ANDRÉA SOARES OLIVEIRA

VOZES QUE SILENCIAM EM UM SERVIÇO DE SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS
2022

ANDRÉA SOARES OLIVEIRA

VOZES QUE SILENCIAM EM UM SERVIÇO DE SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestra em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco, sob a orientação da Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO

MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE – MS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Católica Dom Bosco

Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

O48v Oliveira, Andrea Soares de

Vozes que silenciam em um serviço de saúde. -- Campo Grande, MS : 2022.

81 p.:

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2022

Bibliografia: p. 75 - 81

1. Serviço de saúde. 2. Cartografia. 3. Exclusão.

4. Surdez - Aspectos sociais. 5. Cultura - Aspectos sociais. 6. Políticas públicas - Psicologia I.Bernardes, Anita Guazzelli. II. Título.

CDD: 362.1

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Inspira o futuro

A dissertação apresentada por **ANDRÉA SOARES OLIVEIRA**, intitulada **"Vozes que silenciam em um serviço de saúde."**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestrado em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi...aprovado.....

Anita Guazzelli Bernardes, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença virtual destes.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits

Profa. Dra. Betina Hillesheim

Campo Grande - MS, 04 de outubro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Preciso começar agradecendo à Força Divina, ao meu Deus, que com seu amor, paz e, acima de tudo, fortaleza me sustentou e me animou nos momentos mais difíceis ao longo desta caminhada. Sou grata, Senhor!

Agradeço à minha família por toda a dedicação e paciência, contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos. Em especial, ao meu esposo, Fabio, que foi meu maior incentivador e que esteve ao meu lado sempre me motivando nos momentos em que pensei em desistir.

Agradeço aos professores, que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, especialmente a minha professora e orientadora, Anita, pela dedicação em suas orientações prestadas neste trabalho, incentivando-me e colaborando no desenvolvimento de minhas ideias. Meu muito o-bri-ga-da, de coração.

Meu obrigado também para as integrantes da banca examinadora, por aceitarem meu convite e por contribuírem com uma etapa do meu processo formativo.

E finalmente, aos surdos e ouvintes que partilham das comunidades e culturas surdas. O agradecimento por enriquecerem as experiências que fundaram este trabalho.

“Se o lugar não permitir o acesso a todas as pessoas, esse lugar é deficiente”.

(Marcos Meier)

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada no Programa de Pós-graduação em Psicologia, com área de concentração na saúde. A área de concentração, a partir da linha de pesquisa "Políticas públicas, cultura e produções sociais", permitiu à composição do campo temático dessa investigação focalizar os processos de inclusão e exclusão social de pessoas que, no campo da saúde, são classificadas com deficiências auditivas (PCD). A partir desse objetivo, tem-se como questão de pesquisa: de que modo corpos surdos são invisibilizados na assistência à saúde? As formas de inclusão e exclusão sociais são problematizadas em termos de visibilidade e invisibilidade desses corpos na relação com as políticas públicas de saúde. O presente trabalho tem como ferramentas de análise os estudos voltados para as discussões sobre colonialidades, Estudos Surdos e Estudos Culturais. A pesquisa foi feita por uma cartografia em uma instituição de saúde voltada para as pessoas com deficiência auditiva na qual a pesquisadora trabalha a partir de relatos de experiência de campo, seguindo os rastros de protocolos, formulários, organização e respostas às demandas dessa população. Considerou-se nesses estudos que as formas de inclusão e exclusão desses corpos passam pela relação com a perda da audição, fazendo com que o serviço foque na deficiência auditiva e não nas pessoas com perdas auditivas. Isso se apresenta na medida em que há diferentes formas de invisibilidade das necessidades sociais de saúde que vão para além da ausência da audição.

Palavras-chave: Surdez. Exclusão. Cultura. Políticas Públicas de Saúde. Cartografia.

ABSTRACT

This research was carried out in the Postgraduate Program in Psychology, with an area of concentration in health. The area of concentration, based on the research line "Public policies, culture and social productions", allowed the composition of the thematic field of this investigation to focus on the processes of social inclusion and exclusion of people who, in the field of health, are classified as having hearing impairments (PWD). From this objective, the research question is: how are deaf bodies made invisible in health care? The forms of social inclusion and exclusion are problematized in terms of the visibility and invisibility of these bodies in relation to public health policies. The present work has as analysis tools the studies focused on the discussions about colonialities, Deaf Studies and Cultural Studies. The research was carried out by cartography in a health institution dedicated to people with hearing impairment in which the researcher works from reports of field experience, following the traces of protocols, forms, organization and responses to the demands of this population. It was considered in these studies that the forms of inclusion and exclusion of these bodies are related to hearing loss, causing the service to focus on hearing impairment and not on people with hearing loss. This appears to the extent that there are different forms of invisibility of social health needs that go beyond the absence of hearing.

