) a grade curricular era composta por uma parte teórica e outra prática, entretanto nesta última era dada mais ênfase, sendo realizada exclusivamente em hospitais. A autora ressalta que o direcionamento do currículo era voltado para uma atividade curativa prevalecendo o tecnicismo em voga na época nos Estados Unidos. O treinamento dos profissionais, então, se dava pelo desenvolvimento de técnicas ancoradas em um modelo assistencial, direcionando-as para o cuidado com o paciente hospitalizado.

Em 1931 foi regulamentado o exercício profissional de enfermagem no Brasil, dessa forma a Escola Ana Nery foi alçada à categoria de escola oficial padrão, tendo como diretora a primeira enfermeira brasileira desde sua abertura. A contar dessa data o currículo, então, passou a ser padrão, unificado e imposto para a formação superior

em enfermagem no país (DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016).

Nesse contexto, a formação desses profissionais se dava por meio de escolas comparáveis ao ensino médio atual. Com o intuito de proporcionar um bom nível de ensino a Lei 775 de 1949, uniformiza o ensino de enfermagem exigindo que a educação se desse no meio universitário. Com o Decreto 27426/49 (BRASIL, 1949) estabeleceu-se uma reformulação curricular e as escolas de nível superior já existentes foram regulamentadas (TAPIA, 2000; GERMANO 2003; SANTOS; 2003).

Santos (2003) explica que o modelo curricular seguia as orientações americanas, obrigando o oferecimento de residência aos alunos, tornando-se, a partir desse momento, uma tradição dentro da enfermagem brasileira. Tapia (2000, p. 86) relata que a grade curricular foi concentrada na assistência hospitalar, demonstrando uma realidade técnica, em que a definição de conteúdo, cargas horárias e objetivos comportamentais são sua base. Assim, por meio da linha curricular “pode-se perceber que o “trabalho” faz parte da dimensão da vida humana e que o “técnico” é o interesse humano, os quais são quesitos fundamentais para o modelo curricular técnico-linear” Isso define o controle dos para formar um profissional ideal a serviço do interesse comum da época, a industrialização e mercado.

A partir da década de 1950 esse modelo tecnicista é acentuado pelo avanço tecnológico na área médica. Com a diminuição dos problemas de saúde pública e a relevância da atenção médica hospitalar focada na individualização dos serviços, a formação do enfermeiro necessitava ser revista (SANTOS, 2003). De acordo com

Duarte, Vasconcelos e Silva (2016) o momento econômico brasileiro, com a concentração de renda e o advento das clínicas especializadas forçaram uma mudança curricular.

Com essas mudanças sociais a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) entre os anos de 1956 e 1958 realiza um levantamento sobre as necessidades de enfermagem no Brasil, constatando, dessa forma, várias distorções no nível de formação do enfermeiro. Assim, por meio do Conselho Federal de Educação, em 1962, um novo currículo de enfermagem é apresentado, colocando-o finalmente ao nível de ensino superior (GERMANO 2003; DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016). Conforme Tapia (2000) além do currículo geral, poder-se-ia optar por duas habilitações, o que propicia a fragmentação do conhecimento e solidifica as especializações.

Esse currículo, segundo Santos (2003), ainda une disciplinas como anatomia e fisiologia, diminuindo sua carga horária e suprimindo disciplina de saúde pública, evidenciando o foco médico-hospitalar da enfermagem. Tal supressão incomodou vários educadores. Tapia (2002) conta que a disciplina de Saúde Pública continuou sendo ministrada em várias instituições mesmo fora do currículo, pois muitos professores achavam inadmissível sua exclusão.

Na década de 1970, a Reforma Curricular atingiu o ensino de enfermagem, em 1972, modificando-o para se adequar ao novo quadro político. Germano (2003) aponta que após o golpe militar em 1964 o país registra um acentuado processo de privatização e especialização dos meios de produção. Aliado a isso os serviços de saúde se tornaram meras mercadorias enquanto a saúde pública

via seu orçamento diminuir. A saúde então, passou a ser um bem de consumo para a população com maior poder aquisitivo, repercutindo na formação dos profissionais.

Dessa maneira, no currículo, a Saúde Pública foi excluída como disciplina. Privilegiou-se, então, as disciplinas curativas com a habilitação na área médico-cirúrgica. A matéria de Ciências do Comportamento reintroduziu a sociologia e a psicologia. A Licenciatura foi acrescida como uma nova modalidade da enfermagem, consistindo em uma formação pedagógica por meio de cursos de educação os quais permitiam que o enfermeiro lecionasse na educação básica por meio de disciplinas da área biológica. Sendo assim, esse currículo seguia o modelo biologicista, individualista, voltado para o âmbito hospitalar, sendo o ensino pautado em uma vertente autoritária o que dificultava as discussões acerca de uma visão crítica da realidade social do país e das políticas de saúde públicas (TAPIA, 2000; SANTOS; 2003; GERMANO; 2003).

Tapia (2002) ao analisar os currículos desses períodos descritos até aqui (1923, 1949, 1962 e 1972) observou uma discordância entre a teoria e a prática, uma vez que a ênfase dada por eles é relacionada à assistência individual curativa, privilegiando um enfoque tecnicista e funcionalista da assistência.

Segundo Ferreira (2003) a educação do enfermeiro não exclui um saber biológico e técnico, porém é preciso também conviver, partilhar e cooperar para a construção de uma sociedade democrática e solidária. Compartilhando dessa visão, o conhecimento de si mesmo e a ética tornam-se elementos fundamentais para

o cuidado como uma ação humana e não somente como uma aplicação impessoal de técnicas.

Sob essa ótica, mesmo sobre a repressão da ditadura, alguns eventos internacionais conduzidos por movimentos políticos e sociais da época influenciaram os debates nos grupos de estudos existentes no Brasil. Santos (2003) destaca a Conferência de Alma Ata, que tinha como meta a *Saúde para todos no ano 2000*, o qual passava a considerar a saúde como resultante do desenvolvimento socioeconômico e político dos países, garantindo a participação popular nas discussões sobre sua própria saúde.

Com os movimentos sociais da década de 1980 e a redemocratização no quadro político foi evidenciada uma necessidade de reforma ampla na enfermagem. A partir do movimento de Reforma Sanitária que reconhecia a importância da formação de recursos humanos para o atendimento em saúde da classe social que não a elite, um novo contexto assistencial que procurava compreender processo saúde/doença surgiu, buscando compreendê-lo em sua relação com as condições de vida e trabalho da população (GERMANO 2003; DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016).

Germano (2003) explicita que com o crescimento da produção teórica na área da saúde a qual tinha a participação de alguns cientistas sociais, houve uma contribuição para uma visão ampliada do conceito de saúde e da importância do ensino deste na direção da prática profissional. Entretanto, essas novas concepções promoveram uma cisão na enfermagem brasileira, tendo de um lado um grupo conservador aliado ao ensino tecnicista e, de outro, progressivista, compreendendo o enfermeiro como um ator social no atendimento à saúde.

Esse último sobe à frente da ABEn e inicia um longo debate para a elaboração de um projeto pedagógico para o ensino de enfermagem.

Em 1994 a ABEn conclui uma nova proposta curricular, sendo aprovada pelo MEC, promulgando assim a Proposta Preliminar de Currículo Mínimo para os Cursos de Graduação em Enfermagem pela Portaria 1721/94 (BRASIL, 1994).

Freire e colaboradores (2003) destacam a nova estrutura curricular composta por três grandes áreas:

A Área Assistencial que inclui os conhecimentos necessários à prática de assistência de Enfermagem, sendo ela individual e coletiva, de acordo com o perfil epidemiológico da população ou do indivíduo assistido. Apresenta cinco subáreas; saúde trabalho e meio ambiente; recuperação da saúde mental; saúde do adulto, adolescente, do idoso e do mundo do trabalho; saúde da mulher e atenção integral a saúde da criança.

A Área Fundamental compreendia, nos campos que dão suporte para ações em Enfermagem; educação em enfermagem e pesquisa; administração do processo de trabalho e dos serviços de enfermagem; bases histórico-filosóficas do exercício da enfermagem. Já na Área Bases Biológicas e Sociais de acordo com Freire e colaboradores (2003) são as que mais trazem discussão dentro do campo do currículo, pois são norteadas por um tradicionalismo catedrático que não faz mais parte do novo currículo, sendo marcadas pelas disciplinas das áreas biológicas, humanas e matemática.

Santos (2003) adverte que embora esse novo currículo tivesse muitos ganhos na área social, como o retorno do conteúdo sobre da saúde pública pela

disciplina de Saúde Coletiva, outras áreas deixaram de ser contempladas, como a legado ao ensino, ao qual foi subtraída do currículo, deixando a formação pedagógica de enfermeira para cursos de especialização. Em outra perspectiva Germano (2003) ressalta o processo de discussão para a elaboração desse novo currículo que uniu estudante, docentes, enfermeiros e outros setores interessados, diferenciando mormente das outras propostas até então elaboradas. Para a autora a construção coletiva por meio do compromisso de todos os participantes gerou um projeto político pedagógico que insere, se não todas, a maioria das dimensões sociais.

Para Bagnato (2012) o papel do coletivo aparece como essencial para a construção do currículo, uma vez que estabelece uma dinâmica de ação e reflexão, advindos de debates envolvendo docentes, alunos, e outros profissionais acadêmicos e não acadêmicos. Esse movimento não está salvo de conflitos e contradições, porém são relações necessárias e desejáveis a fim de legitimar um projeto que almeje ideais coletivas e democráticas.

Entretanto, dois anos depois, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº 9394/96 (BRASIL, 1996) o currículo mínimo é extinguido, criando novas discussões a respeito do delineamento do ensino, dando lugar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos do Ensino Superior. Segundo Duarte, Vasconcelos e Silva (2016) a nova LDBEN assegura a autonomia didático-científica as Instituições de Ensino Superior (IES), trazendo responsabilidade para as IES e conseqüentemente para seus docentes, discentes a sociedade acadêmica, uma vez que permitiu a formação

de diferentes perfis profissionais relacionados com a realidade que os cerca.

Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, elaborada pela ABEn por meio de discussões, fóruns e análise das realidades brasileiras, visou contemplar as dimensões necessárias à formação do enfermeiro por meio de um perfil generalista, humano crítico e reflexivo, tendo como base o rigor científico (SANTOS, 2003; GERMANO, 2003; KAISER; SERBIM, 2009).

Para Kaiser e Serbim (2009) entender o currículo de enfermagem como construção social que represente as intenções e situações do ensino-aprendizagem nas vivências dos docentes e alunos é imprescindível para sua construção, sendo um desafio necessariamente compartilhado, o que implica em um processo participativo na mobilização da expressão de todos os envolvidos.

O projeto de formação profissional deve ser resultante das interações entre os diferentes agentes sociais envolvidos no processo, envolvendo diálogos, reflexões, proposição de ações afirmativas necessárias à melhoria da qualidade da educação em saúde e à construção de novas realidades. Nas interlocuções, nas negociações, no respeito a diferentes posturas e visões, exercita-se a dimensão ético-política da formação (BAGNATO, 2012).

Compreendendo as diretrizes da formação em enfermagem como ela se dá atualmente em relação aos pacientes com deficiência e especificamente aos Surdos. O capítulo subsequente se debruça sobre esses aspectos.



## CAPÍTULO 4

### DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO E O CUIDADO À SAÚDE DO SURDO

Com o intuito de compreender a respeito do atendimento à pessoa com deficiência, esse capítulo diz respeito a forma com que ele é feito por meio da Atenção Básica à Saúde, evidenciando nessa pesquisa as Políticas Nacionais bem como as discussões dos serviços de saúde prestados pela equipe de enfermagem ao paciente Surdo.

#### **Atendimento a Pessoa com Deficiência**

Por meio do relacionamento entre os indivíduos diferentes entre si, previsto na sociedade inclusiva, é que se constrói e fortalece a cidadania (BRASIL, 2007). Segundo Marques e Pereira (2017) esse tema é que norteia o Atendimento Básico a Saúde no Brasil. A equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) tem como trabalho, a integralidade e a coordenação do cuidado, além de tratar a todos com equidade, orientando as famílias e a comunidade com competência cultural. Isso porque a comunidade atendida apresenta diversas características distintas, não somente nos tipos de necessidades médicas, mas sim na apresentação de um ambiente em que ocorre o encontro cultural heterogêneo, com suas formas de pensar, de expressar seus costumes e crenças.

É nesse amalgama de diferenças que são atendidas as pessoas com deficiência. Desde Constituição da

República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) é que se pavimenta o acesso e a promoção da saúde a esse público. Muito embora isso seja realmente validado muitos anos depois com o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) (BRASIL, 1999), que tinha como objetivo propor, acompanhar e avaliar políticas relativas aos direitos dessa população.

Uma das primeiras ações do Conade foi implementar o Decreto nº 3.298/1999 que institui a Política Nacional para a Inclusão da Pessoa com Deficiência como uma forma de assegurar os direitos básicos para esse público, incluindo o acesso a saúde. Com isso o Governo Federal inicia a implementação de diretrizes afim de organizar e estruturar as Políticas de Inclusão.

No âmbito da Saúde, em 2002, é aprovada por meio da Portaria nº 1.060, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que prescreve:

Art. 1º. [...] a reabilitação da pessoa portadora de deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Isso reforçou a responsabilidade que o Ministério da Saúde possui no acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência, articulando, dessa forma, com as diretrizes e princípios do SUS; a integralidade, universalidade e equidade.

E é justamente com o SUS que o Ministério da Saúde lança a próxima ação com o intuito de seguir com as políticas de inclusão ao elaborar o manual “A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2008), o qual destina-se a promover a atenção integral da pessoa com deficiência à saúde, além de garantir uma assistência específica à condição de cada indivíduo. Esse feito visa salvaguardar serviços estritamente ligados a deficiência do indivíduo, promovendo, em teoria, uma assistência individualizada.

Para Amaral e colaboradores (2012) tais políticas firmam o que já estava disposto na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), uma vez que ela garante a universalidade de acesso e a integralidade da assistência a todos os cidadãos. Portanto, essa universalidade na assistência do SUS significa que qualquer pessoa tem direito ao cuidado de saúde, acessível por meio da rede pública, proporcionando oportunidades de inclusão e melhoria na qualidade de vida (LOPES, SOARES, BOHUSH, 2014).

Dessa forma, a pessoa com deficiência deve ter livre acesso aquilo que é seu por direito, tendo autonomia mesmo que apresente redução de sua mobilidade ou dificuldades de comunicação. Esse acesso, na concepção de Oliveira e Pereira (2013) é a maneira com que o indivíduo percebe a acessibilidade, que por sua vez, segundo os autores, é definida como forma com que se oferta um serviço, para que, assim, o usuário possa usufruí-lo.

Na acessibilidade aos serviços de saúde, Travassos e Martins (2004) relatam que são propostas duas dimensões para esse conceito; a primeira no âmbito sócio organizacional, a qual se refere as ofertas dos serviços. Entretanto, de forma mais abrangente atribui as

características qualitativas dos serviços podendo facilitar ou limitar o uso pelos potenciais usuários, o que inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados de acordo com a necessidade do indivíduo. A segunda dimensão diz respeito a acessibilidade geográfica, que se relaciona ao espaço que pode ser medido em distância, tempo de locomoção e até custo da viagem.

Porém, quando se trata de acessibilidade na prática o que se percebe é o grande distanciamento das boas práticas e atenção e cuidado primário a saúde com o disposto na Lei (LOPES, SOARES, BOHUSH, 2014). Essas legislações apesar de bem elaboradas, ainda tiveram problemas para serem bem implementadas e fiscalizadas, apresentando uma implementação desarticulado com suas diretrizes, causando uma assistência a essa população legada a marginalidade no SUS (GIRONDI, SANTOS, 2011).

Isso porque a Atenção Básica, que em seu cerne é aquela que garante a integralidade do cuidado, é organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011a), que, por sua vez, promove a saúde de forma descentralizada, comunitária e familiar (GIRONDI, SANTOS, 2011; MARQUES; PEREIRA, 2017). Isso infere que a atenção primária a saúde é proporcionada por meio de unidades, espalhadas por um território definido ou uma comunidade, chefiadas por uma equipe multidisciplinar, com técnicos, enfermeiros, médicos, entre outros, dependendo da necessidade daqueles que são atendidos e também da disponibilidade do profissional (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Dessa forma, existe uma gama de serviços e equipes espalhados

por todo o território nacional que necessitam se enquadrar nas legislações inclusivas.

Quando não estabelecida de fato, tal situação dificulta o acesso das pessoas com deficiência, tornando o serviço precário para uma quantidade expressiva de pessoas com alguma deficiência. A falta de capacitação também interfere na relação profissional/paciente com deficiência, uma vez que cria dificuldades de comunicação e de consciência social sobre a diversidade humana (FRANÇA, PAGLIUCA, 2009).

Observando essa fragmentação do serviço e as dificuldades encontradas o Ministério da Saúde lança a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o arranjo organizativo, com o intuito de que essa estrutura, a Atenção Básica, possa funcionar provendo respostas adequadas as necessidades dos usuários, de forma coordenada, estabelecendo, assim, estratégias que permitam criar múltiplas respostas para o atendimento do paciente, seja ele com ou sem deficiência (BRASIL, 2011b).

Isso é feito por meio da oferta de atenção de forma contínua e integral, acompanhando o paciente durante todo seu percurso, seja nos serviços de saúde seja no cuidado multiprofissional (COSTA; SANTOS, 2014). Desse modo, em teoria, a RAS se responsabilizaria relativamente das relações entre as demandas e os serviços propostos, assegurando a ampliação da cobertura em saúde, acompanhada de uma ampliação da comunicação entre esses serviços a fim de ter um maior controle e informação dos procedimentos e das necessidades de cada território ou comunidade (BRASIL, 2011b).

Mesmo que essas ações tenham sido propostas e englobem todos os tipos de pacientes o Ministério da Saúde,

por meio da Portaria nº 793 (BRASIL, 2012) cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que preconiza:

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção;

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2012).

Tal medida decorre da necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para os pacientes com deficiência, usando a rede de serviços para articular e efetivar os diferentes pontos de atenção a esse público.

Amorim, Liberali e Medeiros Neta (2018) descrevem como uma estratégia de cuidado à saúde aos pacientes com deficiência usado pela Rede de Cuidados denominado de apoio matricial. Nele existe um processo de construção compartilhada de saberes, com o intuito de criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Essa proposta visa integrar a equipe de profissionais de saúde da família, denominados de equipe de referência, com profissionais especialistas, os apoiadores matriciais, de forma que os primeiros tenham um suporte para discussão de casos e intervenções terapêuticas (GONÇALVES et al., 2011).

Desse modo, essa ação visa aumentar a eficácia na resolução de problemas, propiciando uma corresponsabilização de cuidados ao unir a equipe de referência com o apoiador matricial, além de facilitar o

contato direto com os serviços (CAMPOS, DOMITTI, 2007; BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008; GONÇANVES et al. 2011; AMORIM, LIBERALI, MEDEIROS NETA, 2018).

A coordenação dessa estratégia acontece pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem entre suas diretrizes a promoção de ações de reabilitação das pessoas com deficiência, como parte de intervenções de saúde, com o objetivo de ampliar a autonomia e independência, melhorando a qualidade de vida dos pacientes tratados (ROCHA, KRETZER, 2009; GONÇANVES et al. 2011).

Para isso a NASF possibilita que a equipe de referência se encarregue da atenção em longo prazo de tempo, ou seja, realize um acompanhamento longitudinal, possibilitando a construção de vínculo entre profissional e paciente (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Dessa forma, a equipe usa da busca ativa e do atendimento domiciliar para que ele não se interrompa, pensando nas dificuldades de acesso e locomoção desses pacientes com deficiência (SOUZA E ROCHA, 2010; GONÇANVES et al. 2011).

Entretanto, alguns desafios são impostos para que isso seja implementado na prática. A ausência de diretrizes claras e as dificuldades de referência na rede de atenção à saúde acabam dificultando a ação conjunta entre a equipe de referência e o apoiador matricial (CAMPOS, DOMITTI, 2007; HIRDESM 2015; TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS; 2019).

A fim de pesquisar a implementação dessas estratégias Rodes e colaboradores (2017) investigaram os recursos humanos para a oferta dos serviços de reabilitação, apontando que a oferta de fonoaudiólogos,

terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, tão essenciais para que esse serviço aconteça, é baixa e desigual entre os tipos de atenção à saúde. Nas NASF, os autores revelaram que a crescente terceirização do serviço acarreta a constante mudança de equipe, desfavorecendo uma das diretrizes principais da estratégia, o vínculo entre paciente e equipe de referência. Sem esse vínculo há um prejuízo no cuidado longitudinal ao paciente e conseqüentemente no suporte assistencial.

Outra grande defasagem está na capacitação dos profissionais que integram a equipe tanto a referencial quanto a especialista. A ausência de capacitação continuada acontece tanto para aqueles que já estão inseridos no serviço quanto aqueles que o prestam de forma terceirizada. Esse último por meio de ações intermitentes apresenta maior dificuldade para uma capacitação de longo prazo (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008; FRANÇA, PAGLIUCA, 2009; RODES et al., 2017; TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS; 2019)

Por mais que isso se apresente na atualidade tal capacitação é prescrita na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). Ao direito a Saúde em seu Art. 18:

§ 3º Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada.

A necessidade de investimentos na formação dos profissionais de saúde que trabalharão segundo a lógica desse tipo de atenção é necessária, visando, dessa forma, uma educação permanente para profissionais já inseridos nesse serviço.

Assim sendo, existe uma vasta legislação que garante o acesso e o atendimento da pessoa com deficiência a saúde, permeado de estratégias para que o paciente tenha sua necessidade atendida, porém o cumprimento equânime ainda não se concretizou na prática. O fato é que ainda o serviço é deficitário em várias instâncias seja na gestão, organização ou aplicação e precisa ser melhorado.

### **Os direitos do Surdo à saúde**

A enfermagem é a ciência e a arte do cuidar, ela tem como princípio o cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Seu dever é promover o acesso, a manutenção e a recuperação da saúde (SIMÕES E SILVA et al., 2009; SANTOS et al., 2020).

A equipe de enfermagem e qualquer profissional da saúde deve acolher o paciente. Dessa forma, o acolhimento está baseado no estabelecimento de relações solidárias e acima de tudo de confiança entre os profissionais e os pacientes que vão em busca dos serviços a fim de resolver os problemas relacionados a sua saúde. Quando o paciente chega e esse acolhimento é promovido o vínculo entre ambos se torna mais curto, contribuindo para a resolubilidade do problema (TEDESCO, JUNGES, 2013).

Isso deve acontecer a todos os tipos de pacientes e de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002) a pessoa com deficiência tem direito e lugar garantido no acesso a Atenção Básica à Saúde.

O documento ainda ressalta que a Política está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de

implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2002).

Dentre essas pessoas estão os Surdos, que contrariamente as outras apresentam uma diferença linguística, ou seja, usam a Língua de Sinais, a qual apresenta parâmetros visuo-espaciais em comparação a Língua Portuguesa, a qual designa-se as modalidades oral e escrita (QUAROS, 2006; QUADROS, KARNOPP, 2007; HARRISON, 2014).

De acordo com Skliar (1998) as duas línguas, uma oral, usada pelos ouvintes e outra visual, usada pelos Surdos, não são opostas e sim canais diferentes para a transmissão e recepção de mensagens.

Fato é que mesmo considerada uma minoria a comunidade surda é expressiva e como todos necessita dos serviços de saúde. Essa parcela da população perpassa os 9,7 milhões de brasileiros entre todos os níveis de deficiência auditiva, representando 5,1 % de toda a população brasileira (IBGE, 2010).

Compreendendo a grande demanda de Surdos no país a Lei nº11.436 entra em vigor em abril de 2002, a qual reconhece a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como a língua da comunidade de pessoas surdas do Brasil (BRASIL, 2002). A mesma Lei dispõe acerca do atendimento à saúde.

Art. 3º 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).

Mesmo que antes dessa data os Surdos não deixassem de buscar os serviços de saúde a partir desse momento sua língua estava respaldada por Lei, conseqüentemente a formação e capacitação daqueles que os atendem deveria acontecer, entretanto isso não se tornou real nos anos subsequentes (TRECOSI, ORTIGARA, 2013; SOUZA et al., 2017).

As barreiras comunicacionais continuavam acontecendo, com o Surdo tentando se comunicar em sua língua enquanto a equipe de enfermagem tentava em sua própria. Para que a comunicação pudesse acontecer os profissionais usavam como ferramenta a comunicação não-verbal, como a leitura labial, também denominada de orofacial a mímica e os gestos. Entretanto, visto a complexidade do uso de tais métodos, ela se via muitas vezes falha (BRITTO, SAMPERIZ, 2010; RAMOS, BORTAGARAI, 2012).

Tal problemática recai sobre o SUS, segundo Souza e colaboradores (2017), criado por meio da luta por justiça social e equidade o Sistema Único de Saúde fez parte de uma grande reforma sanitária com a proposta do direito à saúde para todos os brasileiros, sendo dever do estado garanti-lo. Contudo, depois de décadas da sua concepção o SUS ainda demonstra grande desigualdade na distribuição de recursos. A equidade garantida outrora é pouco notada na questão do acesso aos serviços de saúde. Essa disparidade é sentida sobremaneira por regiões, raças/etnias, e pessoas com deficiência.

Os autores relatam que existe uma parte da população que apresentam suas questões invisibilidades, sofrendo com o preconceito e a indiferença da sociedade.

Tais infortúnios chegam aos serviços de saúde inviabilizando, muitas vezes, o alcance ao SUS.

No caso dos Surdos isso acontece por conta que o sujeito é considerado diferente, carregando consigo as marcas da alteridade que os distanciam da norma social pautada pela cultura hegemônica. Essas marcas, estampadas em seu ser, delimitam muita mais que seu lugar na sociedade, mas seu estilo de vida e seu papel como cidadão (SKLIAR; 1998; FRANÇA, PAGLIUCA, 2009)

Em vista dos processos de acessibilidade ao Surdo é promulgada a Portaria 2073/04, denominada de Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004) que em seu Art. 2º dispõe:

V - Promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva;

IX - qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASI, 2004)

Assim sendo, entre a Lei de 2002 e o Decreto de 2005 o Governo desenvolve uma política específica de acesso do Surdo aos serviços de saúde. E como pode-se observar em seu inciso IX promove a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos.

Em seu artigo 3º, inciso I, no que se refere à Atenção Básica a Saúde, a portaria dispõe:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da

identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar;

§ 7º A capacitação e a educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverá ser realizada de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde.

Isso cerca de direito o paciente Surdo de todos os processos relacionados a Atenção Básica de Saúde, os serviços que o compõe e o atendimento eficaz, por pessoas qualificadas. Entretanto existe um grande caminho entre a qualificação e o atendimento universal e igualitário para os pacientes Surdos.

É com essas dificuldades e incertezas que em 2005 o governo promulga o Decreto 5626/05, que regulamenta a Lei e dispõe sobre outras questões, entre elas o atendimento à saúde do Surdo, que em seu capítulo VII visa:

IX - atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e

X - apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005).

Dessa forma, o decreto, então, reforça o acesso do Surdo aos serviços de saúde e oferece a possibilidade de seu atendimento intermediado pelo intérprete tradutor de Libras, que acaba de ser oficializado pela pasta.

Pereira e Fortes (2008) ao entrevistar surdos em relação ao atendimento à saúde, destaca as esperanças que repousam pela mediação dos tradutores intérpretes

nos serviços de saúde, entretanto sete anos depois Pereira (2014) investiga o status desses profissionais e revela a insipida quantidade, perante a demanda de serviço, e formação inadequada para atuar na área da saúde.

À vista disso, a responsabilidade pelo atendimento continua no âmbito da equipe de enfermagem. Para que a formação desses profissionais dê algum respaldo para o atendimento de pacientes Surdos, o Decreto 5626/05 garante a disciplina como obrigatória nos cursos de licenciatura e de fonoaudiologia, sendo optativa para os demais cursos de bacharelado. O problema disso recai na disponibilidade dessa disciplina nos cursos de bacharelado e o interesse que o aluno apresenta quando ela não é uma disciplina obrigatória (VITALIANO, DALL'ACQUA, 2012; TEDESCO JUNGES, 2013; SOUZA et al., 2017; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019).

Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) relatam que no atendimento ao paciente Surdo é fundamental conhecer as particularidades culturais e linguísticas dessa comunidade de modo a favorecer a interação entre paciente e profissional, dessa forma, reduzindo o desconforto entre ambos nos atendimentos. Contudo, os autores também concluem em sua pesquisa que até então, mesmo depois de alguns anos entre as políticas, os profissionais ainda se encontravam descapacitados para atender esse público.

Com a necessidade de reunir as políticas e os direitos angariados pelas pessoas com deficiência foi sancionada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) também denominada de Estatuto da Pessoa com Deficiência. Dessa forma todas essas questões

e direitos conseguidos pelos Surdos estão reunidos no documento, destacando a importância de dois artigos:

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

Art. 73. Caberá ao poder público, diretamente ou em parceria com organizações da sociedade civil, promover a capacitação de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes ...] (BRASIL, 2015)

Portanto, o Estatuto reafirma a garantia do acesso a saúde e dá possibilidades para que esse atendimento aconteça.

### **A Equipe de Enfermagem no atendimento ao Surdo**

De acordo com Santos e colaboradores (2020) o profissional de enfermagem é o protagonista do cuidado humano e como tal deve seguir os processos de enfermagem que se dão em 5 etapas. Eles se iniciam por meio do histórico de enfermagem, também denominado de coleta de dados, na qual se faz a anamnese, como a análise dos sintomas, e segue com o diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Tais processos ocorrem por meio da sistematização do cuidado em busca das diretrizes do SUS a fim de proporcionar assistência a população, gerando confiança e segurança no desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem e o cuidado com aqueles que usam o serviço. (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006; CRUZ, ALMEIDA, 2009).

Quando se trata do atendimento aos pacientes Surdos, que, como visto acima, apresenta direito de ser acolhido dentro de suas especificidades, algumas barreiras são evidenciadas. A primeira e que permeia todo o atendimento é a comunicação (BRITTO, SAMPERIZ, 2010; SANCHES et al., 2019; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019).

Tendo em vista que a comunicação é o método que direciona o atendimento da equipe de enfermagem, sendo considerada pelos profissionais processo fundamental, para a identificação de sinais, sintomas e problemas que acometem o paciente, a sua eficácia se torna imprescindível para os serviços e saúde. (TEDESCO, JUNGES, 2013; SOUZA et al, 2017; PEREIRA et al, 2019).

Como o Surdo apresenta uma língua diferente da praticada pelo profissional da saúde, cabe a instituição de trabalho proporcionar, uma vez que está respaldado em lei, capacitação profissional para as equipes de saúde. Se ela não proporciona tal formação, é responsabilidade dos profissionais que atendem esses pacientes se capacitarem (BRASIL, 2005; COFEN, 2007).

Em enfermagem o Código de Ética do Profissional Enfermeiro (CEPE) reúne os princípios fundamentais na gestão do cuidado nos diferentes contextos sociais, entre eles estão dispostos:

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza. [...]

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.  
Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão. (COFEN, 2007).

Observando os artigos pode-se constatar que o profissional de enfermagem tem obrigação de atender de forma igualitária todo tipo de paciente, orientando-os sobre todos os aspectos e procedimentos de enfermagem, não podendo haver discriminação por parte deles.

Entretanto, as dificuldades de comunicação enfrentadas pelos enfermeiros acabam inviabilizando um atendimento de qualidade e equitativo (PAGLIUCA, FIUZA, REBOUÇAS, 2007; TRECOSI, ORTIGARA, 2013).

Portanto, apoiado pelo CEPE e pela Lei Federal 10.436, o profissional da enfermagem tem o direito e o dever de realizar um curso de formação em Libras, a fim de prestar uma assistência de qualidade aos pacientes Surdos. (COFEN, 2007).

Visto isso, a comunicação terapêutica em enfermagem é importante para se alcançar um cuidado humanitário e competente que por consequência também atinge o relacionamento terapêutico entendido como um processo de interação personalizado, envolvendo afinidade, compreensão e aceitação entre o enfermeiro e o paciente (BRITTO, SAMPERIZ, 2010).

O Processo de Enfermagem, também denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerado como um método de sistematização do

trabalho, trazendo tanto vantagens para a equipe de enfermagem quanto para o paciente (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006). De acordo com Cruz e Almeida (2009) a implementação do SAE é competência do enfermeiro com participação do técnico de enfermagem.

Dessa forma, a equipe de enfermagem pode elaborar uma estrutura de atendimento que supra necessidades dos serviços de saúde, criando protocolos para guiar os profissionais nas assistências específicas (BRITTO, PEREIRA, LEMOS, 2006). Assim, os enfermeiros apresentam possibilidade para construir um processo de enfermagem para situações específicas como é o caso do atendimento aos pacientes Surdos.

É importante que o profissional de enfermagem durante os processos de coleta de dados detecte por meio de diálogos com o paciente e/ou acompanhantes as barreiras que podem afetar de maneira direta ou indireta a relação entre eles, uma vez que isso pode afetar a autoconfiança e a compreensão das informações que necessitam ser trocadas. Se isso não for feito pode acarretar na desconfiança do serviço de saúde, diminuindo sua eficácia. (MORAIS; COSTA; FONTES; CARNEIRO; 2009, SANTOS et al., 2020;).

Na enfermagem a comunicação com fins assistenciais deve ser feito de modo consciente sempre buscando qualidade, contando com a dedicação da equipe para a busca de uma interpretação holística, assim, a efetividade nessa comunicação trará benefícios para o paciente e excelência no cuidado, pois ajudará na resolução e enfrentamento dos problemas da pessoa sob atendimento. (TRECOSI; ORTIGARA, 2013; STEFANELLI, CARVALHO. ARANTES, 2012)

A comunicação é uma necessidade humana básica e, portanto, determina e efetua o atendimento da área expressiva de assistência ao paciente, sendo o denominador comum de todas as ações dos profissionais de saúde. (STEFANELLI; CARVALHO. ARANTES, 2012; RAMOS, BORTAGARAI, 2012)

As pessoas surdas, assim como em outras deficiências, possuem características próprias, além de serem vítimas de preconceitos e exclusão social, podem apresentar o comportamento afetado em vista a sua diferença, com isso, surgem barreiras que dificultam, principalmente, a comunicação. Apesar da existência de campanhas de inclusão das pessoas com deficiência, as dificuldades de comunicação persistem e se evidenciam. (CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019; PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007).

Ou seja, a promoção do acesso das pessoas com deficiência é ponto principal para o atendimento adequado a saúde do indivíduo. Entretanto isso não pode se concretizar sem uma comunicação adequada (CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008, TRECOSSI, ORTIGARA, 2013). Para Pagliuca, Fiúza e Rebouças (2007), somente pela comunicação efetiva o profissional da saúde, seja ele o enfermeiro o técnico de enfermagem ou o médico, poderá ajudar o paciente a explanar seus problemas, ajudar a enfrentá-los e encontrar alternativas para a solução.

A seguir para responder às questões formuladas no presente livro encontra-se descrita, no próximo capítulo, a abordagem metodológica utilizada na pesquisa.



## CAPÍTULO 5

### O QUE A PESQUISA APONTA SOBRE O TEMA

Neste Capítulo, em vista de compreender o status da Libras na área da saúde e como o ensino superior pode influenciar essa realidade optou-se por apresentar uma pesquisa com uma abordagem qualitativa, dividindo a coleta de dados em duas fases, cada uma com um tipo de pesquisa diferente: primeiro: exploratório-descritiva; e segunda: documental.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (1992), é capaz de incorporar a questão do significado e da subjetividade quando se trata das relações e atividades humanas.

As relações e atividades humanas estão repletos de significados e simbolismo (MINAYO, SANCHES, 1993). A pesquisa exploratória-descritiva nos aproxima do grupo estudado e assim ajuda a desenvolver, esclarecer a modificar conceitos e ideias (GIL, 2008). Na área da saúde, quando se trata de uma equipe em um ambiente específico, esse tipo de pesquisa nos familiariza com o seu cotidiano por meio da observação e análise a fim de captar a perspectiva da população em estudo (KOIZUMI, 1992).

Dessa forma, ela se encaixa na primeira fase da coleta para a dados dessa pesquisa, uma vez que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a equipe de atendimento básico hospitalar afim de compreender sua formação em relação ao conhecimento de Libras e como se dá o atendimento de pacientes surdos.

É importante ressaltar que essa fase da coleta foi desenvolvida por meio de dois projetos orientados pelos autores no ano de 2018 e aplicados por alunos de um Centro Universitário. Ambos os projetos versaram sobre o mesmo tema: o uso da Libras no atendimento a pacientes Surdos, dessa forma os dados foram cruzados e aqueles pertinentes a pesquisa foram analisados.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) CAEE nº 98894918.4.0000.5431 e 95266318.1.0000.5431.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética a coleta de dados a entrevista foi realizada com a gerente de enfermagem e diretor técnico da instituição hospitalar. Nesta ocasião os profissionais foram informados quanto aos objetivos do estudo e ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento. Dessa forma, foi garantido a todos o seu anonimato; a garantia de não haver quaisquer sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência, a qualquer momento; o direito de resposta às dúvidas e a inexistência de qualquer ônus financeiro ao participante.

A aplicação da pesquisa se deu em uma cidade do interior de São Paulo, nas dependências de um hospital público e de um hospital privado. A pesquisa teve enfoque no atendimento básico hospitalar. Para os Surdos foi aplicado um questionário via online, em suas respectivas residências.

Foi aplicado um questionário para a equipe de enfermagem composto por um formulário para identificação geral dos participantes com questões de múltipla escolha e dissertativas com intuito de

compreender como se dá o atendimento a pacientes Surdos e o uso da Libras.

Para os Surdos foi aplicado um questionário online, desenvolvido por meio do Google Forms. Para aqueles que não sabiam ler, foi feito a interpretação das perguntas e do Termo de Consentimento. Dessa forma, o questionário continha um formulário de identificação e questões dissertativas acerca do atendimento à saúde.