Keywords: Deafness. Exclusion. Culture. Public Health Policies. Cartography.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO ..... 9 **2. ASSISTÊNCIA AO SURDO NA ÁREA DE SAÚDE COMO FATOR DE INCLUSÃO SOCIAL: RASTROS PARA O PROBLEMA DE PESQUISA** .....
13 **2.1 Aproximações do SUS com a Surdez** .....
19 **3. CARTOGRAFIA INICIAL DO ENCONTRO COM A SURDEZ** .....
25 **3.1 Corpos surdos: da subalternização à colonialidade** .....
36 **3.1.1** Pistas do ouvintismo .....
41 **3.2.1** Multiplicação de corpos surdos .....
48 **4. ENCONTRO ENTRE OS CORPOS SURDOS** .....
53 **4.1 O corpo buscando uma saída pelo labirinto do SUS** .....
55 **4.2 Encontro de corpos** .....
60 **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS** .....
73 **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 75

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa de mestrado teve como temática as dificuldades enfrentadas pelas comunidades surdas diante dos modos de acesso ao serviço de saúde, considerando os processos de inclusão e exclusão social por meio dos jogos de visibilidade e invisibilidade social da pessoa surda. A pesquisa foi realizada, por questões teóricas e metodológicas, dentro do campo dos estudos pós-coloniais e cartográficos. Foi realizada na Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (Funcraf), uma entidade sem fins lucrativos, de caráter assistencial e filantrópico, com sede em Bauru – SP. Os atendimentos são 100% feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), voltados para pacientes que residem na cidade de Campo Grande – MS e em vários outros municípios vizinhos. Portanto, esta pesquisa foi feita a partir da minha experiência como enfermeira de um serviço que atende pessoas com deficiência auditiva e que procuram por este serviço, seja por escolha pessoal ou por encaminhamento de familiares, de escolas e de outros médicos, para tratar o que é classificado como deficiência auditiva, seja com intenção ou não do uso do aparelho auditivo. O paciente é atendido por uma equipe multidisciplinar composta por medicina, enfermagem, serviço social e fonoaudiologia.

Os atendimentos são voltados para todas as faixas etárias, e o paciente recebe a assistência de forma integral, dentro daquilo que se considera como atendimento ambulatorial de baixa complexidade voltado para a ausência ou perda auditiva. Os atendimentos focalizam a avaliação das condições de saúde da pessoa no que se refere às possibilidades de uso do aparelho auditivo e o acesso a ele em termos de uma política pública. Além de oferecer essas atividades, também fornece para os pacientes, desde que necessário à reabilitação auditiva e quando necessário, intervenção cirúrgica, com o paciente sendo encaminhado para o hospital de referência.

O objetivo geral que norteou a pesquisa foi o de compreender a acessibilidade aos serviços de saúde entre pessoas surdas, pensando as formas de inclusão e exclusão sociais; além disso, tem-se como objetivos específicos acompanhar processos que pessoas surdas enfrentam no serviço de saúde; e problematizar o modo como o serviço de saúde se organiza para responder às necessidades sociais de saúde da população surda. Esses objetivos são formulados a partir de algumas questões que desestabilizaram o campo do que se compreendia por problemas de surdez e acesso a tratamento para surdez, pois muitos serviços e informações de saúde se encontram inacessíveis aos surdos dada a deficiência em se estabelecer um processo de inclusão, acrescido

do fato de que a própria sociedade ainda vê o surdo como alguém incapaz de tomar suas próprias decisões em relação à sua saúde, mantendo-lhes na dependência de outras pessoas.

No decorrer desta pesquisa, nós nos deparamos com situações que “desterritorializam” o povo surdo – ausência de visibilidade, de protagonismo –, mas, por outro lado, observamos também lutas pela valorização de seus direitos. Venho trazer à tona essa temática e esmiuçá-la em pauta para possíveis reflexões e ações que visam diminuir as barreiras sociais, contribuindo para o campo das políticas públicas voltadas para a população surda.