Faziam parte da equipe 41 profissionais, entre eles enfermeiros e técnicos de enfermagem, como se pode observar no quadro 5. Participaram da pesquisa 7 Surdos, a distribuição de gênero pode ser observada pelo quadro 7. E por fim, para a coleta de dados, participaram da pesquisa 5 alunos, os quais apresentam sua distribuição de gênero no quadro 8.

Quadro 5. Identificação Profissional

Profissão	Nº
Enfermeiro (a)	15
Técnico (a) Enfermagem	26

Quadro 6. Distribuição do Gênero dos profissionais

Gênero	Nº
Feminino	33
Masculino	8

Quadro 7. Distribuição de gênero dos Surdos entrevistados

Gênero	Nº
Feminino	3
Masculino	4

Quadro 8. Distribuição de gênero dos alunos participantes.

Gênero	Nº
Feminino	3
Masculino	2

Os dados obtidos foram analisados de forma quantitativa, uma vez que as questões variaram de múltipla escolha a respostas de opinião e conhecimento subjetivo.

Os dados quantitativos foram tabelados e quantificados e os dados qualitativos passaram pela análise de conteúdo de Bardin (2011). Essa técnica consiste em analisar de forma sistemática, quantificando e avaliando palavras ou frases que apresentem um indicador comum categorizando-os posteriormente em eixos temáticos para que possam ser tabelados e examinados.

Por meio da análise dos temas abordados que emergiram das entrevistas foram organizadas categorias. Em se tratando das entrevistas com os enfermeiros e técnicos de enfermagem, duas delas se destacaram: (1) Comunicação com os pacientes Surdos, (2) Atendimento aos pacientes Surdos. Em relação as entrevistas com pacientes Surdos delas surgiram três: (1) Comunicação com os profissionais da saúde, (2) Atendimento à saúde, (3) Considerações sobre à saúde do Surdo. Com a ajuda de participantes, para verificar a confiabilidade dos dados, subcategorias foram definidas, sendo elas apresentadas na discussão.

Enquanto analisávamos os dados e compreendíamos o cotidiano da equipe de enfermagem em relação ao atendimento a pacientes Surdos surgiram questões não só

com o manejo desses pacientes enquanto indivíduos que apresentam uma língua diferente da predominante, mas também como se dava a formação dessa equipe de enfermagem que, por ser esse seu trabalho, inevitavelmente, lidava diretamente com o paciente.

A partir dessa inquietação surgiu a ideia de elaborar uma pesquisa documental para compreender quais instituições, que possuíam cursos de enfermagem, disponibilizavam a unidade curricular de Libras. Esse tipo de pesquisa teve o objetivo de avaliar documentos obtidos de fontes primárias e dados estruturados que podem ser analisados de acordo com a finalidade da pesquisa, recebendo novas interpretações (GIL, 2008).

Para iniciar a segunda fase da coleta de dados os documentos contemplados foram as matrizes curriculares dos Cursos de Enfermagem de Intuições de Ensino Superior (IES) públicas; a disponibilidade e carga horária de Libras.

Tendo em vista que os Cursos de Enfermagem eram o objeto de estudo e partindo da premissa que as IES deveriam ter implementado, de forma gradativa, a unidade curricular de Libras em dez anos a partir da publicação do Decreto Federal nº 5.626 de 2005 que dispõe:

§ 2º A Libras constituir-se-á em disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional, a partir de um ano da publicação deste Decreto (BRASIL, 2005).

Os critérios para a escolha foram: a) ser uma universidade pública; b) que ela seja federal ou estadual; c) e que essas universidades públicas apresentarem o curso de enfermagem de forma presencial.

A partir dessa inferência foram buscados no endereço eletrônico do Ministério da Educação (e-MEC) a lista das Universidades Federais e Estaduais e seus *campi* que apresentassem o Curso de Enfermagem. Com base nessa lista foram realizadas investigações nos respectivos endereços eletrônicos das IES. A escolha pelo endereço eletrônico se deu pois foi criada justamente para a tramitação eletrônica de processos de regulamentação. Dessa forma, pela internet, o sistema permite o acompanhamento dos processos institucionais de forma transparente e simples.

A coleta de dados ocorreu entre 2019 e 2020, compreendendo que o prazo de implementação já tinha se findado em 2015 todos os cursos presenciais foram investigados. Aqueles que eram EAD e semipresenciais não foram contemplados.

Visto isso, foram encontrados 146 cursos em 88 IES federais e estaduais, as quais podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de IES por Região e cursos

<b>Universidades</b>	<b>Quantidade de Cursos</b>
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>18</b>
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE	2
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ	4
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ	1
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE RONDÔNIA	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ	3
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO TOCANTINS	1

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA	1
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS	2
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>57</b>
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SERGIPE	3
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO	3
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO	9
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE	4
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ	1
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA	3
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	3
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA	2
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS DE LIMOEIRO	1

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO	1
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO	1
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO	2
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI	2
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ	1
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ	5
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	3
<b>REGIÃO CENTRO OESTE</b>	<b>18</b>
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONÓPOLIS	1
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO	3
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO	3
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	1
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL	3

<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>30</b>
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	1
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS	2
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	1
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	1
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	5

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA	1
FACULDADE MUNICIPAL PROFESSOR FRANCO MONTORO DE MOGI GUAÇU	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO	1
<b>REGIÃO SUL</b>	<b>23</b>
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ	2
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ	1
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PARANÁ	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE	1
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS	1
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE	1
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA	2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	1
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA	1
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA DO SUL	1
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA	1
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>

Fonte: Ministério da Educação (e-MEC). Adaptado pelos autores.

A partir da consulta o próximo passo foi a busca pelos endereços eletrônicos de cada IES e seu respectivo curso de Enfermagem. Neles foi averiguado a matriz curricular, investigando a disponibilidade da unidade curricular de Libras, sua carga horária e ementa e, quando disponibilizado, o período/ano em que a unidade curricular é oferecida.

A seguir esses dados são discutidos a luz dos autores até aqui citados.



## CAPÍTULO 6

### LIBRAS NO CURRÍCULO DE ENFERMAGEM E SUA INFLUÊNCIA NO ATENDIMENTO AO SURDO

A partir da análise dos dados coletados esse capítulo tem o objetivo de discutir a distribuição e disponibilidade da unidade curricular de Libras nos currículos de enfermagem bem como buscar indícios dessa formação no atendimento à saúde legado aos Surdos pela equipe de enfermagem.

#### **Análise do Currículo dos Cursos de Enfermagem**

Com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996 as Instituições de Ensino Superior (IES) se viram autônomas na decisão do perfil curricular que podiam elaborar, podem adaptar seu ensino as necessidades sócio-político-econômicas da sociedade como um todo ou do âmbito no qual estão inseridas. Com o advindo da Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem, as IES teriam uma base para a construção de cada currículo (DUARTE, VASCONCELOS E SILVA, 2016). Germano (2003) aponta que como o nome diz elas apresentam apenas um norte para o fazer pedagógico cabendo a IES a flexibilização do currículo.

É nesse contexto que é apresentado a distribuição da unidade curricular de Libras disponibilizadas pelas IES públicas de todas as regiões do Brasil. É importante destacar como um país extenso em seu território assim

também são suas necessidades, diferentes em cada canto, diversas em sua perspectiva. Entende-se como Bagnato (2012) que as políticas curriculares podem ser compreendidas como textos referentes as práticas educacionais, que são construídos por meio de subjetividades, identidades e produção de conhecimento.

É relevante salientar que por conta da grande quantidade de cursos nem todos terão aqui seus projetos pedagógicos e ementas descritas a fim de não tornar a discussão redundante. Para aquelas IES que disponibilizaram tais documentos eles estão organizados no Anexo.

Dessa forma, a primeira região a ser visitada é a Região Norte. Abaixo podendo ser observado os dados dispostos na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da Unidade Curricular de Libras pelas IES da Região Norte.

<b>REGIÃO NORTE</b>			
<b>IES</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Libras</b>	<b>C/H</b>
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE</b>	2	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ</b>	4	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ</b>	1	Não possui	-
<b>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ</b>	3	Optativa	60h

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO TOCANTINS</b>	1	Eletiva	30h
<b>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA</b>	1	Eletiva	60h
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS</b>	2	Não obtido	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS</b>	2	Optativa	60h
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>		

Fonte: Ministério da Educação (e-MEC). Adaptado pelos autores.

Como pode-se perceber ao todo há 18 cursos de enfermagem vigentes disponibilizados pelas IES públicas na região. As que apresentam mais cursos são a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e a Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), respectivamente com 4 e 3 cursos. Em relação a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) não havia em seu endereço eletrônico menção do Projeto Político Pedagógico nem da matriz curricular, dessa forma não foi possível analisar a disponibilidade da unidade curricular de Libras nessa IES.

Ao analisar as ementas disponíveis pelos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) foi observado que a maioria dos cursos apresentam a mesma base instrumentalista da

Língua Brasileira de Sinais, estão lá dispostos o ensino da estrutura gramatical da língua com apenas uma insinuação aos aspectos sócio histórico do Surdo. Podemos entender por meio disso que esse foco linguístico visa dar base para a comunicação do discente e futuro enfermeiro com o paciente Surdo.

Entretanto, de acordo com Dalcin (2006) a língua está atrelada ao sujeito, ou seja, é parte inerente do Surdo. Para uma comunicação eficaz a compreensão do outro é imprescindível. A partir apenas do conhecimento de sua estrutura linguística em detrimento de sua cultura o diálogo se torna engessado e difícil, dessa forma conhecer o outro de forma integral bem como sua história facilita a comunicação.

Outra questão importante encontrada repousa na ementa de duas IES, UEPA e a Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Nelas o aporte teórico da unidade curricular de Libras menciona os estudos clínicos da área da surdez.

É importante ressaltar a existência da concepção médico-clínica, que ainda percebe o Surdo com uma característica que o define como incapaz e lhe imprime a marca da falta em comparação com o sujeito ouvinte (SKLIAR, 1998). Existe aí um limiar entre entender a surdez em seus aspectos clínicos, na forma de conhecimento, e estigmatizar o Surdo numa perspectiva de reabilitação, retirando-lhe a humanidade e seu papel social.

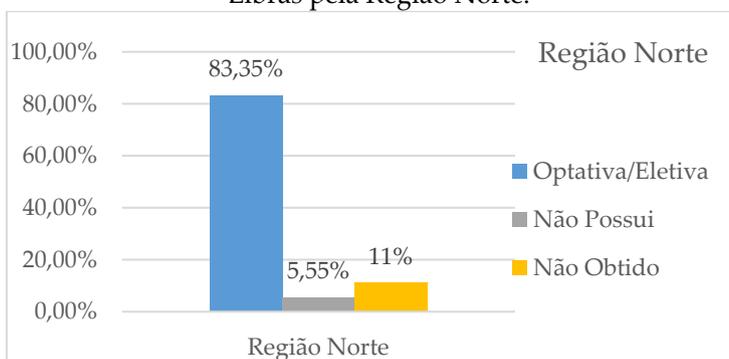
Na Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) consta no e-Mec a disponibilidade de 3 cursos de enfermagem, dois em Macapá, sendo um deles licenciatura e 1 em Oiapoque, esse de bacharelado, dessa forma foi considerado a quantidade de três cursos

disponíveis por tal IES. Entretanto, no endereço eletrônico da UNIFAP somente está disponível o PPP do campus Binacional, em Oiapoque. Na ementa da unidade curricular, consta sua bibliografia básica que demonstra os pressupostos teóricos-históricos da Língua de Sinais bem como o aprendizado de sua estrutura linguística, semelhante a outras IES. Contudo, por apresentarem modalidades diferentes em Campus diferentes não se pode supor que o PPP seja o mesmo, nem que a matriz curricular seja compartilhada.

De fato, quando se trata dos cursos de Licenciatura o Decreto 5625/05 (BRASIL, 2005) deixa claro a obrigatoriedade da Libras como unidade curricular, porém como o PPP não se encontra disponível não é possível confirmar.

Acerca do tipo de disponibilidade da unidade curricular de Libras o Gráfico 1 demonstra abaixo quais são encontradas nas IES dessa região.

Gráfico 1. Tipo de disponibilidade da Unidade Curricular de Libras pela Região Norte.



Fonte: elaborado pelos autores.

Como se pode observar a maioria das IES se alinha ao Decreto 5625/05 e apresenta em seu curso de enfermagem a disponibilidade da unidade curricular de forma optativa.

Em relação a Universidade Federal do Pará (UFPA) a unidade curricular de Libras não é mencionada nem em seu PPP nem na sua matriz curricular atualizada, encontradas em seu endereço eletrônico. Dessa forma, foi entendido que essa IES não disponibiliza tal unidade no currículo.

Vale ressaltar a maneira diferenciada com que a Universidade Estadual do Tocantins (UNITINS) disponibiliza a unidade curricular de Libras. Ela é dada de forma optativa, porém destina-se como atividade de extensão. O departamento juntamente com a Pró-reitoria de Extensão desenvolveu o curso de Libras e de outras línguas para os alunos por meio da Escola de Línguas, o que pode explicar a carga horária reduzida. Dessa maneira, a unidade curricular é externa ao curso, ou seja, ela não apresenta conteúdo específicos para a área da saúde.

Acerca disso, a maioria das unidades curriculares está vinculada a outro departamento, geralmente aqueles destinados aos cursos de licenciatura, apresentando uma ementa genérica que não se adequa as especificidades do curso de enfermagem. Isso demonstra que essa disponibilidade é apenas protocolar a fim de satisfazer a demanda política do Decreto 5625/05, parecendo não estar preocupado de fato com o público específico que o futuro enfermeiro pode encontrar em seu cotidiano profissional

Segundo Freire e colaboradores (2003) os desafios das Intuições de Ensino é rever o papel na educação dos

profissionais da saúde, por meio de uma revisão do modelo pedagógico que permita que o aluno seja ético, humano e competente sempre almejando o benefício da população atendida. Isso significa que eles devem estar aptos para exercerem sua profissão ao sair da Universidade.

Quando isso não acontece existe um descompasso entre a realidade teórica, desenvolvida por meio do currículo e aprendida pelo aluno em seus anos acadêmicos e a realidade orgânica, presente no cotidiano profissional, de tratamento com o paciente. Assim, a teoria não pode estar distante da vida experimentada fora da academia.

Com isso a próxima região analisada é a Região Nordeste a qual pode ser observada na tabela 3 abaixo.

Tabela 3. Distribuição da Unidade Curricular de Libras pelas IES da Região Nordeste.

<b>REGIÃO NORDESTE</b>			
<b>IES</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Libras</b>	<b>C/H</b>
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO SERGIPE</b>	3	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO</b>	3	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO</b>	9	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE</b>	4	Optativa	60h

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS</b>	1	Optativa	40h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS</b>	2	Eletiva	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA</b>	1	Optativa	68h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA</b>	1	Não obtido	-
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA</b>	3	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA</b>	2	Optativa	34h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE</b>	3	Optativa	30h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA</b>	1	Optativa	30
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA</b>	2	Optativa/ Obrigatória	60h
<b>FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS DE LIMOEIRO</b>	1	Não obtido	30h
<b>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO</b>	1	Optativa	-

<b>INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO</b>	1	Eletiva	40h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO</b>	2	Eletiva	60h
<b>UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI</b>	2	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ</b>	1	Não obtido	-
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ</b>	1	Não obtido	-
<b>UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA</b>	1	Optativa	45
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ</b>	1	Optativa	64h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ</b>	5	Não obtido	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ</b>	3	Optativa	60h
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>		

Fonte: Ministério da Educação (e-MEC). Adaptado pelos autores.

Os cursos de enfermagem estão distribuídos em 26 IES divididos em oito estados, contabilizado 56 ao todo. O estado do Sergipe apresenta apenas uma IES com formação em enfermagem, a Universidade Federal do Sergipe (UFS). Ao analisar seu PPP deparou-se com a atribuição da unidade curricular ao Núcleo de Educação em Saúde, se fazendo presente a partir de 2009. Em sua ementa percebe-se denominações que já não são usadas para se referir a pessoa com deficiência, como a palavra “portador”. A língua é usada como instrumento linguístico e não há menção a formação sócio histórica do Surdo.

Concepções clínico-médicas também aparecem nas ementas das IES do estado do Maranhão, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), entretanto elas são complementadas pelas concepções educacionais e sócio antropológicas do Surdo. Contudo, a ementa do Campus II chama a atenção por abordar a formação do enfermeiro como agente reflexivo na sua prática em relação aos processos de inclusão.

Ao estimular esse tipo de ação se promove o acesso as pessoas com deficiência no atendimento adequado a sua saúde. O enfermeiro em sua prática necessita desenvolver uma comunicação adequada e consciente das necessidades de seu paciente, seja ele Surdo ou ouvinte (PAGLIUCA, FIUZA, REBOUÇAS, 2007).

Tanto as IES do estado do Rio Grande do Norte como do Alagoas apresentaram ementas semelhantes para as unidades curriculares de Libras. Elas enfatizam o ensino de gramática da Língua de Sinais, bem como o diálogo. A Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

(UNICISAL) chama atenção por abordar um glossário de sinais para a área da saúde.

O estado da Bahia é aquele em que se encontra o maior número de IES com o curso de enfermagem da Região Nordeste, também foi o que mais apresentou dificuldades na busca de dados. No endereço eletrônico de algumas Instituições ou se encontravam a matriz curricular ou o Projeto Político Pedagógico. Das quatro que disponibilizavam a unidade curricular em apenas duas obtive a ementa. A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) apresentavam similaridades nos conteúdos propostos das outras IES, a UFBA se diferenciou ao salientar os aspectos educacionais e sociais do Surdo, devendo a isso a localização em um departamento de educação da unidade curricular de Libras.

Tanto a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) quanto a Universidade Federal da Bahia (UFBA) não mencionaram a unidade curricular de Libras no PPP nem em sua matriz curricular, dessa forma, como já explicado acima, considerou-se que essas IES não as disponibilizavam para seus alunos dentro do âmbito da enfermagem.

No estado da Paraíba se destaca a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) que ao reformular o currículo de enfermagem diminuiu a carga horária da unidade curricular de Libras de 60 horas para 30 horas. O PPP de 2015, o qual foi reformulado, não apresenta justificativa para tal diminuição de carga horária. Também não foi encontrado a ementa da referida unidade curricular em ambos os Projetos Político Pedagógicos. Já a Universidade Federal da Paraíba (UFPA) por apresentar

um curso de enfermagem de licenciatura plena e um de bacharelado possuía a unidade curricular de Libras atrelada ao departamento de Língua de Sinais da IES. Ao contrário de muitas unidades até aqui descritas ela não discute o aspecto clínico da surdez e sim os aspectos sócios históricos e linguísticos identitários do Surdo.

Em Pernambuco é importante destacar duas IES que apresentam posturas distintas em relação a disponibilidade da unidade curricular de Libras. O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), sendo o único aqui representado que apresenta um curso para formação de técnicos de enfermagem, tem em seu currículo uma unidade curricular preocupada com a reflexão sócio histórica do Surdo, de sua inclusão social, apresentando uma abordagem bilíngue em relação a educação do Surdo.