Visando esclarecer inúmeras interrogações, antes apenas retóricas, seguimos algumas pistas cartográficas que envolveram a população surda, políticas públicas e políticas identitária, linguística e social. Desse modo, este estudo centraliza a pesquisa nos conceitos sobre a pessoa surda e as circunstâncias em que elas estão inseridas pelos modos de produção das interseccionalidades, constituindo certas invisibilidades e formas de exclusão social: o desprestígio linguístico; a inacessibilidade nos processos de comunicação e tradução; e o surgimento de protagonistas surdos mesmo diante da atual conjuntura de discursos sobre a “inclusão social”.

O tema delimitado neste estudo tem a proposta de seguir um itinerário cartográfico, que surgiu a partir da minha rotina e experiências vivenciadas enquanto enfermeira atuante com a comunidade surda. Tais vivências, ao trabalhar com essas populações e as equipes de saúde, possibilitaram a reflexão sobre o tema. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método, sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa (PASSOS, 2015).

Espera-se, assim, contribuir para dar visibilidade às relações entre cultura, marcadores sociais de diferença, identidades e corpos. O povo surdo pode ser formado por surdos da zona rural, surdos da zona urbana, índio surdos, mulheres surdas, surdos sinalizados, surdos oralizados, surdos com implante coclear, pessoas surdocegas, surdos com múltiplas deficiências, surdos afrodescendentes, surdos homoafetivos (LGBTQIA+) e outros que se identificam com povo surdo e apenas não pertencem à mesma comunidade surda.

Sendo assim, constata-se que há irregularidades no cumprimento do que está previsto no Decreto n.º 5.626, que assegura às pessoas com surdez o direito a assistência integral à sua saúde, na perspectiva da inclusão plena em todas as esferas da vida social e nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (BRASIL, 2000). De acordo com Souza *et al*. (2017),

pacientes com surdez geralmente buscam o sistema de saúde com menos frequência que os pacientes ouvintes, trazendo como principais dificuldades o medo, a desconfiança e a frustração. Assim, a comunidade surda não encontra atendimento igualitário nos sistemas públicos de saúde, ficando numa posição marginalizada não só na sociedade, mas também nos serviços de saúde pública no Brasil.

É importante aqui destacar que são várias as barreiras dentre as dificuldades de acessos aos serviços de saúde pela comunidade surda. Elas vão muito além somente da dificuldade da comunicação prejudicada entre pacientes e profissionais de saúde; destacaram-se também infraestrutura inadequada para o acolhimento e atendimento ao surdo, incerteza com relação aos cuidados em saúde prescritos na consulta e prejuízo da autopromoção de saúde.

Os surdos, mesmo sendo minoria, devem usufruir de maneira plena dos serviços de saúde, bem como ter acesso a informações sobre medicamentos. Quando o relacionamento entre o paciente e o profissional é marcado por um bloqueio de comunicação, produz-se um grande obstáculo para a promoção da saúde. O paciente surdo não consegue expressar seus problemas de forma compreensível e o profissional fica impossibilitado de demonstrar seus conhecimentos, inviabilizando o atendimento eficaz.

O programa de Psicologia com ênfase em Saúde me proporcionou como enfermeira uma base necessária, de modo a produzir outras maneiras de pensar e trabalhar com populações subalternizadas, tendo em vista que a grande problematização não é somente a dificuldade na comunicação – vai muito mais além disso –, partindo assim para necessidades sociais de saúde.

Como forma de organização dos itinerários da pesquisa, a mesma foi disposta em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a cartografia inicial; a pesquisa focou em elementos de aproximação com a temática da pesquisa. Essa aproximação se deu por meio de discussões sobre o conceito da surdez, sua relação com a legislação e sua aproximação com o campo da saúde.

Trata-se, com isso, de compreender a trajetória de obstáculos vivenciados pela comunidade surda, e se objetiva vivenciar a experiência do preconceito sofrido. Descrevi as legislações, línguas de sinais (Libras) e também relatei a importância de realizar uma acolhida de maneira mais humanizada, ressaltando a importância da inclusão social. Esse percurso inicial vai apontando os elementos que permitiram as interrogações e a formulação de objetivos. São questões que amarram os primeiros itinerários, que vão se estabelecendo por alguns relatos de

experiências, legislação, políticas de saúde e conceitos teóricos que permitem pensar sobre relações de poder de corpos subalternizados.

O segundo capítulo descreve o corpo surdo pensado pelas discussões sobre colonialidade e subalternização, com o objetivo de problematizar obstáculos aos processos de inclusão/exclusão social da comunidade surda a partir de formas de visibilidade e invisibilidade de corpos. Ele permitiu a formulação da questão de pesquisa: de que modo corpos surdos são invisibilizados na assistência à saúde?

Relato a busca pelo semelhante, por interlocutores possíveis, que compartilham formas de comunicação visual, além de expectativas e projetos comuns que fazem das comunidades surdas espaços de respiro para muitos sujeitos, onde podem conviver sem as marcas estigmatizantes carimbadas por olhares ouvintes. As invisibilidades da surdez assumem diferentes formas de objetivação. Especialmente na modernidade, quando da emergência da figura do anormal (FOUCAULT, 1975), a surdez tem sido objeto de polêmica e incompreensão.

No terceiro capítulo, descrevo o percurso cartográfico nas experiências vivenciadas no meu dia a dia de trabalho, ao longo de passos protocolados e formalizados na rotina do atendimento oferecido ao paciente, desde a chegada à unidade de atendimento especializado até sua liberação e o que propriamente ocorre durante o atendimento. Definem-se como protocolos assistenciais as orientações sistematizadas, às vezes em formato de orientações, com base nas diretrizes e evidências da literatura e elaboradas pela instituição onde são implementadas.

Priorizam-se pontos críticos e básicos no processo de decisão de um percurso assistencial. Não se trata apenas de um preenchimento de ficha, mas de um retrato do que precisa e precisou ser feito no ciclo do paciente em atendimento. No decorrer da cartografia, são realizadas as discussões sobre esses procedimentos, fluxos e rotinas a partir dos conceitos que emergem dos objetivos da pesquisa.

2. ASSISTÊNCIA AO SURDO NA ÁREA DE SAÚDE COMO FATOR DE INCLUSÃO SOCIAL: RASTROS PARA O PROBLEMA DE PESQUISA

Este trabalho nasceu do incômodo, de um emaranhado de experiências compartilhadas por vozes que não são vistas e, por conta disso, tendem a ser silenciadas. O presente trabalho, que agora é escrito, foi concebido por várias inquietações, desassossegos vivenciados no meu ambiente de trabalho.Faz sentido, então, mostrar meu percurso profissional, porque há aqui pontos teórico-vivenciais que me mobilizaram, conduziram-me ao estranhamento e possibilitaram posicionar o estudo da surdez no campo da saúde sob outras lentes.O incômodo precisou ser traduzido até ganhar forma de pergunta, que é o ponto de encontro para começarmos uma caminhada. Indica-se a pertinência desta investigação, vislumbrando-a como um meio de reconhecer, enfrentar e superar as lacunas existentes na comunicação entre profissionais de saúde e surdos, a começar pela escassez de estudos que abordam a temática proposta.

Iniciei esta trajetória no ano de 2013, quando participei de um processo seletivo para vaga de enfermeira da instituição. A proposta da oportunidade da vaga me despertou interesses, mas a princípio imaginei que teria como critério seletivo para a vaga ser habilitada no curso de Língua Brasileira de Sinais (Libras), pois não tenho a certificação do curso – até mesmo por se tratar de um serviço especializado voltado para pessoas com deficiências auditivas, como também um órgão vinculado à rede pública. Porém, não era exigência ter habilidades com Libras, sendo assim participei da seleção e fui classificada.

Deparei-me então com um grande desafio profissional, algo novo, algo que nem mesmo na minha vida acadêmica tive conhecimento: como poder atuar nesta área de assistência. A instituição também não oferecia nenhum treinamento específico para o atendimento dos pacientes. Confesso que fiquei um tanto aflita, insegura, de como estaria abordando cada paciente – cada um com suas limitações, além das minhas – e como poderia oferecer uma assistência satisfatória para cada um deles, pois, após um bom período passando por várias experiências indesejáveis, muitas vezes percebia as inquietações por parte dos pacientes, que queriam expor suas queixas, mas geralmente optavam por silenciar suas “vozes”.