Esse apontamento se faz relevante, pois quando se pensa nessa abordagem logo se relaciona a Libras como primeira língua, ou sua língua natural, marcando o português em suas modalidades como segunda língua para a instrução (LACERDA; 1998; GESSER, 2009; GOES, 2009). Dessa forma, ao incutir isso no ensino se valoriza essa língua e conseqüentemente aquele que a usa, humanizando o ensino, podendo deixar o tecnicismo para trás.

Em contrapartida a Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) somente menciona em seu PPP essa unidade curricular, explicando que de acordo ao Decreto 5625/05 o curso a disponibiliza, contudo ela não aparece na matriz curricular nem dispõe de sua ementa. Isso demonstra, mais uma vez, uma postura protocolar perante a unidade curricular de Libras.

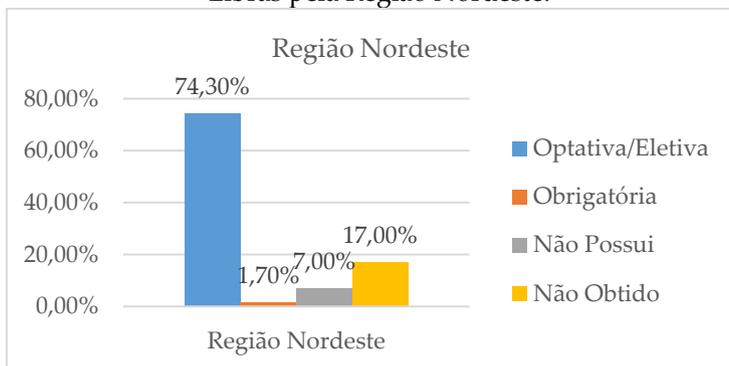
No estado do Ceará também houve uma dificuldade em encontrar os documentos, as IES Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Universidade Estadual do Ceará (UECE) não os disponibilizaram em seu endereço eletrônico. A única que disponibilizou um PPP com ementa foi a Universidade da Integração internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) a qual propunha um conteúdo voltado ao Surdo como sujeito cultural, relacionando sua língua aos processos históricos, além de focar nas noções linguísticas da Libras. Evidencia-se ainda nesse documento a preocupação com a formação do aluno para o desenvolvimento de competências e habilidades não específicas em sua área, a qual a Libras está inserida.

Germano (2003) aponta que o ensino por competências pautado pelo DCN de enfermagem privilegia o pensar criticamente, o pensar em saúde com o intuito de modificá-la. Dotar o aluno de habilidades e competências a fim de atuar e refletir diante da adversidade e complexidade do cotidiano de trabalho é essencial para a organização do currículo, conferindo terminalidade e capacidade profissional ao considerar as demandas e necessidades prioritárias da população. Isso propicia reflexões sobre o trabalhado cotidiano do enfermeiro nos serviços de saúde (KAISER, SERBIM, 2009).

Em comparação a isso a IES do estado do Piauí que disponibilizou o PPP apresenta, a Universidade Federal do Piauí (UFPI), em sua ementa da unidade curricular de Libras, os estudos clínicos da surdez aliado aos paradigmas sócio educacional, prezando a formação técnica da Língua de Sinais.

Visto isso, a forma como essas IES foi disponibilizada está distribuída no gráfico 2.

Gráfico 2. Tipo de disponibilidade da Unidade Curricular de Libras pela Região Nordeste.



Fonte: elaborado pelos autores.

Como 17% das IES não concedia os documentos necessários para que eu conseguisse analisar a disponibilidade da unidade curricular de Libras a quantidade de optativas e obrigatórias pode variar entre mais ou menos. Entretanto podemos observar a grande maioria que teve seu PPP examinado disponibilizavam de forma optativa ou eletiva essa unidade curricular, somente UFPA, por apresentar um curso de licenciatura plena, oferecia a unidade de forma obrigatória. Dessa forma, todos demonstraram estar em consonância com o Decreto 5625/05.

Entretanto, vale ressaltar que por mais que a análise acima demonstrasse uma quantidade pequena de IES preocupadas em formar o futuro enfermeiro em alinhamento com o possível público Surdo, o qual ele pode encontrar em seu cotidiano de trabalho,

evidenciando assim uma prática reflexiva com direcionamento sócio cultural, elas continuam oferecendo essa unidade curricular como optativa, ou seja, o aluno, em determinado caso, pode não a escolher, não sendo, então preparado para isso.

Abaixo damos continuidade a análise das IES distribuídas nas regiões do Brasil. A tabela 4 reuni as IES do Centro-Oeste.

Tabela 4. Distribuição da Unidade Curricular de Libras pelas IES do Centro-Oeste.

<b>REGIÃO CENTRO OESTE</b>			
<b>IES</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Libras</b>	<b>C/H</b>
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONÓPOLIS</b>	1	Não obtido	-
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO</b>	4	Eletiva	30h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO</b>	3	Obr/Op/ Np	64/32
<b>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA</b>	2	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO</b>	1	Optativa	64h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS</b>	2	Optativa	60h

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS</b>	2	Optativ a	45h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL</b>	2	Optativ a	68h/5 1h
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>		

Fonte: Ministério da Educação (e-MEC). Adaptado pelos autores.

Os 18 cursos de enfermagem dessa região estão distribuídos em nove Institutos de Ensino Superior. No estado de Mato Grosso a única IES que não disponibilizava os documentos foi a Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Na Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT) a unidade curricular de Libras é dada por profissional de Letras, uma vez que essa unidade está atrelada a esse departamento. Muito por isso sua ementa apresenta mais relação com esse departamento do que com a área de enfermagem, por exemplo ao expor noções sobre a prática da docência como também de tradução Libras/Português. O importante é que o ensino da Língua de Sinais é calcado no modelo bilíngue, como já dito anteriormente, que prioriza a Libras como língua primária e natural do Surdo.

Fato interessante é observado nos cursos de enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Ela oferece tal curso em 4 campi diferentes, disponibilizando tanto os PPP como a matriz curricular em seu endereço eletrônico. Ao analisar as informações contidas nos Projetos Políticos Pedagógicos do campus e compará-los a matriz do endereço eletrônico surgiram discordâncias no Campus de Rondonópolis. Em seu PPP está disposto que a unidade curricular de Libras de 64

horas é optativa, entretanto em seu endereço eletrônico ela aparece como obrigatória, na estrutura curricular mais recente. Além disso, como optativa aparece a unidade curricular denominada Libras aplicada à Saúde com 48 horas.

No Campus de Sinop a unidade curricular de Libras aparece como optativa, assim como em seu PPP, porém com a carga horária reduzida. Em Araguaia tanto o Projeto Político Pedagógico quanto a matriz curricular não mencionam o oferecimento dessa unidade curricular para o curso de bacharelado em enfermagem, dessa forma inferi que ela não a disponibiliza. No Campus de Cuiabá o PPP menciona essa unidade curricular, estando em consenso com a matriz disponibilizada no endereço eletrônico, ainda nesse Campus vale a menção de uma unidade curricular optativa denominada de Educação e Inclusão, demonstrando a ênfase dos PPPs da maioria dos campi em preparar o aluno para ser um profissional de enfermagem integral, preocupado com todos os aspectos do serviço de saúde, com importância a diversidade de pacientes que ele pode encontrar em seu cotidiano.

As ementas discursavam sobre o ensino das estruturas linguísticas da Língua Brasileira de Sinais, com vistas a desenvolver a prática de Libras em sua concepção visuo-espacial. Por meio do endereço foi encontrado a ementa para a unidade curricular de Libras aplicada à Saúde, dentre as conceituações históricas e sócio culturais do Surdo é relevante destacar o ensino de vocábulos técnicos em saúde, da ênfase na comunicação de emergência bem como na orientação da área de enfermagem e saúde.

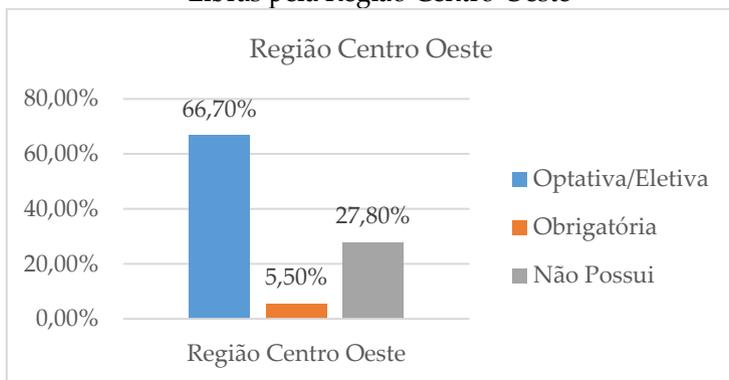
Essa situação observada é exemplo da autonomia proporcionada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, isso permitiu a formação de diferentes perfis profissionais adaptados a exigências do âmbito social em que está inserido (GERMAMO, 2003; DUARTE, VASCONCELOS, SILVA, 2016). Por isso, mesmo fazendo parte da mesma IES os campi puderam elaborar um PPP próprio que estava de acordo a realidade encontrada na região.

Já as IES do Distrito Federal não mencionaram a unidade curricular de Libras em seu PPP, no caso da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) ou apresentam uma ementa genérica, com aspectos instrumentalistas do ensino de Libras, como a Universidade de Brasília (UNB).

No estado de Goiás o ensino tecnicista de Libras acompanha o conteúdo apresentado pela IES do Distrito Federal, como de tantas outras. É no estado de Mato Grosso do Sul, com a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) que a unidade curricular de Libras toma o caminho sócio histórico do Surdo, destacando suas singularidades no modelo bilinguista. Denominado de Estudo de Libras, ela é oferecida em conjunto a Faculdade de Educação da IES, o que esclarece na ementa a menção do papel do professor e da prática docente. Mais uma vez, ela não vai de encontro as necessidades da área da saúde tão fundamental para a formação do profissional enfermeiro.

Visto isso, o tipo de disponibilidade dessa unidade curricular está organizado no gráfico 3.

Gráfico 3. Tipo de disponibilidade da Unidade Curricular de Libras pela Região Centro-Oeste



Fonte: elaborado pelos autores.

Novamente a grande quantidade das IES disponibiliza a unidade curricular de Libras de forma optativa. Destaca-se o Campus de Rondonópolis da UFMT na forma como essa unidade é oferecida. Mesmo sendo um curso de bacharelado, o que permitiria que ele preferisse oferecê-la de forma optativa, de acordo com o Decreto 5625/05, em vez disso foi escolhido a obrigatoriedade para cursá-la.

Oliveira e colaboradores (2012) apontam uma direção que possa ter influenciado tal posicionamento. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de enfermagem elencam recomendações a serem observadas na elaboração do currículo no intuito de garantir conhecimento gerais e específicos necessários para labor da profissão. Eles destacam que a Libras não é diretamente citada pelo documento, mas como o PPP deve ser direcionado para a realização de competências e habilidades, dentre elas a comunicação, as necessidades sociais de saúde conclamam um olhar específico para essa competência.

Destaca-se também a diversidade de cargas horárias que cada IES disponibiliza para o cumprimento do conteúdo, o que pode se relacionar com a necessidade do âmbito social associado a essa unidade curricular, ou seja, cada IES compreende a urgência dos serviços de saúde em sua região. Pode-se inferir que esse tempo é o suficiente para uma formação adequada do profissional, podendo ser aumentada ou diminuída dependendo da demanda, como é o caso do Campus de Sinop da UFMT, que reduziu sua carga horária na reformulação de seu PPP.

Com isso, chega-se a Região Sudeste ao qual a tabela 5 reúne as IES que apresentam o curso de enfermagem.

Tabela 5. Distribuição da Unidade Curricular de Libras pelas IES da Região Sudeste.

<b>REGIÃO SUDESTE</b>			
<b>IES</b>	<b>Quan- tidade</b>	<b>Libras</b>	<b>C/H</b>
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA</b>	1	Optativa	45h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA</b>	2	Obrigatória	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS</b>	1	Optativa	30h

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI</b>	1	Optativa	34h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS</b>	2	Optativa	40h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS</b>	1	Optativo	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE</b>	2	Optativa	30h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO</b>	1	Não possui	
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO</b>	1	Não possui	-

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS</b>	2	Obrigatória/ Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</b>	3	Não possui/Obri gatória	60h
<b>FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO</b>	1	Não possui	-
<b>FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA</b>	1	Não possui	-
<b>FACULDADE MUNICIPAL PROFESSOR FRANCO MONTORO DE MOGI GUAÇU</b>	1	Optativa	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO</b>	1	Optativa	60h
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>		

Fonte: Ministério da Educação (e-MEC). Adaptado pelos autores.

Os 29 cursos de enfermagem estão distribuídos em 23 IES públicas, sendo que o estado de Minas Gerais apresenta a maioria das IES da Região Sudeste.

Nesse estado a IES Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) foi a única que não apresentou a unidade curricular de Libras em seu PPP. Nele ela disserta acerca da disponibilidade do atendimento ao Surdo em vários âmbitos acadêmicos,

porém não explicita se o curso apresenta alguma unidade curricular com esse conteúdo.

Ao analisar as ementas das IES percebeu-se que apresentavam um direcionamento sócio histórico para o ensino de Libras, situando o Surdo como sujeito detentor dessa língua a qual é constituída sua identidade. Também não deixaram de enfatizar o conteúdo acerca dos aspectos gramaticais da Língua de Sinais. Novamente tal fato se deve a unidade curricular de Libras ser ministrada por outros departamentos, originados de cursos de licenciatura.

É importante destacar o posicionamento do curso de enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) a qual afirma em seu PPP a obrigatoriedade tanto do curso de licenciatura quanto do curso de bacharelado necessitarem participar da unidade curricular de Libras. Essa unidade está locada no Núcleo Ciências Humanas e Sociais que, de acordo com o referido Projeto Político Pedagógica:

Incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença, e Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS (UFU, 2018).

Também vale salientar a proposta da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) de disponibilizar duas unidades curriculares de Libras, a Libras I e Libras II para o formando de enfermagem. Ao investigar a ementa percebe-se que as duas se complementam, destacando o estudo de um glossário específico para a área da saúde.

Kaiser e Serbim (2009) ressaltam em sua pesquisa, feita por meio de entrevistas a formandos do curso de enfermagem, que o aspecto humanista do currículo é imprescindível para a formação plena, uma vez que irão desenvolver na sociedade aspectos que não lhes conferem somente o título de executor, mas também de propositores de políticas e práticas humanizadas. Dessa forma, adequar a formação do aluno às necessidades do sistema de saúde poderá contribuir para a efetivação de políticas públicas de saúde (SANTOS, 2003; CHAVEIRO; BARBOSA, PORTO, 2008; KAISER, SERBIM, 2009).

Quando se trata das IES do estado do Rio de Janeiro os dados disponibilizados estavam muito dispersos, somente foi disposto no endereço eletrônico o PPP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). A ementa deste é relevante pois explica que os alunos terão a unidade curricular de Libras ministrada por um professor Surdo, desenvolvendo vivências linguísticas por meio desse contato.

A outra ementa disponível é a da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) que descreve um conteúdo mais técnico baseado na estrutura da Língua de Sinais para o desenvolvimento de diálogos.

Já o estado de São Paulo é o que apresenta a maior quantidade de IES que não possuem alguma citação sobre a disponibilização da unidade curricular de Libras em seus Projetos Político Pedagógicos para a formação dos alunos de enfermagem.

Os cursos de enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), campus de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), do

campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) tiveram analisados seus PPP e os documentos providenciados pelas IES para o endereço eletrônico. Neles não se encontraram nenhuma citação a unidade curricular de Libras, nem outro indicativo para que pudessem oferecê-lo.

Podemos deduzir que como esses campi são todos relacionados a apenas uma área, o da saúde, e que não há licenciaturas que oferecem essa unidade curricular de forma obrigatória para, como aconteceu na maioria dos currículos analisados até aqui, dispô-las a outros cursos, não houve preocupação das IES em encontrar uma alternativa de oferecimento, como por exemplo, a modalidade Educação à Distância (EAD). Isso, porém não exime a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que apresenta em seu campus a graduação de Tradução e Interpretação em Libras/Língua Portuguesa, bem como o de Educação Especial.

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) não disponibilizou seu PPP, porém as unidades curriculares estão dispostas em seu endereço eletrônico juntamente com suas ementas. A IES oferece tanto a modalidade de licenciatura quanto a de bacharelado, dessa forma disponibiliza a Libras para formação dos seus alunos. Seu conteúdo versa sobre a constituição identitária do Surdo a partir de sua língua, tendo base na abordagem bilíngue. Dessa maneira, ela forma os alunos nas concepções culturais e sócio históricas do Surdo, contextualizando o ensino da Língua Brasileira de Sinais para os formandos.

Segundo Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) para um atendimento eficaz e humano ao Surdo é imprescindível

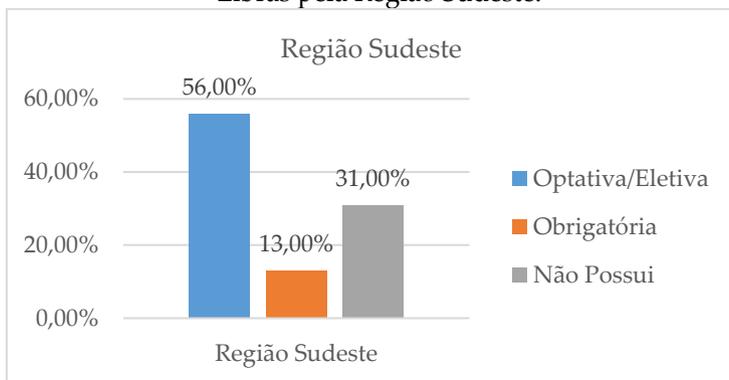
conhecer as particularidades linguísticas e culturais dessa comunidade o que favorece a interação entre paciente e profissional, reduzindo o desconforto causado pelas divergências das línguas usadas por cada um.

A Universidade de São Paulo (USP) também apresenta em seus campi o curso de enfermagem na modalidade de licenciatura e de bacharelado. Tanto as matrizes curriculares quanto os PPPs do curso de bacharelado em enfermagem dos dois campi da USP não citavam a unidade curricular de Libras. Em licenciatura essa unidade é agregada ao conteúdo de educação inclusiva, denominada *de Educação Especial e Libras na Perspectiva da Educação Inclusiva*, assim sendo o conteúdo abordado não só analisa os aspectos linguísticos, mas sim traz um panorama histórico e cultural das pessoas com deficiência.

No Estado do Espírito Santo apenas uma IES apresenta o curso de enfermagem, a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A unidade curricular de Libras é oferecida, entretanto por não haver em seu endereço eletrônico o PPP completo nem as ementas das unidades curriculares não pude analisar em qual perspectiva é formado o aluno de enfermagem.

Visto isso, o gráfico 4 reúne os tipos de disponibilidade dessa unidade curricular nas IES da Região Sudeste.

Gráfico 4. Tipo de disponibilidade da Unidade Curricular de Libras pela Região Sudeste.



Fonte: elaborado pelos autores.