E aqui é preciso fazer um primeiro aviso: da impossibilidade de engendrar caminhos “em abstrato”. Portanto, a pesquisa nasce sempre da preocupação com alguma questão; ela provém, quase sempre, de uma insatisfação com as respostas que já temos, com explicações das quais

passamos a duvidar, com desconfortos mais ou menos profundos em relação a crenças que, em algum momento, julgamos inabaláveis. Ela se constitui na inquietação. Nas palavras de Bujes (2007, p. 15): “Para investigar cientificamente é preciso experimentar a inquietação. Ela não nasce do nada, mas do desejo de dar solução a situações que geram desassossego e nos põem a pensar. Uma vez fisgado pelo problema, ele te rompe e te coloca em movimento”.

Dessa forma, apresento uma pesquisa construída por meio de histórias e da necessidade de torná-las visíveis e comunicadas. Destaco que o sentimento que me fez pesquisar sobre a temática e os sujeitos em questão perpassam minha vida cotidiana, visto que parto da minha própria trajetória como enfermeira (ouvinte), na vivência com a comunidade surda. Ao adentrar o programa de mestrado em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) no ano de 2020, fui movida e instigada por múltiplas inquietações pessoais e coletivas, diretamente ligadas às apropriações dos estudos e perspectivas pela psicologia. Propus no meu processo de mestrado cartografar as experiências cotidianas de corpos subalternizados que se nomeiam enquanto corpos surdos no cenário brasileiro, que em suas conexões, diálogos e aproximações possibilitariam, talvez, mapear os fenômenos psicossociais (processos de subjetivação e singularização) que se efetuam nas relações entre cultura, marcadores sociais de diferença, identidades e corpo. Expressoque os desassossegos, as inquietações na minha trajetória profissional me induziram e me impulsionaram a esta investigação e a escolher esta pesquisa. Por estas experiências, compreendi a surdez, com amparo nos saberes clínicos que a classificam, corrigem e a tratam. O surdo era visto muitas vezes pela sua “deficiência” e não pela sua diferença. Conheci as pessoas surdas como aquelas que necessitam desse serviço sob pena de ficarem privadas linguisticamente e terem prejuízos comunicativos, cognitivos, psicológicos e sociais.

A convivência com os surdos sinalizadores e a aproximação com os Estudos Surdos, referenciais teóricos que problematizam os surdos em sua perspectiva linguístico-cultural, puseram-me em contato com novas discursividades e ensejaram inquietações, momento em que resolvi me inscrever no mestrado com o intuito de ampliar essa linha de estudo e me aprofundar na temática – com isso, também buscar mais conhecimentos para assim colocar em prática em meu percurso profissional, partindo desse modo para a melhoria das necessidades sociais da saúde.

O início do percurso desta pesquisa foi cursando uma disciplina como aluna especial e lendo Angela Davis. Isso acabou também criando outras formas de olhar, pois venho de uma área

biomédica; fomos formados entendendo que era pela via da estimulação auditiva e da oralização que todos os surdos teriam acesso ao mundo linguístico e poderiam se desenvolver socialmente como todos os outros seres humanos, partindo que pouco conhecia sobre a surdez, mas convivia no meio de uma comunidade surda sinalizadora. Quando me deparei de imediato com os textos e discussões sobre injustiças, desigualdades, sobre diferenças de culturas, foi necessário construir pontes para que compreendessem que, mesmo eu estando impregnada pelo referencial teórico sobre o qual fui preparada, era possível me abrir ao diálogo, conhecer e experimentar outra referência da surdez.Contudo, a redefinição da pesquisa passou necessariamente pelos dilemas produzidos em mim ao ser interpelada por esta realidade. Desse modo, fui em busca de compreender de que maneira uma comunidade surda política concebia o fenômeno da surdez e como vivenciava a assistência à saúde cotidianamente. O encontro com a comunidade surda esculpiu no decorrer da feitura da dissertação um caminho que se fez caminhando. Aproximar-me de campos como os das discussões sobre colonialidades e os Estudos Surdos, que falam de uma comunidade surda, além da proximidade que vinha tendo com pessoas com deficiência auditiva em meu serviço, deram o tom de uma nova proposta de estudo.