Podemos perceber que essa Região é a que apresenta maior quantidade de IES que não mencionam em seus documentos a disponibilidade para o aluno de enfermagem da unidade curricular de Libras. Isso, de certa maneira, vai contra o Decreto 5625/05 que:

3º A Libras deve ser inserida como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício do magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de Fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, do sistema federal de ensino e dos sistemas de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º Todos os cursos de licenciatura, nas diferentes áreas do conhecimento, o curso normal de nível médio, o curso normal superior, o curso de Pedagogia e o curso de Educação Especial são considerados cursos de formação de professores e profissionais da educação para o exercício do magistério.

§ 2º **A Libras constituir-se-á em disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional**, a partir de um ano da publicação deste Decreto. (BRASIL, 2005).

O documento frisa (grifo dos autores) a constituição optativa aos cursos de bacharelado, ou seja, mesmo que esteja nessa modalidade o curso ainda deve oferecê-lo. Pelo Decreto as IES teriam 10 anos para adequar seus currículos o que findaria em 2015, dessa forma percebe-se que não cumpriram o dever estabelecido pela Lei.

Em contrapartida, se observa a maior porcentagem dentre as Regiões do Brasil de unidades obrigatórias, demonstrando que a necessidade na formação do enfermeiro para o atendimento ao paciente Surdo usuário de Libras se faz presente.

Assim chegamos a Região Sul, a tabela 6 reúne as informações das IES que apresentam os cursos de enfermagem.

Tabela 6. Distribuição da Unidade Curricular de Libras pelas IES da Região Sul.

<b>REGIÃO SUL</b>			
<b>IES</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Libras</b>	<b>C/H</b>
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ</b>	1	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ</b>	2	Obrigatória	51h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA</b>	1	Optativa	51h

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ</b>	1	Não possui	-
<b>INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PARANÁ</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE</b>	1	Optativa	68h
<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE DO PARANÁ</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ</b>	2	Obrigatória /Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b>	1	Não possui	-
<b>FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA</b>	2	Optativa	60h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</b>	1	Optativa	30h
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA</b>	2	Optativa	60h

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b>	1	Optativa	72h
<b>UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA</b>	1	Não possui	-
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA DO SUL</b>	1	Optativa	60h
<b>INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA</b>	1	Optativa	40h
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>		

Fonte: Ministério da Educação (e-MEC). Adaptado pelos autores.

O Estado do Paraná é aquele que apresenta a maioria das IES com cursos de enfermagem da Região Sul, totalizando 10 entre as 23 oferecidas na região, talvez por isso também é o Estado em que se acentua o número de IES que não citam em seus PPPs e/ou matriz curriculares a unidade curricular de Libras.

Ao analisar as ementas das IES que oferecem a unidade curricular percebe-se a importância dada a cultura e identidade do Surdo, tendo como identidade sua língua, a Língua Brasileira de Sinais, não focando somente no estudo técnico dessa língua. Elas também explicitam seu viés numa abordagem bilíngue. Essa discussão presente no conteúdo é relevante pois faz com que futuro enfermeiro entenda que a Libras é uma língua legítima da comunidade surda sendo socialmente e historicamente construída não dissociada do ser que a

comunica (SKLIAR, 1998; DALCIN, 2006; QUADROS, KARNOPP, 2007; GESSER, 2009).

Dentre as IES é importante destacar a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) que oferece duas unidades curriculares de Libras, a *Libras I* e *Libras II*, as quais se complementam, sendo a segunda continuação da primeira, oportunizando o aluno a se aprofundar na língua, a fim de desenvolver uma comunicação mais eficaz.

É justamente essa comunicação que é necessária ao enfermeiro para o atendimento ao Surdo, uma vez que é por meio dela que ele compreenderá a necessidades desse paciente, sendo considerado pelos profissionais fator fundamental no desenvolvimento dos processos de enfermagem, dado que ela identificará os sinais, sintomas e problemas que acometem o paciente, dessa forma sua eficácia se torna imprescindível aos serviços de saúde (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006; TEDESCO, JUNGES, 2013; SOUZA et al, 2017)

Outra IES que se pode destacar é a Universidade Federal do Paraná (UFPR), por possuir um curso de licenciatura e outro de bacharelado ela disponibiliza para ambos a unidade curricular de Libras, denominado de *Comunicação em Língua Brasileira de Sinais Libras: Fundamentos da Educação Bilíngüe para Surdos*. Identificada como disciplina pedagógica ela parte de pressupostos sócio históricos para discutir a Libras, calcado na abordagem bilíngüe como o título diz. Diferente da UFPR a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) oferece apenas o curso de bacharelado, contudo em seu PPP aparece a citação da inclusão da unidade curricular de Libras pelo Decreto 5625/05 na matriz curricular como parte da formação integral do

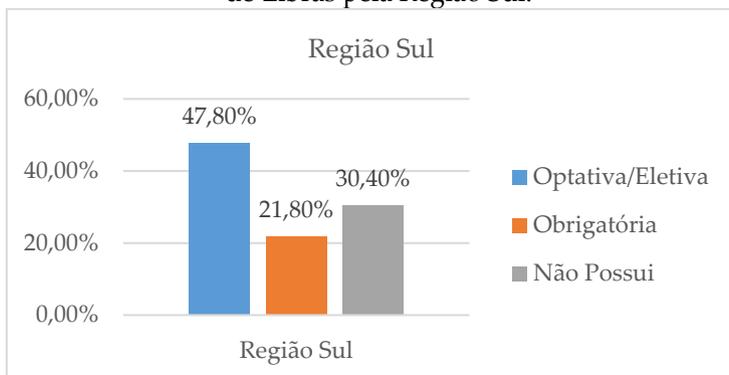
aluno enfermeiro, não a considerando como unidade complementar do currículo, inferindo sua obrigatoriedade ao cursar o 4º ano.

No Estado de Santa Catarina as IES que disponibilizaram a unidade curricular de Libras tinham em sua ementa conteúdos voltados a cultura e identidade do Surdo e uma visão contemporânea da inclusão com o ensino das estruturas linguísticas da Língua de Sinais. A Universidade Federal da Fronteira do Sul (UFFS), diferentemente das outras, aponta para estudos das tecnologias voltadas a surdez bem como seu aspecto clínico. Demonstrado ainda a necessidade de se abordar esse tipo de conteúdo em um curso da área da saúde.

Das IES do Estado do Rio Grande do Sul duas não possuem menção da unidade curricular de Libras em nenhum documento disposto em seus respectivos endereços eletrônicos. Dentre as que ofereciam a unidade curricular, somente a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) disponibilizava sua ementa, que atrelada ao Departamento de Educação dispunha acerca dos saberes da cultura surda bem como o uso do conhecimento de Libras para a comunicação com a pessoa surda. Vale ressaltar que no PPP da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) os alunos deveriam escolher entre as disciplinas complementares, a qual a Libras faz parte, a fim de cumprir uma carga horária obrigatória.

Com isso, o gráfico 5 demonstra o tipo de disponibilidade da unidade curricular de Libras pelas IES.

Gráfico 5. Tipo de disponibilidade da Unidade Curricular de Libras pela Região Sul.



Fonte: elaborado pelos autores.

Podemos perceber, como na Região Sudeste que há uma grande quantidade de IES que não oferecem a unidade curricular de Libras, a relação entre as oferecidas obrigatoriamente também cresce em porcentagem comparando-se com a quantidade total das IES, muito pela decisão da UNIOESTE de dispor a Libras de forma obrigatória para os cursos de bacharelado em enfermagem. A disponibilidade como optativa ainda é a escolha mais frequente entre as IES, indo em consonância as outras regiões do Brasil. Cabe ressaltar que a Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) dispõe sua unidade curricular da forma de Educação a Distância (EaD).

Em relação as IES que aparentemente não oferecem a unidade curricular de Libras, por mais que seus Projetos Políticos Pedagógicos estejam de acordo com as DCN de enfermagem eles não citam o Decreto 5625/05 na reformulação dos PPPs e conseqüentemente não se

acordam com ele na disponibilização da Libras de forma optativa para seu curso de graduação.

Trazendo como exemplo a Universidade Estadual de Maringá (UEM) a apresentação do curso em seu PPP cita o alinhamento deste com o modelo assistencial do SUS, salientando a formação de estratégias de articulação com os serviços de saúde. Entretanto, como destaca Lopes, Soares e Bohush (2014) o SUS preconiza a universalidade da assistência por meio de suas diretrizes, de equidade, integralidade e universalidade de seus serviços, incluindo aí os serviços prestados as pessoas com deficiência. Ao impossibilitarem que o futuro enfermeiro não tenha tal formação a IES deixa de proporcionar esses princípios ao local onde ele possa trabalhar.

Analisando o currículo de enfermagem Germano (2003) destaca que a LDB e especificamente as DCN constroem um novo paradigma para a educação na área da enfermagem; a relação educação/trabalho.

Ela nos explica que a partir do momento que a DCN preconiza a relação de formação profissional atrelada ao SUS e, dessa forma, referenciada aos serviços de saúde, termina-se para a contribuição da sustentação dos princípios disseminados por ele. Assim, as urgências apontadas pelo Sistema Único de Saúde devem ser supridas pela formação dos profissionais que irão atuar nele.

Atrelada a ele as políticas norteadoras para o atendimento correspondentes aos seus princípios, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2020) e nesse caso, especificamente a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004), a qual determina o atendimento ao Surdo e garante seu acesso à saúde, além de promover a educação para uma

assistência qualificada, devem ser levadas em conta na elaboração do Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em enfermagem.

Santos (2003) destaca que o DCN objetiva dotar os profissionais dos conhecimentos requeridos para a profissão, desenvolvendo as competências e habilidades tais como a atenção à saúde, tomada de decisões, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente e comunicação, sendo que essa última é base para o atendimento humanitário e eficaz. Tais competências e habilidades devem conduzir o ensinar, levando-o a compreender as necessidades que o cerca.

Assim sendo, quando as DCN apresentam um delineamento que abarca o SUS e as IES desenvolvem seu Projeto Político Pedagógico a fim de suprir as necessidades desses serviços elas deveriam se questionar a quem elas se destinam e quais os reais impactos dessas práticas de saúde construídas dentro do currículo.

Para Bagnato (2012) o processo de formação na área da enfermagem deve passar por essa reflexão, quem são esses sujeitos/pacientes, em qual contexto social, cultural e político estão inseridos, dando espaço para discussões sobre políticas sociais, como aquelas relacionadas a grupos minoritários e minorias, pensando na distribuição dos cuidados a saúde para a população, considerando, portanto, as necessidades reais desses sujeitos.

Nesse momento, após analisar todas as IES que oferecem o curso de enfermagem em relação a unidade curricular de Libras podemos perceber que a forma como ela é apresentada é diversa, do mesmo modo que o Brasil é diverso em suas necessidades. Embora o Surdo, mesmo sendo considerado uma minoria, apresenta uma língua que

não é a hegemônica e por isso necessita de um atendimento específico, as IES frequentemente escolheram tratar a Libras como unidade curricular optativa.

Apple (2006) analisa que o currículo não é um conjunto neutro de conhecimento, ele é sempre parte de uma tradição seletiva, ou seja, resultado da seleção de alguém, da visão de algum grupo acerca do que seja, para eles, o conhecimento legítimo. Dessa forma, esse conhecimento passa por um crivo, por escolhas, por considerações de qual a melhor direção para a aprendizagem. O autor ressalta que esse processo está sempre relacionado ao domínio e subordinação, aqueles em maioria têm maior peso em suas escolhas em detrimento das minorias.

Indo nessa direção, podemos compreender que aquele que pensa o currículo e a maneira de abordá-lo em relação as necessidades de uma população é o ouvinte, aquele que está em situação de dominador. Dessa maneira, as propostas acerca da aprendizagem são pensadas no âmbito que o cerca, privilegiando seus problemas e ações resolutivas legados a eles. Portanto, como aponta Bagnato (2012) há necessidade de mudanças no paradigma hegemônico presente ao longo da história nas propostas curriculares que privilegiam certos conhecimentos em detrimento a outros, sobretudo aqueles que propõe modificações nas relações entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde.

Assim, mesmo que as IES ofereçam um conteúdo que preze pela abordagem bilíngue, pelo saber sócio histórico e cultural e traga a Libras como componente identitário do Surdo o aluno ainda pode escolher não cursar essa unidade curricular, se distanciando da compreensão dos

aspectos constituintes desse ser humano e paciente, entretanto em seu cotidiano profissional ele não poderia escolher não o atender.

Dessa forma, as consequências dessa formação podem ser observadas nos tópicos subsequentes.

### **As Inquietações acerca do Atendimento aos Pacientes Surdos**

Para que se compreendesse o que os dados estavam apontando as entrevistas foram redigidas e dispostas em documento Excel. As conjecturas poderiam vir a partir de uma leitura geral, e assim foi feito, como Bardin (2011) a denomina, uma leitura flutuante.

As questões direcionadas aos participantes foram base para as categorias temas, uma vez que funcionaram como delimitador do conteúdo da resposta. Descobriu-se que os temas das respostas tanto das entrevistas com os técnicos de enfermagem e enfermeiros quanto com os pacientes Surdos versavam sobre os mesmos assuntos como as falhas de comunicação, o atendimento e o infortúnio da falta de informação. Já as subcategorias foram construídas analisando a frequência de um mesmo conteúdo, passando pelo processo de codificação primeiramente e posteriormente pela categorização, levando em consideração as unidades de contexto.

Para a análise essas questões foram agrupadas em semelhança, tendo assim resultado várias subcategorias. Para a criação delas foi levado em consideração a interligação entre as respostas dos participantes dos grupos entrevistados.

Essa apuração para formação dos eixos subcategoriais mostrou-nos uma complementaridade nas falas dos técnicos de enfermagem e enfermeiros para com a dos pacientes Surdos, porém em um sentido contrário de necessidades, no quesito de formação e profissionalização dos primeiros e física, psicológica e urgente dos segundos, como pode ser observado a seguir.

Na análise das entrevistas com a equipe de enfermagem, os participantes foram denominados *Enf.* quando enfermeiro e *Tec. Enf.* quando técnico de enfermagem. Cada um acompanhado de um número.

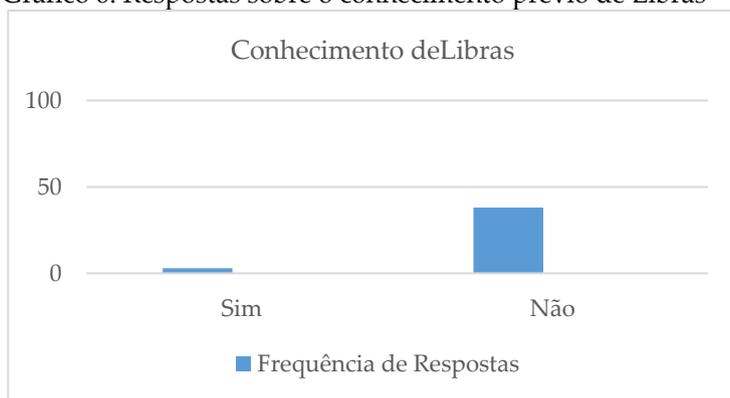
### **Comunicação com os pacientes Surdos**

A comunicação é compreendida como uma forma de conhecer e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, como consequência o modo como se dá esse intercâmbio exercera influência no comportamento das pessoas envolvidas. Quando se tem os serviços de saúde essa relação se denomina comunicação terapêutica a qual configura-se como a habilidade dos profissionais de saúde em utilizar seus conhecimentos para ajudar as pessoas com tensão temporária, a superarem seus problemas, conviverem com os outros, conseguirem visualizar a experiência vivida, enfrentarem bloqueios da autorrealização e a auxiliar no encontro de novos padrões de comportamento (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; BRITTO, SAMPERIZ, 2010; STEFANELLI, CARVALHO, ARANTES, 2012).

Visto isso, os dados coletados acerca das entrevistas com a equipe de enfermagem estão ordenados abaixo. Para uma melhor visualização foi montado o Gráfico 3

que indica a frequência de respostas sobre o conhecimento de Libras.

Gráfico 6. Respostas sobre o conhecimento prévio de Libras



Fonte: elaborado pelos autores.

Dessa forma, podemos compreender que de todos os 41 técnicos de enfermagem e enfermeiros, poucos (apenas 3) conheciam Libras, os outros 38 participantes não a conheciam. Entretanto é imprescindível destacar que esse conhecimento não necessariamente se trata do aprendizado de Libras ou de sua fluência. Interpelados sobre isso esses participantes disseram conhecer, mas não praticar frequentemente tal Língua. Esse pronunciamento faz mais sentido quando analisadas as questões subsequentes.

O uso da Libras é ponto mais controverso acerca dos serviços de saúde, o Surdo como usuário da Língua de Sinais não encontra respaldo no atendimento o que provoca um bloqueio na comunicação. Quando esse bloqueio ocorre entre paciente e o profissional é produzido então um grande obstáculo para a promoção

da saúde. (CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; SANCHES et al., 2019)

Brito e Samperiz (2010) destacam em sua pesquisa que a grande maioria usa outros tipos de comunicação em detrimento a Libras, muito porque não houve formação ou orientação no ambiente de trabalho. Para Trecossi e Ortigara (2013) o conhecimento da Língua de Sinais por ouvintes é uma ação (re) socializadora do ser humano Surdo, valorizando seus sentimentos e relações, proporcionando um ambiente acolhedor.

É a partir da comunicação adequada que o profissional poderá ajudar o paciente e a conceituar seus problemas e juntamente enfrentá-los, demonstrando sua participação na experiência, ajudando a encontrar um melhor mecanismo para solucioná-los (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007).

A tabela 3 indica o tipo de comunicação que foi e é usada pela equipe quando há pacientes Surdos. No total, três apenas não tiveram contato com esses pacientes, os outros todos foram afirmativos para essa questão, apresentando as técnicas não-verbais ou alternativas para essa comunicação se fazer presente. Dentre eles apenas dois assinalaram que usavam Libras, porém, como descrito acima, nenhum deles são fluentes ou conhecem a Língua de Sinais profundamente, ou seja, usam alguns sinais misturados com gestos para se fazerem entender.

Tabela 7. Tipo de Comunicação com o Paciente Surdo.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de Respostas</b>
Gesticulação/mímica	18
Leitura Labial	10
Escrita	4
Por meio do acompanhante	9
Nunca atenderam	3
Libras	2

Fonte: elaborado pelos autores.

Analisando a tabela podemos observar que a grande maioria (34) usam técnicas de comunicação não-verbais. Para Ramos e Bortagarai (2012) esse tipo de comunicação abrange 93% das possibilidades de expressão, sendo mais da metade dados pelos sinais corporais, como gesto, olhar, postura e expressões faciais, características que individualizam o ser humano dentro de seu contexto. Essa comunicação pode ser usada para complementar ou substituir a comunicação verbal (STEFANELLI, CARVALHO, ARANRES, 2012).

Desse modo, a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo a ela sentimentos e emoções, qualidades humanas geradas em um contexto ao qual permite a pessoa, seja ela o paciente ou o profissional, não somente perceber e compreender o que significam as palavras como também entender os sentimentos daquele que transmite a informação. (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; RAMOS, BORTAGARAI, 2012; STEFANELLI, CARVALHO, ARANTES, 2012).

Daqueles que usam a comunicação não verbal 23 não usam mímica ou gesticulação para se comunicar com o paciente Surdo. Dentre esse tipo de comunicação estão a

*escrita e a leitura labial*, esse último, como discursa a *Enf. 08*, é usado sem saber se o interlocutor conhece tal tipo de comunicação já o primeiro normalmente vem associado ao segundo, como pode-se notar na fala do *Enf. 12*.