Nesse trilhar, encontrei ao longo desse percurso histórias de vidas que sinalizavam pistas de outros caminhos, outras práticas e posicionamentos para além das precariedades agenciadas sobre/para seus corpos. Corpos estes que, ao longo de suas existências, encontraram-se diante de outros enfrentamentos para afirmação e preservação da própria vida, acometidos, por vezes, pelas “enfermidades” morais-sociais, das invisibilidades, silenciamentos, vulnerabilidades, medos e até isolamentos provocados pela própria comunidade surda e por tantas outras opressões que os alocavam em uma não existência no aparecimento social do presente-futuro; mas que, ao se encontrarem capturados por esse sistema opressor de aprisionamentos identitários, perceberam outros meios de respirar a potência, a inventividade, as inúmeras possibilidades de afirmar outras narrativas de si e das realidades ao seu entorno. O programa de Psicologia, com sua ênfase em Saúde, proporcionou-me como enfermeira uma base necessária para colocar em análise práticas cotidianas em um equipamento de saúde, de modo a produzir outros modos de pensar e trabalhar com populações subalternizadas, sob as quais não estão em jogo especificamente problemas de saúde, mas necessidades sociais de saúde.

Sobre o caminho a ser percorrido neste trabalho, vale ressaltar que, conforme já assinalei, alguns encontros teóricos me possibilitaram certas interrogações e percepções sobre meu

trabalho. Existem algumas discussões sobre os usos lexicais voltados tanto para as expressões surdas ou deficiências auditivas, porém há uma problematização que foi fundamental para esta dissertação que se trata de uma diferença entre as pessoas que se identificam com a deficiência auditiva e as pessoas que se identificam como surdas. As pessoas que se identificam como surdas compõem aquilo que elas chamam de uma comunidade surda, porque elas têm uma língua própria, que é a Libras; portanto, é um grupo que não pretende usar a oralidade como forma de lidar com o que se chama deficiência, então para essas comunidades eles são surdos e, sendo assim, eles não têm nenhum tipo de deficiências, não são portadores de deficiências.

Essa distinção nesse estudo é importante em dois aspectos: 1) a pesquisa foi feita com pessoas com deficiência auditiva, pois são aquelas que, de algum modo, relacionam-se com um serviço que as aproxima do ouvintismo; 2) a perspectiva de compreensão de uma comunidade surda auxilia essa dissertação em termos de reflexão sobre as formas de inclusão e exclusão a partir de processos sociais que tomam como referência o ouvintismo. Embora a noção de deficiência auditiva seja também problematizada, já que traz consigo a "deficiência", ela será utilizada nessa pesquisa tanto por tomá-la como conceito que organiza a política voltada para essa população quanto porque essa própria incorporação na política pública é considerada como uma forma de incorporar suas especificidades e buscar sua identidade social e legitimação como comunidade linguística diferenciada. E quando utilizo aqui no texto o conceito de pessoa surda para me referir à população que atendemos no serviço, estou considerando como sinônimo de pessoa com deficiência auditiva e não como comunidade surda. Ela acaba expressando a tentativa de suavizar determinadas condições dos sujeitos, desnudando um preconceito interiorizado. Por acreditarmos que são expressões aceitas, coerentes e de caráter não discriminatório, optamos por usar, neste trabalho, a expressão "pessoa com deficiência auditiva" (PINTO *et al*., 2009).

Ao longo dos anos, os termos que definem a pessoa com deficiência avançaram, acompanhando as elaborações científicas e a maturidade dos movimentos de defesa de direitos humanos. Atualmente, a expressão utilizada é "pessoas com deficiência" e seu protocolo facultativo, como texto constitucional.

O conceito de pessoa com deficiência está baseado no modelo social de deficiência. Nessa perspectiva, a deficiência não é algo que se encerra no corpo dos indivíduos com impedimentos. Também não é lesão ou uma doença a ser curada, mas uma questão a ser abordada por toda a sociedade; é uma constatação de que o ambiente tem relação direta na liberdade da pessoa com

limitação funcional, que poderá ter sua situação agravada por conta das relações e barreiras que podem lhe prejudicar o desenvolvimento e o exercício de direitos. Mas, de qualquer forma, é importante ter claro que essa população é heterogênea, na medida em que há pessoas que se identificam com o termo deficiência auditiva e há pessoas que se identificam como surdas, conforme escrito acima.

Nesta dissertação, trago vivências de pessoas com deficiências auditivas que buscam atendimentos em uma instituição de referência, voltada para essas pessoas, e nas quais, ao adentrar para suas consultas, essas populações se deparam com um mundo de identidades "contraditórias" (PERLIN, 2005, p. 52). Esse mundo que faz serem "ouvintes" ao invés de surdos; serem "deficientes" ao invés de diferentes.