*“Tento falar calmamente para observar se o mesmo faz leitura labial”*  
(*Enf. 08*)

*Gestos e escrita (Enf. 12)*

A leitura labial é a segunda que mais se destaca entre os usos dos tipos de comunicações não-verbais, porém não é tão eficaz uma vez que necessita que ambos saibam a postura correta para que seja efetiva (PEREIRA et al., 2019; SANTOS et al., 2020).

Como a escrita e a leitura labial são parte ou estão ligadas diretamente com a Língua Portuguesa, os profissionais da saúde se sentem mais confortáveis em usá-los no atendimento, porém como isso não é verdade para os pacientes Surdos, frustrações e insatisfações acabam acometendo ambos (TEDESCO, JUNGES, 2013; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019).

Dessa forma, cabe a equipe de enfermagem conhecer os mecanismos de comunicação que poderão facilitá-la, melhorando o desempenho de suas funções, como profissional, em relação com o paciente. (PAGLIÚCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; SOUZA et al., 2017; SANCHES et al, 2019).

Outro relato comum foi o uso de familiares e acompanhantes (9) para se fazer entender pelos pacientes Surdos, como afirma o *Enf. 10*. O relato da *Téc. Enf. 05*, revela um comportamento usual quando esta situação se apresenta.

*Geralmente tem acompanhante (Enf. 10)*

*Geralmente o que o familiar relata (Tec. Enf. 05)*

Ela nos diz que em um procedimento padrão, como a anamnese, o diagnóstico clínico e a prescrição, a conversação se dá direto com o acompanhante, deixando a margem esse paciente, impedindo-o que se expresse livremente (PEREIRA et al., 2019; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019).

Por mais que esse tipo situação seja mais fácil e preferível, uma vez que o profissional pode falar livremente e pode ser entendido em sua língua, diversos podem ser os entraves para o paciente Surdo, como a codependência de um parente e a tradução com viés do acompanhante (SANTOS, et al., 2020; BRITO, SAMPERIZ, 2010).

A *gesticulação e mímica* também se fazem presentes nas respostas dos participantes, como diz o *Téc. Enf. 18*, demonstrando o uso da gesticulação mais como apontamento do que uma forma de comunicação eficaz.

*Gesticulando a medicação que vou realizar e mostrando a ficha de atendimento (Téc. Enf. 18)*

Entretanto, por mais que essa técnica seja a segunda mais usada (18) para a comunicação pelos participantes nem sempre é a mais eficaz para a compreensão do discurso, como aponta o *Téc. Enf. 15*, tendo a fala complementada pelo *Enf. 06*.

*“Tento fazer gestos que ele possa entender, mas nem sempre fica claro para ele (Tec. Enf. 15)”*

*Preciso prestar atenção para entender o máximo possível (Enf. 06).*

De fato, a mímica ou gesticulação, como comunicação não-verbal, pode ajudar inicialmente no atendimento, por meio de apontamento da região da dor ou local do ferimento, porém no decorrer na consulta ou anamnese os outros procedimentos podem sofrer falha na comunicação por serem mais complexos de serem explicados e apresentarem termos específicos. (PEREIRA et al, 2019).

Dessa forma, a comunicação não-verbal e o uso de acompanhantes são a preferência da equipe de enfermagem quando se trata do atendimento ao paciente Surdo. É importante destacar que seu uso em detrimento ao Libras é a falta de conhecimento fluente dessa língua.

### **Atendimento aos pacientes Surdos**

Um dos passos importantes para o diagnóstico e encaminhamento para um médico ou tratamento é a triagem, Entre a equipe de enfermagem, esse processo se dá por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a qual é composta do histórico do paciente, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. A anamnese e o exame físico são parte desse procedimento e garantem a realização do diagnóstico o que possibilita o planejamento da assistência, o acompanhamento e a evolução do paciente (COMISAE, 2014).

É dessa forma que o sistema de serviço de saúde se estrutura, pois o SAE favorece a implantação de padrões e critérios para a assistência (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006). Quando o paciente é recebido existe uma

uma gama de procedimentos que precedem o seu atendimento.

Esses procedimentos devem atender todos os tipos de pacientes e de acordo com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012) os pacientes Surdos têm direito ao acesso qualificados a esses serviços. Porém o que se observa na prática se distingue daquilo que está escrito. A tabela 4 abaixo demonstra as subcategorias reunidas pelas falas dos enfermeiros acerca da forma como aplica os procedimentos usados por eles no atendimento ao Surdo.

Tabela 8. Procedimentos no atendimento ao Paciente Surdo.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de Respostas</b>
Uso de Gestos	8
Informações por meio de acompanhantes	10
Informações por meio da escrita	1
Desconhecem procedimentos	18
Informações por meio da leitura labial	2

Fonte: elaborado pelos autores.

A tabela revela que poucos usam a escrita (1) para aplicar os procedimentos necessários de um atendimento. Isso se deve pela dificuldade de compreensão do português na modalidade escrita por parte dos Surdos (DALCIN, 2006; GOLDFELD, 2002;) como também o linguajar técnico e sistemático da área da saúde (CARDOSO; RODRIGUES, BACHION, 2006; PAGLIÚCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; SANCHES et al, 2019). Esse último é parte inerente dessa área e tanto ouvintes quanto Surdos apresentam dificuldade em compreender, porém se faz importante, justamente, o

diálogo que ressignifica as palavras complexas em um sistema inteligível para o paciente.

É nesse quesito que as respostas agrupadas nas subcategorias nos fazem refletir sobre a compreensão dos procedimentos pelos pacientes Surdos. Como podemos observar eles são realizados sem um delineamento, cada profissional da saúde o faz da maneira que lhe é conveniente. O *Enf. 10* e o *Tec. Enf. 05* usam dos acompanhantes para explicar os procedimentos e aplicá-los.

*“Geralmente o paciente vem com acompanhante quando preciso tentamos a comunicação por gestos” (Enf 10)*

*“Se enrolam bastante e procuram um familiar para ajudar” (Tec. Enf. 05)*

É relevante a fala do técnico de enfermagem, uma vez que ele infere a imprescindibilidade do acompanhante, pois sem a ajuda dele o atendimento pode se tornar inviável pela falta de entendimento.

Essa circunstância não é benéfica ao analisarmos a maneira com que esse serviço de assistência ocorre. Fica claro que, quando se trata de pacientes Surdos, não há uma Sistematização de Assistência de Enfermagem para eles. Apesar deles serem pacientes que precisam passar pelos mesmos procedimentos que qualquer outro paciente ouvinte, a estrutura do serviço não contempla sua especificidade linguística e não apresenta um SAE que lhes contemple.

A resolução COFEN 358/09 (BRASIL, 2009) determina que a SAE seja instituída em instituições públicas e privadas aos quais prestem cuidados profissionais de enfermagem, uma vez que traz vantagens tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem, uma vez que possibilita a melhoria na

qualidade de assistência. Dessa forma, a equipe de enfermagem poderia se beneficiar de diretrizes específicas no caso de pacientes Surdos e não se sentirem incapacitados para o atendimento (FRANÇA et al., 2016; PEREIRA et al., 2019; SANTOS et al., 2020)

Outras técnicas não-verbais também foram usadas, mas em menor frequência, como a leitura labial (2) e os gestos (8), como podemos avaliar na fala do *Enf. 08* e o *Tec. Enf. 19*. O primeiro usa técnica de leitura labial, enquanto o outro a mímica para tentar desenvolver o procedimento com o paciente.

*“Procurar deixá-lo o mais calmo possível gesticulando alguns sinais com a boca para que o mesmo possa nos entender um pouco melhor”*  
(*Enf. 08*)

*“Gesticulando com as mãos”* (*Tec. Enf. 19*)

Tais diversificações na assistência ao paciente Surdo parece ser uma consequência, novamente, da não sistematização desses atendimentos. França e colaboradores (2016) destacam que as dificuldades de compreensão podem ser diminuídas se, em adição aos métodos usados pelos profissionais da saúde, fossem usados materiais ilustrativos, manuais, cartazes, peças anatômicas e aparelhos eletrônicos, podendo garantir um vínculo e uma interação maior com o paciente.

A tabela ainda nos mostra o desconhecimento de procedimentos (18) desenvolvidos para esses pacientes aos quais o *Tec. Enf. 20* e o *Enf. 2* evidenciam.

*“Não tive educação continuada sobre esse tema”* (*Tec. Enf. 20*)

*“Realmente não se tem um processo. Geralmente contamos com o acompanhante mas devemos ter orientação e conhecimento de Libras”*  
(*Enf. 2*)

A falta de orientação, como destaca o enfermeiro, é um ponto significativo dentro da cadeia de informações que a Atenção Básica à Saúde deve organizar sobre o paciente para que seja efetuada o melhor tratamento. Sem ela o profissional, como podemos observar a partir da análise desses dados, fica a margem da especulação, daquilo que ele encontra como melhor ferramenta para recolher as informações (TEDESCO, JUNGES, 2013; SOUZA et al., 2016; SANCHES et al., 2019; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019). Entretanto essa constatação se diz respeito a eles e não aos pacientes Surdos.

Outra questão que pode ser levantada é a confiabilidade dessas informações que serão transmitidas para as outras esferas dentro do Complexo de saúde, seja ele a UBS ou o Pronto Socorro. Visto que elas não são organizadas por meio de procedimentos sistematizados, as informações podem não ser as mais verídicas e alinhadas com a realidade do paciente Surdo.

Essas constatações ficam mais evidentes quando se analisa as respostas da equipe de enfermagem acerca das suas considerações ao seu preparo para o atendimento dos pacientes Surdos.

Tabela 9. Preparo para o atendimento ao Paciente Surdo.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de Respostas</b>
Não buscam formação	26
Não se sentem preparados	8
Aprimoramento individual	7

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao analisar a tabela acima podemos constatar que a maioria dos entrevistados não se sentem preparados (5)

e/ou não buscam essa formação (26) para atender o paciente Surdo. A maioria das respostas coletadas versam em “*nada*” ou “*no momento nada*”, e por isso não serão destacadas aqui como até então.

O significado dessas falas trata-se da estagnação formativa perante uma demanda. A maioria da equipe de enfermagem afirma que nada faz ante as necessidades dos pacientes Surdos e conseqüentemente não se sentem preparados para atendê-los. Portanto, a partir disso não estão se movendo em direção a uma formação a fim de modificar a realidade desse paciente.

Com efeito, as pesquisas (PAGLIÚCA, FIUZA, REBOUÇAS, 2007; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008; BRITTO, SAMPERIZ, 2010; TRECOSI, ORTIGARA, 2013; TEDESCO, JUNGES, 2013; SOUZA et al., 2017; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019; PEREIRA et al., 2019; SANCHES et al., 2019; SANTOS et al., 2020) demonstram que os profissionais da saúde ainda padecem de formação e informação sobre os pacientes Surdos. Não importa o ano em que essas pesquisas foram realizadas a grande maioria dos profissionais ainda se sentem incapacitados para agir a frente de um atendimento com um paciente Surdo.

O cuidado profissional de enfermagem é um fenômeno resultante de um empreendimento humano desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoamento em atividades de educação permanente a qual resulta em uma prática reflexiva e crítica dos profissionais de enfermagem (MALUCELI et al., 2010).

O empenho individual de se buscar uma formação continuada faz parte da integralidade de qualquer profissão, quando percebemos uma área deficitária é

imprescindível que haja a busca para suprir tal demanda. Assim, não é a totalidade dos profissionais que se estagnam diante das adversidades, porém a busca é sempre de conhecimento nunca se finda.

Um dentre os entrevistados, o *Tec. Enf. 22*, se mostrou voluntarioso e sensibilizado com os questionamentos da pesquisa e diz mudar sua postura perante a necessidade dos pacientes Surdos.

*“Ainda não pensei criteriosamente sobre, mas irei fazer diferente e buscar” (Tec. Enf. 22).*

Esse aprimoramento individual recai sobre poucos (7) da equipe de enfermagem. Alguns se destacam e demonstram em suas respostas que estão a busca de formação, como explanam o *Tec. Enf. 11* e o *Enf. 06*.

*“Me aprimorando e dando um atendimento humanizado, sem preconceitos” (Enf. 06).*

*“Tentando aprender pela internet” (Tec. Enf. 11).*

Esses discursos apresentados pela equipe de enfermagem expõem uma realidade nesse ambiente de trabalho: a falta de formação para atender os pacientes Surdos.

Dessa forma, faz-se necessário a ampliação da cultura de qualidade nos serviços de enfermagem, desenvolvendo uma reflexão sobre a assistência de enfermagem e seus processos na busca por uma melhora assistencial contínua (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006; SIMÕES et al, 2009; MALUCELLI et al., 2010)

Demonstramos até aqui que existe uma gama de cursos que disponibilizam de forma optativa a unidade

curricular de Libras, mas o que foi percebido é que uma ínfima parte dos estudantes se compraz desse público. O que talvez indique que a Libras não deva ser somente a única disposta no currículo e também que outros conteúdos sejam abordados.

Essa formação seja ela inicial ou continuada não deve prescindir das necessidades de uma população, principalmente, quando se trata da Atenção Básica à Saúde. Dessa forma, a demanda é fator importante para se pensar em protocolos ou atualizações do currículo, por exemplo. Quando nos referimos a comunidade surda, essa minoria linguística, como demanda específica, já criamos uma necessidade de aperfeiçoamento, pois ela é público e paciente. Dessa forma, tanto as Instituições de Saúde bem como as Instituições de Ensino Superior, alinhadas com as diretrizes do SUS, deveriam capacitar melhor os profissionais da saúde.

### **Saúde para os pacientes Surdos**

Muito se tem pesquisado sobre o atendimento ao paciente Surdo, porém com o viés daquele que o atende, demonstrando suas necessidades, expondo suas falhas e buscando uma maneira de aprimorar esse serviço (PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; CHAVEIRO; BARBOSA, PORTO, 2008; BRITO, SAMPERIZ, 2010; TRECOSSI, ORTIGARA, 2013; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019; SANCHES et al, 2019; SANTOS et al, 2020;; SOUZA et al., 2017; PEREIRA et al., 2019), como discutido acima. Porém o discurso daquele que é atendido também é importante, talvez mais relevante (SANTOS, SHIRATORE, 2004; LESSA, ANDRADE, 2016;

PIRES, ALMEIDA, 2016; NEVES, FELIPE, NUNES, 2016; CARDOSO, RODRIGUES, BACHIO, 2006; IANNI, PEREIRA, 2009; PEREIRA et al., 2017; FREITAS, et al., 2020). É dessa forma que os tópicos subsequentes demonstram as necessidades, anseios e frustrações dos pacientes Surdos.

Os participantes da pesquisa foram aqui denominados de S1, S2 e assim por diante, respeitando o anonimato de todos.

### **Comunicação com os profissionais da saúde**

Inicialmente foi perguntado se os pacientes costumavam usar o serviço de saúde ao que todos responderam afirmativamente. A partir disso foram questionados qual seria a melhor maneira de ser atendido. As respostas se apresentam em uma direção; a da necessidade de se fazer entender por meio da Libras, como relata os Surdos S1 e S2.

*“Consulta seria melhor com interprete. Deveria ter interprete em todos os lugares, no hospital, na prefeitura, na polícia” (S1)*

*“Melhor enfermeiro, médico saber Libras, muito difícil quando não saber. Existem muitos Surdos, mas nenhum Surdo é atendido em Libras” (S3)*

As falas destacadas nos revelam a compreensão da realidade que lhes é imposta dentro da Atenção Básica à Saúde. O primeiro, percebendo o desfalque na compreensão de sua língua, por meio dos profissionais, clama pelo Tradutor Interprete de Língua de Sinais (TILS) para que se possa fazer compreendido, já a segunda nos

traz uma questão: se existem muitos Surdos atendidos, por que até agora não há atendimento em Libras?

Sabemos que a primeira língua do Surdo é a Língua de Sinais (QUADROS, 2006; QUADROS, KARNOPP, 2007) bem como sua língua natural (DALCIN, 2006, ALBRES, 2014; MOURA, 2014;) e a Língua Portuguesa é sua segunda língua (QUADROS, KARNOPP, 2007, GOES, 2009; ARAUJO, 2016). Tal constatação está disposta no Decreto 5625/05 (BRASIL, 2005) da mesma forma que o cargo de Intérprete, que vale destacar, não está atrelado somente a educação (BRASIL, 2015; PEREIRA; 2014; CRUZ, 2016).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) em seu capítulo II – Do acesso e a comunicação- Art. 73, garante que:

Caberá ao poder público, diretamente ou em parceria com organizações da sociedade civil, promover a capacitação de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes ...] (BRASIL, 2015)

Isso demonstra que em qualquer que seja a necessidade o poder público deve fornecer o profissional TILS. Entretanto como destaca o Surdo *S1* isso não acontece de fato, mesmo em ambiente no qual a comunicação é imprescindível.

Essa ânsia por esse tipo de atendimento observada na fala do entrevistado é relatada por Pereira e Fortes (2008) em sua pesquisa. Eles citam que o grupo de Surdos entrevistados apresentavam esperanças na transformação da realidade acerca da prestação de serviços, muito pautada na presença de TILS, no atendimento à saúde. Isso ocorreu após o Decreto 5625/05 a qual determinou

que o atendimento as pessoas surdas na rede de serviços do SUS seria feita por meio de profissional capacitado e/ou TILS (BRASIL, 2005).

Não é verdade que isso não aconteça, porém, a quantidade de TILS que se dispõe a trabalhar na área da saúde é ínfima. A maioria não apresenta uma graduação na área de Letras/Libras, nem em Tradução em Interpretação em Língua de Sinais ou ainda não apresentam um curso preparatório para os serviços de saúde, sobretudo não possuem apoio para viver como esse tipo de mediador. Dessa forma a capacitação ainda deve chegar a esses profissionais (PEREIRA, 2014).

Lopes, Soares e Bohush (2014) relatam que o SUS preconiza a universalidade da assistência e por isso deve proporcionar a inclusão já que isso incute a melhoria da saúde e da vida do paciente, contudo a falta de qualificação e de profissionais, sem incluir o TILS, dificulta a ação de fato (HIRDESM 2015; TREICHEL, CAMPOS, CAMPOS; 2019).

Sem esse tipo de mediação, como já constatamos nas entrevistas com a equipe de enfermagem, a melhor maneira de que o Surdo consiga se comunicar fica diminuída. Na tabela 6 abaixo os entrevistados explicam o que lhes é mais eficaz.

Tabela 10. Tipo de comunicação no atendimento.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de Respostas</b>
Uso de aplicativo	2
Acompanhante	4
Nunca fui atendido/a em Libras	7

Fonte: elaborado pelos autores.

A partir da tabela podemos constatar que o modo mais eficaz com que os Surdos se comunicam está longe de ser todos aqueles que a equipe de enfermagem enumera. O que se destaca, mesmo em pouco número (2), é o uso de aplicativo, como salienta S1 e S2.