Ainda, a identidade surda de transição se expressa em surdos que, após anos de "cativeiro da hegemônica experiência ouvinte" (PERLIN, 2005, p. 64), passam a frequentar as comunidades surdas e a partilhar das práticas simbólicas desses grupos. As novas interações surdo-Surdo, o aprendizado das línguas de sinais e as novas representações e discursos, aos poucos, refazem as formas de olhar, sentir, pensar e expressar o mundo desses sujeitos que vivenciam – em fase de transição – a des-ouvintização das representações da identidade. Portanto, busco aqui descrever as minhas experiências vivenciadas como enfermeira que se sente incomodada pelas maneiras como os usuários dos serviços vêm sendo atravessados diretamente pela população ouvintista, bem como pelas políticas públicas, pois uma das questões que desde o início já é possível perceber se refere ao uso e ao conhecimento limitado de Libras, tanto pelos pacientes quanto pela equipe, como formas de inclusão e exclusão social a partir dos jogos de visibilidades e invisibilidades de corpos.

A pergunta que se antecipa no título de introdução traz à baila as distensões que marcam o terreno cheio de espinhos onde se movimentam e conflitam com as diferentes formas de inclusão e exclusão social desses corpos surdos, dentro de um contexto de invisibilidade, em um modelo de inclusão excludente. Afinal, o que é ser surdo? Comumente, a surdez é associada a uma condição patológica, deficiente, incapacitante, que deve ser "curada" por meio de próteses, terapias de fala, treinamentos auditivos e aprendizados de comportamentos ouvintes. "Ouvintes", nesse universo semântico, são todas as pessoas que "ouvem" e que experimentam o mundo também por meio do som.

Na surdez assim (re)tratada não cabe outro esforço senão a reabilitação, em que o objetivo redentor é a normalização do corpo danificado e a superação da não audição. A falta, como força motriz das práticas de correção, sobressai sobre os possíveis, mas inimagináveis, ganhos. Haverá ganhos em ser surdo? Gestos e falas caritativas, paternalistas e assistencialistas se desdobram sobre essa compreensão, tão comum hoje como outrora. Nas entrelinhas dos discursos hegemônicos se enredam ideias que, menos ou mais visíveis, apequenam, subjugam e achatam os horizontes de muitos sujeitos surdos. Práticas pedagógicas, políticas públicas, leis de acessibilidade e um vasto corolário fundado em postulados biomédicos decorrem dessas acepções. A surdez é institucionalizada, patologizada, medicalizada, entremeada por ideários que se forjam naturais no senso comum; e o que se ouve como respostas imediatas e, por vezes,

irrefletidas (talvez por soarem "óbvias") são falas que pretendem a normouvintização e a inclusão dos sujeitos surdos em modos dominantes de agir, pensar, sentir e se expressar. Essas compreensões, aqui descritas com traços de denúncia, não causam a grande parte da população ouvinte um estranhamento sequer; "a surdez precisa ser tratada" é frase que transita fluida, sem grandes constrangimentos, em discursos hegemônicos. Mas, por parte de muitos surdos e ouvintes ligados às causas surdas, o que se vê e o que se entende sobre a surdez?

Meu encontro com o mundo da surdez ocorreu no ano de 2013, quando assumi o cargo de enfermeira em uma fundação com atendimento ambulatorial nas áreas de deficiência auditiva e fissura labiopalatina, situada em Campo Grande – MS.

A Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (Funcraf) é uma entidade sem fins lucrativos, de caráter assistencial e filantrópico, com sede em Bauru, no estado de São Paulo. Os atendimentos são realizados inteiramente pelo SUS e voltados tanto para pacientes que residem na capital quanto em cidades vizinhas.

A missão da Funcraf é permitir o acesso das pessoas com fissura labiopalatina (malformação esta que não será discutida nesta dissertação) e deficiência auditiva aos recursos e benefícios que promovam saúde, dignidade e bem-estar social, direitos inalienáveis do ser humano.

O que faz a fundação? Desenvolve atividades nas áreas de saúde, assistência, ciência e tecnologia e formação de recursos humanos, todas voltadas aos portadores de reabilitação, educação e capacitação profissional.