*“Enfermeiro, médico não saber Libras, quando vou no hospital usar ICOM para interpretar, ou levar mãe, irmão para interpretar” (S1)*

*“Precisar de interprete, usar o aplicativo ICOM, você ligar e mostrar para o enfermeiro ou médico, e ele ouvir o que o Surdo está falando” (S2)*

Por ser uma ferramenta no qual é disponibilizado ao Surdo um profissional TILS, essa parece ser a maneira mais adequada a ele, porém não é o que acontece. Como é necessário o uso de internet e de um dispositivo, seja ele um *tablet* ou um *smartphone* (GARCIA et al), seu uso acaba ficando à mercê desses pré-requisitos (CORREA et al., 2014). Isso é evidenciado na fala da participante S3.

*“Eu não uso o aplicativo porque tem que pagar internet, mas conheço o aplicativo ICOM” (S3)*

Corrêa e colaboradores (2014) destacam que o fator conectividade pode-se constituir de um impedimento para o desempenho inclusivo das ferramentas de Tecnologia Assistiva que necessitam de acesso à internet. Para eles esse aspecto cria uma barreira para a utilização *online* e consequentemente restringe a função de tal ao impedir a socialização entre Surdos e ouvintes.

Mesmo que os aplicativos estejam presentes para facilitar a comunicação entre Surdos e ouvintes nada substitui a presença humana, uma vez que o sinal é constituído de vários parâmetros, entre eles as expressões

não manuais, o que faz com que essa presença seja relevante como intermédio de comunicação (QUADROS, 2006; SANTOS, 2017).

Relacionando-se a isso a maior necessidade entre os entrevistados é o de acompanhante (4), como podemos constatar pelos participantes S4 e S5.

*Não, pois levar sempre minha mãe, quem fala com o médico é só minha mãe, ela interpreta para mim o que estou sentindo (S4)*

*Vou sempre acompanhado com a minha mulher que interpreta tudo para mim (S5)*

De fato, essa é uma situação que permeia a relação entre a equipe de enfermagem e o paciente Surdo (CHAVEIRO; BARBOSA, PORTO, 2008; CUNHA, PEREIRA, OLIVEIRA, 2019). Mesmo aqueles que usam do aplicativo para tentar se comunicar utilizam desse subterfúgio para que exista compreensão tanto dos ouvintes quanto dos Surdos.

Normalmente essas pessoas que os acompanham são, como citado pelos entrevistados, mães, irmãos, maridos e esposas, ou seja, geralmente familiares que acabam terceirizando a informação que deveria partir do próprio Surdo (OLIVEIRA, et al., 2015, PIRES, ALMEIDA, 2016, PEREIRA, et al., 2017).

Essa necessidade de intermediação pode causar incômodos. Ainda que a família surja como auxílio ela também pode representar um empecilho, uma vez que não permite que o Surdo seja agente ativo do seu próprio diagnóstico. Se partimos da premissa que o acompanhante é quem detalha ao profissional quais são os sintomas do paciente, também é aquele que recebe as orientações, o que pode acarretar em alguma omissão do

intermediador, seja por falha na tradução ou por vontade própria (IANNI, PEREIRA, 2009; CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; FREITAS et al., 2020).

Pires e Almeida (2016) ao entrevistar Surdos a fim de compreender suas percepções acerca do atendimento nos serviços de saúde narra as inseguranças e indignações deles perante a falta de informação e o direcionamento exclusivo ao acompanhante. Esses sentimentos de impotência passam despercebidos por aquele que atende o paciente Surdo, sendo de longe algo que está alinhado as diretrizes do SUS, de universalidade, equidade e integralidade. Para Lessa e Andrade (2016) o universalismo do acesso a saúde é “aquele que tenha como ponto em comum a dignidade humana”.

### **Barreiras no atendimento à saúde**

As dificuldades apresentadas pelos Surdos não se findam nas situações apresentadas até então. Quando perguntados sobre como é o atendimento legado a eles as dificuldades se tornam evidentes nos discursos. Abaixo a tabela 7 reúne as subcategorias criadas por meio da análise dos discursos.

Tabela 11. Dificuldades encontradas na comunicação com a equipe de enfermagem.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de Respostas</b>
Dificuldade em escrever	5
Dificuldade em usar leitura labial	2
Difícilmente vão sozinhos	7

Fonte: elaborado pelos autores

Todos os participantes alegaram que não vão sozinhos, salvo uma ou outra vez, mas mesmo assim necessitam chamar algum interprete ou usar algum aplicativo, como relata o entrevistado S7.

*“Não, sempre preciso ligar para alguém para interpretar ou pedem um papel para escrever o que eu preciso” (S7)*

Essa insegurança de estar sozinho com alguém da equipe de enfermagem é consequência direta da falta de compreensão mutua. Da mesma maneira que o profissional da saúde apresenta dificuldade em compreender o que o paciente Surdo expressa esse último também compartilha desse sentimento ao não entender o tipo de comunicação não-verbal exprimida. (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; PIRES, ALMEIDA, 2016; LESSA ANDRADE, 2016).

Pereira e colaboradores (2017) destacam

Outra questão levantada é a dificuldade de se compreender o português na modalidade escrita (5) tanto quando pedem para que o Surdo escreva quanto a própria escrita do profissional da saúde. Os participantes S1, S2 e S3 expõe suas dificuldades.

*“Uso o papel para escrever, mas é muito difícil. Eu as vezes preciso procurar as palavras por que não sei todas. Sei falar em Libras, mas eles não sabem” (S1)*

*“Alguns Surdos podem falar, mas eu não consigo. Enfermeiro, médico pedir para que eu escreva, mas difícil escrever. Eu faço leitura labial, mas eles não entendem o que eu falo” (S2)*

*“Médico, enfermeiro pedir papel escrever, ou querer que a gente falar, difícil consulta, mas português difícil” (S3)*

Por mais que o Surdo seja alfabetizado a Língua Portuguesa ainda é sua segunda língua de instrução e por isso pode enfrentar dificuldades em compreendê-la, seja por uma alfabetização e letramento tardio seja por uma dificuldade inerente em entender uma língua que não é sua (LACERDA, 1998, GOLDFELD, 2002; DALCIN, 2006).

Fato é que as duas línguas apresentam modalidades muito distintas, a portuguesa com suas modalidades oral e escrita e a de sinais com sua modalidade visual. Nenhuma delas apresenta uma semelhança em sua forma, pois estão atreladas aos sentidos que a compuseram. Enquanto as palavras faladas e escritas apresentam uma organização linear em sua construção os sinais podem seguir uma estrutura não-linear, uma vez que acompanham uma cena em que sentido e ação acontecem ao mesmo tempo. (QUADROS, KARNOOP, 2007; HARRISON, 2014; MOURA, 2014; GOES, CAMPOS, 2014).

Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006) levantam outra questão que pode causar essa dificuldade por parte dos pacientes Surdos; o tipo de escrita do profissional da saúde. Frequentemente as palavras podem estar relacionadas a termos técnicos ou palavras difíceis que não encontram semelhante na língua de sinais. Também a qualidade da escrita do profissional, que muitas vezes pode ser ilegível é fator para a ausência de entendimento (IANNI, PEREIRA, 2009; PIRES, ALMEIDA, 2016).

Em menor quantidade (2), contudo igualmente relevante, outro aspecto da comunicação é levantado; a leitura labial por parte dos Surdos. Os entrevistados S3 e S6 compartilham sua experiência.

*“Eu ler lábios, ouvir um pouco ouvido direito, usar aparelho. Usar português difícil, as vezes pedem para escrever” (S3)*

*“Eu faço leitura labial, mas eles não entendem o que eu falo” (S6)*

Essa comunicação não-verbal mesmo sendo uma das mais usadas pela equipe de enfermagem está entre as mais complexas de serem realizadas. A maioria dos Surdos não apresenta treinamento para tal tipo de comunicação e consideram difícil realizar tal tradução (LESSA, ANDRADE, 2016; PEREIRA et al., 2017; FREITAS et al, 2020).

Isso porque a leitura labial também denominada de orofacial é uma habilidade de compreensão da fala que usa pistas visíveis que acompanham a articulação das palavras na face do locutor. Para que isso aconteça ela precisa passar por um processo de treinamento e aprendizado (TOFFOLO, et al., 2017).

Entretanto, a efetividade desse tipo de comunicação não depende somente daquele que lê os lábios, o emissor também deve apresentar uma postura correta. Para isso ele deve evitar esconder seu rosto e lábios com as mãos, canetas ou máscaras cirúrgicas além de fitar diretamente o paciente enquanto fala de modo mais calmo possível (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006).

Essa atitude frequentemente não acontece, pois, o profissional não se atenta a esses pré-requisitos para a leitura labial, impedindo o Surdo de compreender, uma vez que ele esconde a boca, não fala pausadamente e/ou exprime palavras técnicas ou difíceis. (CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; PIRES ALMEIDA, 2016).

Por fim, a postura do profissional da saúde influência sobremaneira na comunicação entre aquele que

tem o conhecimento e aquele que precisa dele, se o profissional da equipe de saúde não conhece os protocolos ou não se empenha em fazê-los bem não há como o conhecimento do Surdo acerca das comunicações não-verbais suplante tal deficiência, dessa forma engue-se mais uma vez uma barreira comunicativa entre eles.

### **Medos e inseguranças acerca da assistência à saúde do Surdo**

Por tudo que foi descrito até aqui não é difícil inferir que os pacientes Surdos apresentem sentimentos complexos quando necessitam procurar o atendimento à saúde. Essa circunstância os afeta psicologicamente como declara Pires e Almeida (2016) em sua pesquisa. Nela os pacientes declararam apresentarem sentimento de tristeza, de raiva e de decepção, diante do fato de que não são compreendidos pelos profissionais. Essas questões são levantadas na tabela 8 abaixo.

Tabela 12. Inseguranças acarretadas pelo atendimento à saúde.

<b>Categorias</b>	<b>Frequência de Respostas</b>
Sente-se inseguro	1
Erro no diagnóstico	6

Fonte: elaborado pelos autores.

A falha na comunicação em um ambiente em que a sua saúde está em risco é uma adversidade que afeta psicologicamente a todos. Ao serem perguntados seus medos e inseguranças no atendimento todos explanaram suas angustias. O entrevistado S2 foi o único que declarou

não sentir medo em ir ao hospital ou a ser atendido pela equipe de enfermagem.

*Não ter medo de ir no médico, mas ouvir história de Surdo que não entender receita em português e comprar remédio errado e morrer. Português é difícil (S2).*

Tal história, mesmo que não seja verdade, demonstra a insegurança que o paciente Surdo apresenta perante o discernimento da consulta mesmo que declare não sentir medo de ir ao médico. Essa preocupação não é infundada posto que o encaminhamento, a ficha e a receita, todas partes do processo de assistência à saúde, estão escritas em português.

Regularmente surgem dúvidas e questionamentos sobre o diagnóstico e/ou ao tratamento, porém o uso de acompanhantes ou de uma comunicação não-verbal causa insegurança na informação que está sendo transmitida (SANTOS, SHIRATORI, 2004; CARDOSO, RODRIGUES BACHION, 2006, IANNI, PEREIRA, 2009).

A carência de um atendimento em Libras pelos profissionais é o fator mais relevante das desconfiâncias, pois resulta em uma troca de informações defeituosa (SANTOS, SHIRATORI, 2004, CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; IANNI, PEREIRA, 2009; LESSA, ANDRADE, 2016, FREITAS et al., 2020). Nos pacientes Surdos essa situação emerge com o medo pelo erro de diagnóstico (6), como relata os participantes S3, S5 e S7.

*A uns dois anos atrás quando passei mal fui correndo para o médico, sozinho, ele errou no remédio, não sabia Libras e não tinha ninguém para interpretar. Passei muito mal com o remédio. (S5)*

*Sim, fui no médico por causa que tenho espinhas, eu falava sobre menstruação a enfermeira e o médico entenderam errado, achavam que era o que eu comia. Deram remédio errado. (S3)*

*Tenho medo deles errarem o que eu estou sentindo porque não entendem Libras, por isso quando vou uso ICOM para mim ou levo alguém. Eles não sabem os sinais em Libras, se estou com dor de cabeça, pressão alta. (S7)*

Podemos perceber que esse medo não é infundado, esses acontecimentos, sejam eles isolados ou não, ajudam a criar dentro da comunidade surda o sentimento de dúvida, desconfiança e perigo. (IANNI, PEREIRA, 2009; PIRES, ALMEIDA, 2016; LESSA, ANDRADE, 2016).

Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006) relatam que ao final da consulta surge então o sentimento de discriminação e exclusão, tomando conta do paciente Surdo. A indiferença dos profissionais e a discriminação com sua língua dentro do sistema de saúde não apresenta somente impacto em seu diagnóstico, mas também no ser humano que ele representa.

Isso recai, novamente, nas diretrizes do SUS e demonstra que mesmo com as Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o apoio matricial, com toda estrutura que lhes são advindas, ainda as necessidades dos Surdos estão excluídas e apartadas das outras pessoas com deficiência (BRASIL, 2012; AMORIN, LIBERALI, MEDEIROS NETA, 2018; PIRES, CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; ALMEIDA, 2016; LESSA ANDRADE, 2016).

Por fim, os Surdos se apresentam desejosos de serem respeitados e compreendidos quando buscam os serviços de saúde, mais que isso devem ser tratados como cidadãos e parte integrante da sociedade.



## CAPÍTULO 7

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente livro veio analisar o processo que se dá para o atendimento básico à saúde do Surdo, acrescentando um fator relevante para os estudos da saúde que envolvem esses pacientes. Ao apresentar o fator da formação daqueles que são os primeiros a atendê-los, tanto nas Unidades de Saúde da Família quanto em Prontos-Socorros, sendo responsáveis de sua assistência, algumas considerações foram feitas durante o delinear desse livro.

A análise dos documentos encontrados e disponibilizados tanto pelo MEC quanto por cada IES em seus respectivos endereços eletrônicos demonstraram que ainda existe uma grande parte dessas Instituições que não disponibilizam a unidade curricular de Libras e/ ou que as oferece de forma optativa.

Mesmo que as DCN dos cursos de enfermagem sigam os princípios do SUS, sendo elas as norteadoras na elaboração do Projeto Político Pedagógico, pode-se inferir que essa parcela da população foi ignorada, uma vez que ela é uma minoria linguística e assim apresenta especificidade na assistência. Foi constatado que embora as IES disponibilizem a unidade curricular o aluno, nessa modalidade, poderá não a escolher em detrimento a outras que lhes pareçam mais convenientes. Isso não parece adequado dado a urgência da situação.

Percebe-se pela história que a enfermagem passou pelo modelo tecnicista, do cuidado médico-hospitalar, para o modelo social assistencialista da visão calcada no bem-estar da população, contudo observa-se que o currículo ainda não se separou totalmente do modelo tecnicista visto a maneira protocolar com que as IES oferecem essa unidade curricular, não contextualizada com sua realidade na maioria das vezes e relegada a outro departamento.

Isso, claro, tem consequências e é na análise dos discursos daqueles que trabalham diretamente com os pacientes, e estão na linha de frente do atendimento, que se pode perceber em tais resultados.

A equipe de enfermagem, composta pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem demonstrou sua falta de formação ao não saber agir com os pacientes Surdos. Muitos não sabiam quais técnicas poderiam usar com eles nem tinham o mínimo conhecimento da Língua Brasileira de Sinais. Isso, além de impactar na eficácia do atendimento também os impactaram de forma psicoemocional. A frustração em não conseguir atender também transparece nos discursos dos entrevistados.

Como um dominó que cai ao mínimo toque e leva consigo toda uma cadeia de peças a má formação e o mal atendimento tem grandes consequências na qualidade dos serviços prestados ao paciente Surdo. Por meio de suas entrevistas, pode-se deduzir a frustração de todos com o cuidado de algo tão sensível como a saúde de seu corpo.

Essa constatação é séria, pois um atendimento sem protocolos ou uma sistematização específica pode levar a consequências graves para a saúde do paciente.

O Surdo muitas vezes também perdeu sua presença ativa no atendimento, legado ao acompanhante, normalmente alguém de sua família, podendo causar constrangimento a ele dependendo do processo do atendimento.

Ainda em relação a isso, a tecnologia pareceu ajudar alguns Surdos por meio de aplicativos que disponibilizam interpretes como mediador no serviço de saúde, entretanto não retira a responsabilidade da instituição de saúde de oferecer um profissional apto a atender o paciente Surdo em sua própria língua, sem necessitar usar de meios não-verbais para se comunicar.

Visto isso, é passível de compreensão que a formação adequada relacionada a realidade dos serviços públicos de saúde é essencial para que aqueles princípios do SUS sejam de fato cumpridos. Mais do que isso, o comprometimento das Instituições de Ensino em realmente elaborar um Projeto Político Pedagógico com um currículo pautado nas necessidades sociais e nas urgências de seu público é direito tanto do aluno quanto do cidadão que usa os serviços de saúde.

Pode-se inferir por meio da leitura do presente livro que somente a unidade curricular de Libras não seja suficiente para abarcar as necessidades de atendimento da comunidade surda, devendo haver outra(s) que preze(m) pela especificidade da comunicação e consequentemente do atendimento dessa população.

Em relação ao suporte dos pacientes Surdos na saúde fica claro a urgente necessidade para desenvolver um protocolo ou a sistematização de um serviço próprio para eles, que englobe as necessidades linguísticas e psicoemocionais desses pacientes.

Portanto, até aqui, pode-se compreender com essa tese que muito da qualidade do serviço prestado aos pacientes Surdos é responsabilidade da formação disponibilizada para a equipe de enfermagem pelos Institutos de Ensino Superior. Dessa forma, a fim de buscar mudanças para esse atendimento deve-se primeiro reformular a fonte do saber.

Desde o Decreto 5.626/2005 pouco se fez para que a realidade do Surdo na área da saúde mudasse na prática. Com a evolução tecnológica e o aumento da oferta de cursos de Libras, seja como cursos básicos ou por meio da graduação de Letras/Libras e de Tradução e Interpretação da Língua Brasileira de Sinais, não se pode mais ignorar a demanda dessa comunidade, sendo, dessa forma, injustificável a falta de profissionais qualificados para atendê-los de forma eficaz e adequada.

Isso também se reflete na produção acadêmica sobre esse tema. Na busca por fundamentação teórica para essa pesquisa deparou-se com poucos pesquisadores que se relacionam com o atendimento do surdo à saúde, ainda menos aqueles que se debruçam sobre a formação dos profissionais da saúde no que concerne esse tema.

Isto posto, sugere-se que os estudiosos da área da saúde, particularmente a equipa de enfermagem, e também aqueles da surdez repousem seu olhar para esse assunto, tão necessário para a qualidade de vida do Surdo e imprescindível para um cidadão.

## REFERÊNCIAS

- ALBRES, N. A. Comunicação em libras: para além dos sinais. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Org.). *Tenho um aluno Surdo e agora? Introdução a libras e educação de Surdos*. São Carlos: EdUFSCar, 2014, 254p.
- APPLE, M. W. *Ideologia e currículo*. Artmed, RS: Porto Alegre, 2006.
- ARAUJO, S. M. Iconicidade e arbitrariedade na língua brasileira de sinais: uma investigação com sujeitos ouvintes. In: TOLOMEI, N. C. et al. (Org). *Anais do I colóquio internacional de letras: linguagem e diversidade cultural*. São Luis: EDUFMA, 2016, p. 113-122.
- BAGNATO, M .H. S. Recontextualização curricular no ensino de enfermagem. *Currículo sem Fronteiras*, v. 12, n. 3, p. 173-189, 2012
- BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto contexto – enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, 2006.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). O CAPS e o Trabalho em Rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005*. Brasília, 2005. Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Brasília, 2005.
- \_\_\_\_\_. *Portaria GM/MS nº 2.073 de 28 de setembro de 2004*. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial da União. 29 set 2004; Seção 1: 5834.

\_\_\_\_\_. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008. *Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação inclusiva*.

\_\_\_\_\_. Decreto 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a língua brasileira de sinais – LIBRAS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências*, 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CP 0, de 18 fev. 2002. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores para Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena*. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação – Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva*. 2008.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.005, *Aprova o plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências*. Brasília, 25 de junho de 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, *Institui a Lei brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Brasília, de 6 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 27.426/49. *Fixa o currículo mínimo*, 1949.

BUENO, J. G. Crianças com necessidades educativas especiais, política educacional e a formação de professores: generalistas ou especialistas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 3. n. 5, 7-25, 1999.

CAMPELLO, A. R.; REZENDE, P. L. F. Em defesa da escola bilíngue para Surdos: a história de lutas do

movimento Surdo brasileiro. *Educar em Revista*, n. 2, p. 71-92, 2014.

CAMPOS, M. L. I. L. Educação inclusiva para Surdos e as políticas vigentes. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Org.). *Tenho um aluno Surdo e agora? Introdução a libras e educação de Surdos*. São Carlos: EdUFSCar, 2014, 254p.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C.. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARDOSO, A. H. A.; RODRIGUES, K. G.; BACHION, M. M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo e comunicação durante seu atendimento de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, v 4, n 14, 2016.

COMISAE. *Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante)*. Diretoria de Enfermagem – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas– Curitiba: Hospital de Clínicas, 2014.

CORRÊA, Y. et al. Aplicativos de tradução para Libras e a busca pela validade social da tecnologia assistiva. (In) *III Congresso Brasileiro de Informática na Educação (CBIE) e XXV Simpósio Brasileiro de Informática na Educação (SBIE)*, Dourados: 2014. <https://www.cieb.net.br/evidencias/artigos/1360>

CUNHA, R.P.S, PEREIRA, M. C., OLIVEIRA, M. L. C. Enfermagem e os cuidados com pacientes Surdos no âmbito hospitalar. *REVISA*, v. 3 n. 8, p. 367-77, 2019.

CRUZ, AMP; ALMEIDA, MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar

- a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*; v. 4, n.44, p. 921-7, 2009.
- DALCIN, G. Um estranho no ninho: um estudo psicanalítico sobre a constituição da subjetividade do sujeito Surdo. In: QUADROS, R. M. (Org.) *Estudos Surdo I*. Petrópolis: Editora Arara Azul, 2006. 324p.
- DEWEY, J. *Democracia e educação: introdução à filosofia da educação*. 3a. ed. São Paulo: Nacional, 1959.
- DEWEY, J. *Liberalismo, liberdade e cultura*. São Paulo: Nacional, 1970.
- DUARTE, S. B. R. et al. Aspectos históricos e socioculturais da população surda. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr.-jun. 2013, p.653-673.
- DUARTE, A. P. R. S.; VASCONCELOS, M.; SILVA, S. V. A Trajetória curricular da graduação em enfermagem no Brasil. *REID*, v. 1, n. 7, p. 50-63, 2016.
- FREIRE, P. *A educação na Cidade*. São Paulo: Cortez, 1993.
- FREIRE, R. P et al. O currículo integrado da faculdade de enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a Formação de Recursos Humanos para o SUS. *Rev Bras Enf*, v. 56, n. 4, p. 381-384, 2003.
- FERNANDES, N. L. R. *Currículos e programas da EPCT*. Ministério da Educação Fortaleza: UAB/IFCE, 2014.
- FERREIRA, H. M. A totalidade do conhecimento em enfermagem: uma abordagem curricular. *Acta Paul Enf, São Paulo*, v. 16, n. 1, 56-65, 2003.
- GARCIA, G. P. G. et al. ICOM: a tecnologia a serviço da comunicação entre Surdos e ouvintes, com atenção especial na área da saúde. (In) *Anais do I Congresso Brasileiro de Saúde em Libras*, (Org.) MUNIZ, C. R. O; NUNES, D. M.; LUZ, K. D. S. M. Juazeiro; 2018, p. 54-56.

GESSEER, A. *Libras? Que língua é essa?* São Paulo: Parábola Editorial, 2009. 87 p.

GESSEER, G. A evolução histórica do currículo: dos primórdios à atualidade. *Contrapontos*, v. 2, n. 4, 2002.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempo de mudança. *Rev. Bras. Enf.*, v. 56, n. 4, p. 365-368, 2003.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo, Editora Atlas, 2002.

GLAT, R.; NOGUEIRA, M. L. L. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. *Comunicações*, Piracicaba, v. 10, n 1, p.134-141, 2003.

GLAT, R.; PLETSCHE, M. D. O papel da universidade frente às políticas públicas para educação inclusiva. *Revista Benjamin Constant*, Rio de Janeiro, p. 3-8, 2004.

GLAT, R.; PLETSCHE, M. D. O papel da Universidade no contexto da política de Educação Inclusiva: reflexões sobre a formação de recursos humanos e a produção de conhecimento. *Rev. Educ. Espec., Santa Maria*, v. 23, n. 38, p. 345-356, set./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>> Acesso em 12, ago. 2017

GOLDFELD, M. *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sóciointeracionista*. São Paulo: Plexus, 2002.

GOES, A. M.; CAMPOS, M. L. I. L. Aspectos da gramática da Libras. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Org.). *Tenho um aluno Surdo e agora? Introdução a libras e educação de Surdos*. São Carlos: EdUFSCar, 2014, 254p.

GONÇALVES, D. A. et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

HARRISON, K. M. P. Libras: apresentando a língua e suas características. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F.

(Org.). *Tenho um aluno Surdo e agora? Introdução a libras e educação de Surdos*. São Carlos: EdUFSCar, 2014, 254p.

HAMILTON, David. "Sobre as origens do termo classe e curriculum". *Teoria e Educação*, n. 6, 1992.

HONORA, M.; FRIZANCO, M. L. E. *Livro ilustrado de língua brasileira de sinais: desvendando a comunicação usada pelas pessoas com surdez*. São Paulo: Ciranda Cultural, 2009, 352p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2010, 215 p.

JESUS, C. N.; CORRÊA, J. C. S.S.; PALACIOS, K. C. M. Currículo no Brasil: década de 1920-1930. (In) *Anais EDUCERE XII Congresso de Nacional de Educação*, 2015.

LACERDA, C. B. F. Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos Surdos. *Cadernos Cedes*, n. 46. Campinas, 1998, p. 68-80.

LESSA, R. T. C.; ANDRADE, E. G. S. Libras e o atendimento ao cliente Surdo no âmbito da saúde. *Rev. Cient. Sena Aires*, v. 2, n. 5, 2016, p.95-104.

LOPES, M. C. *Surdez e Educação*. Editora Autêntica, 2007.

KEISER, D. E.; SERBIM, A. K. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 30, n. 4, p. 633-40, 2009.

MOURA, M. C. Surdez e linguagem. In: LACERDA, C. B. F.; SANTOS, L. F. (Org.). *Tenho um aluno Surdo e agora? Introdução a libras e educação de Surdos*. São Carlos: EdUFSCar, 2014, 254p.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao

paciente hospitalizado. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009 .

MACEDO, E. Currículo: Política, Cultura e Poder. *Currículo sem Fronteiras*, v.6, n.2, p. 98-113, 2006.

MALUCELLI, A. Sistematização de informações para apoio à Sistematização da Assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 4, n. 63, p. 629-36, 2010.

PAGLIUCA, L. M. F. FIUZA, N. L. G.; REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 41, n. 3, p. 411-418, 2007.

PEREIRA, M.C.C. (Org.). *Libras: conhecimento além dos sinais*. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011, 127p.

PEREIRA, C. M.C. *Currículos e programas*. Ministério da Educação. Fortaleza: UAB/IFCE, 2010.

PEREIRA, G. A.; RIZATTI, I. M. A educação inclusiva segundo os graduandos do curso de licenciatura em física, matemática e química da Universidade Estadual de Roraima. Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (In) *IX ENPEC, Águas de Lindóia*, SP, 10-14 de nov.2013.

PEREIRA, P. C. A.; FORTES, P. C. *A Percepção de Surdos adultos o atendimento em saúde*, São Paulo, 2008.

PERLIN G. *Histórias de vida surda: identidades em questão* [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998.

PIRES H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do Surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2016, v. 1. n.5, 2016, p.68-77.

PLETSCH, M. D. A formação de professores para educação inclusiva: legislação, diretrizes políticas e resultados de pesquisa. *Educar*, Curitiba, n. 33, p. 143-156, 2009.

- QUADROS, R. M. Efeitos de modalidade de língua: as línguas de sinais. *ETD - Educação Temática Digital*, n. 7 v. 2, 2006, p. 168-178.
- QUADROS, R. M.; KARNOPP, L. B. *Língua de Sinais Brasileira: estudos linguísticos*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- RAMOS, C. R. *Libras: a língua de sinais dos Surdos brasileiros*. Petrópolis: Editora Arara Azul Ltda., 2009.
- REILY, L.; REILY, D. A. A igreja monástica e a constituição da língua de sinais e do alfabeto manual. (In) *Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação*, 26, 2003, Poços de Caldas. Anais eletrônicos... Poços de Caldas: ANPED, 2003.
- RODES, C. H. et al . O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 74-82, 2017
- RODRIGUES, J. R.; MACHADO, L. M. C. V.; VIEIRA, E .T .B. Congresso de paris (1900): a seção de Surdos e sua atualidade em relação à educação de Surdos. *Rev. Bras. Hist. Educ.*, v. 20, n. 95, 25 p., 2020.
- ROCHA, E. F. KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-Região Sudeste-Sapopemba/Vila Prudente-período 2000/2006. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 1, n. 20, p. 59-67, 2009.
- ROCHA, J. S. Y. Acerca do saber e da prática de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 3, p. 297-303, 1986.
- SANTOS, S. S. C. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes: novas perspectivas. *Rev Bras Enf*, v. 56, n. 4. 361-364, 2003.

SANTOS, T.; HOSTINS, R. C. L. Política nacional para a inclusão no ensino superior: uma revisão da legislação. *UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.*, Londrina, v. 16, n.3, p. 194-200, 2015.

SANTOS, R. G. Aplicativos de libras: problemas ou solução? *Artefactu: Revista de estudos em linguagem e tecnologia*, ano XI, n. 1, 2017.

SANTOS et al. Desafios do enfermeiro na assistência ao paciente com deficiência auditiva: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, 2020.

SANCHES et al. O papel do enfermeiro frente ao paciente Surdo. *Rev enferm UFPE on line*.v. 3, n. 13, p. 858-62. 2019.

SKLIAR C. (Org) *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação; 1998.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C.; ARANTES, E. C. Comunicação e enfermagem. In: *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*[S.l: s.n.], 2012.

SIMÕES e SILVA C, GABRIEL CS, BERNARDES A et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores de que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem, *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS), v. 2, n. 30, p.63-71, 2009.

SILVA, Maria Aparecida. História do currículo e currículo como construção histórico-cultural. (In) *Anais VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação*. Uberlândia: EDUFU, 2006. V. 1.

SILVA, T. R. N. Influências teóricas no ensino e currículo no Brasil. *Cad. Pes São Paulo*, n. 70 p. 5-19, 1989. Disponível em <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1148>>

SOUZA, C. C. B. X., ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas?: o acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São

Paulo período de 2000 a 2006. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 3, n. 21, p. 230-239. 2010.

TEIXEIRA, A. A reconstrução do programa escolar. *Escola Nova*, v. 1, n° 2-3, p. 86-95, 1930.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180617>>.

TOFFOLO, A. C. R. et al. Os benefícios da oralização e da leitura labial no desempenho de leitura de Surdos profundos usuários da Libras. *Revista brasileira de educação*, v. 22. N. 71, 2017. <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v22n71/1809-449X-rbedu-22-71-e227165.pdf>

TRECOSSI, M. O. ORTIGARA, E.P. F. Importância e eficácia das consultas de enfermagem ao paciente Surdo. *Revista de Enfermagem*, v. 9, n. 9, 2013. <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/938/1661>

TAPIA, C. E. V. *Prática docente interdisciplinar: os desafios (in) visíveis da mudança curricular na enfermagem*. Tese de doutorado (Universidade Estadual de Campinas), 2000.

MOREIRA, A. F. *Currículos e programas no Brasil*. Campinas: Papyrus, 1990.

VITALIANO, C. R.; DALL'ACQUA, M. J. C. Análise das diretrizes curriculares dos cursos de licenciatura em relação à formação de professores para inclusão de alunos com necessidades especiais. *Teias*, v. 13, n. 27, p. 103-121, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/124958>>. Acesso em: 23, abr. 2017.

## ANEXOS

### Questionário para Equipe de Enfermagem I

#### 1- Informações pessoais e profissionais

- 1.1 Sexo ( ) Masc. ( ) Fem  
1.2 Idade \_\_\_\_\_  
1.3 Cargo de ocupação \_\_\_\_\_  
1.4 Período de trabalho ( ) Manhã ( ) Noite  
1.5 Tempo de trabalho na Instituição \_\_\_\_\_

#### 2. Informações de atendimento

- 2.1. Você já atendeu um paciente Surdo?  
( ) Sim ( ) Não  
2.2 Qual o nível de surdez do paciente?  
( ) Surdez parcial ( ) Surdez severa  
2.3 Ao atender o paciente Surdo qual foi a maior dificuldade?  
2.4 Qual foi a maneira de comunicação com o paciente Surdo?  
( ) Leitura labial( ) Libras( ) Mimica  
( ) Escrita( ) Acompanhante ( ) Outra \_\_\_\_\_

#### 3. Informações sobre formação e capacitação

- 3.1 Você tem conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras)?  
( ) Sim ( ) Não  
3.2 Você acha que está preparado para atender o paciente Surdo?  
( ) Sim ( ) Não  
3.3 Já foi oferecido algum curso para facilitar o atendimento adequado para o paciente Surdo na rede onde você trabalha?  
( ) Sim ( ) Não  
3.4 Se sim, qual curso?  
3.5 Você gostaria que a instituição na qual você trabalha oferecesse um curso?

## Questionário para a Equipe de Enfermagem II

### 1. Informalções pessoais e acadêmicas

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ 1.2 Gênero: \_\_\_\_\_

1.3 Ano de conclusão acadêmica: \_\_\_\_\_

1.4 Ano de conclusão do curso técnico em enfermagem : \_\_\_\_\_

1.5 Tempo de trabalho na Enfermagem: \_\_\_\_\_

1.6 Possui alguma especialização ?

( ) Sim( ) Não Se sim, qual?c

### 2. Informações sobre atendimento

2.1 Você possui conhecimento sobre Libras?

( ) Sim( ) Não

2.2 Tem conhecimento sobre os direitos que o paciente Surdo possui?

( ) Sim( ) NãoSe sim, quais?

2.3 Você tem dificuldade em se comunicar com o paciente Surdo?

( ) Sim( ) NãoSe sim, quais?

2.4 Como você se comunica com o paciente Surdo durante o atendimento?

2.5 Você teve Libras na grade curricular no curso técnico ou na graduação

( ) Sim( ) Não

2.6 Quais os procedimentos adotados pela equipe de enfermagem na comunicação durante o atendimento ao paciente surdo?

2.7. Você tem passado por capacitação em Libras?

( ) Sim( ) NãoSe sim, qual foi a proposta?

2.8 O que você tem feito para mudar a realidade no atendimento aos Surdos?

### Questionário sobre Atendimento a saúde do Surdo<sup>3</sup>

#### 1. Informações pessoais

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ 1.2 Gênero: \_\_\_\_\_

#### 2. Informações sobre atendimento

2.1 Você já frequentou o hospital ou pronto socorro?

( ) Sim( ) Não

2.2 Como você gostaria de ser atendido no hospital/pronto socorro?

2.3. Como você foi atendido pelo enfermeiro/técnico de enfermagem no hospital/pronto socorro?

2.4 Você já foi atendido em Libras? Explique uma situação.

2.5 O enfermeiro/técnico de enfermagem sabia Libras?

( ) Sim( ) Não

2.6 Se não há o uso da Libras, qual tipo de comunicação é usada no atendimento?

2.7 Já houve erro de diagnóstico ou falta de entendimento na comunicação por parte do enfermeiro? Explique uma situação.

---

<sup>3</sup> O questionário foi transmitido ao Surdo pela Língua Brasileira de Sinais, da mesma forma que a entrevista foi conduzida.



## O AUTOR E A AUTORA



### **Marco Aurélio Tupinambá**

Professor, Mestre em Projetos Educacionais pela Universidade de São Paulo e Doutor em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos. Enredou-se pelos caminhos da Educação Especial a partir de seu contato com a Comunidade Surda e principalmente pelo encanto de sua Língua, desde então tem pesquisado a favor das causas Surdas tanto na Educação quanto na Saúde. Também, atua como docente em cursos de graduação e ministrou cursos para a área da Saúde em relação ao atendimento ao paciente Surdo.



## **Maria da Piedade Resende da Costa**

Psicóloga e Pedagoga pela Universidade Católica de Pernambuco, Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos e Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Participou da formação da profissão de

Fonoaudiólogo desde 1965 e após o reconhecimento obteve o título de Fonoaudióloga pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Foi professora dos Departamentos de Psicologia e de Metodologia do Ensino da Universidade Federal da Paraíba e do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. Atualmente é professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos com orientação no mestrado e doutorado e supervisão de pós-doutorado. Foi membro do Conselho Universitário da UFSCar, membro do Conselho do Curso de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar, Chefe e Vice-Chefe do Departamento de Psicologia da UFSCar. Possui publicações em livros, capítulos de livros e artigos em periódicos especializados. Tem participado de eventos nacionais e internacionais sobre Educação Especial; emitido pareceres para periódicos especializados e para editoras universitárias públicas em Educação e Educação Especial.

O presente livro trata sobre os impactos da comunicação entre o paciente surdo e a equipe de enfermagem. E, caso apresente defasagens, como consequências pode apresentar desencontros para o sucesso do tratamento. É produto da pesquisa de Marco Aurélio e apresenta a importância do ensino da Língua brasileira de sinais – Libras - para equipe de enfermagem e o atendimento ao surdo. Aponta como a legislação, centrada, inicialmente, no atendimento a pessoa com deficiência no âmbito da educação. E, em seguida o Ministério da Saúde, compreendendo a vigência das propostas lança documentos como o “Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência” e “Pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde”. Tais documentos organizam as portarias sobre o assunto e destacam a assistência específica para esse grupo. Que a leitura deste livro possa contribuir para reflexões importantes sobre comunicação entre paciente surdo/equipe de enfermagem.