2.1Aproximações do SUS com a Surdez

A Atenção Primária em Saúde (APS) se tornou referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países a partir da década de 1980. O decorrer de sua efetivação regulamentou um sistema de saúde voltado à atenção integral com participação popular. Todo esse processo que caracteriza o serviço de saúde ofertado à sociedade brasileira tem acesso universal em todos os níveis de assistência das portas de entradas, por ser um dos princípios organizativos e doutrinários do SUS para enfrentar as desigualdades em saúde.

> Reconhecer o direito de cada um imparcialmente e constantemente nesse sistema político de acessibilidade, o acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, concebida eminentemente como dispositivo dialógico de afetividade relacional, numa lógica de corresponsabilidade entre os que cuidam e os que são cuidados com possibilidades de vínculos relacionais (MATTA; MOROSINI, 2006).

O acesso por parte da população aos serviços de saúde é fundamental para garantir a assistência à saúde eficiente e satisfatória. Os termos “acesso” e “acessibilidade” em saúde são complementares, pois a acessibilidade possibilita às pessoas chegarem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno desses mesmos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Assim, há entre as necessidades de saúde e sua satisfação a questão da acessibilidade. Essa, se não for plenamente garantida, poderá gerar obstáculos ao deficiente, inviabilizando o acesso aos serviços de saúde.

Como qualquer outro grupo populacional, as pessoas surdas precisam de acesso à saúde, não somente relacionada com a deficiência em si, mas também precisam ser assistidas por meio de medidas de prevenção, tanto as que são feitas em nível populacional – na forma de políticas ou campanhas de divulgação na mídia – como em nível individual, nas consultas com profissionais da saúde. A integralidade, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

Os profissionais das unidades de saúde, devido à dinamicidade do serviço, organizam-se por meio de escalas para o acolhimento dos usuários de acordo com suas especificidades. Nesse processo, o objetivo é desenvolver atenção integral ao paciente, o que implica uma escuta qualificada. Por sua vez, a coesão interdisciplinar da equipe implica maiores ou menores graus de melhorias na situação da saúde de uma determinada área, como também desenvolve autonomia de pessoas para exercer controle de determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva. É neste campo de universalidade e acolhimento preconizados na APS que devemos oferecer o acesso e a construção de confiança entre profissionais de saúde e pacientes surdos, estimulando o autocuidado, em que o ser surdo convive com a vulnerabilidade e indiferenças culturais e linguísticas (GOMES, 2012).

Sabe-se que é nessa ambiência receptiva que é partilhada a produção de discursos e de significados atribuídos durante o contato interpessoal. No entanto, a barreira comunicativa prejudica a participação do Ser Surdo no processo saúde/doença e dificulta o seu julgamento pessoal, advindo de sua subjetividade sobre o seguimento continuado do percurso assistencial. Como qualquer outro grupo populacional, as pessoas com deficiência auditiva precisam de acesso à saúde, não somente relacionado com a deficiência em si, mas também precisam ser assistidas por meio de medidas de prevenção – tanto as que são feitas em nível populacional, na forma de políticas ou campanhas de divulgação na mídia, como em nível individual, nas consultas com profissionais da saúde.

Conforme Nóbrega *et al*. (2012) relatam, a importância da comunicação nos serviços de saúde é fator primordial à equipe multiprofissional, já que por meio dela se orienta o usuário surdo para auxiliar na compreensão da sua saúde ou de seu adoecimento, abordam-se os tratamentos e se apontam maneiras novas e diferenciadas de comportamentos que mantenham um cuidado eficaz e um atendimento de maneira mais humanizada.

> Em prol da ampliação de possibilidades que influenciam a capacidade dos serviços de saúde em assegurar o acesso e modos de acolhimento que produzem cuidados em consonância com as diferenças do Ser Surdo, considerando que através da LBS (Língua Brasileira de Sinais) ele é capaz de interagir socialmente e difundir sua própria cultura e identidade (BRASIL, 2005).

Cabe à política social das universidades, no momento de formação acadêmica profissional, contribuir para diminuir as proporções de desigualdades com inserção de pesquisas e temáticas que refletem questionamentos sobre as práticas que garantem o direito do Ser Surdo sob uma perspectiva diferenciada de atendimento na saúde coletiva. Essas ações podem vir a viabilizar um atendimento esquematizado de maneira mais individualizada, com o foco em cada necessidade e melhoria no atendimento do Ser Surdo na APS, como conceituou Farias (2016). Esse "fazer política cidadã" pode reverter a dispersão causada pelo desvio de responsabilidade do Estado, no que tange a veiculação da LSB de forma optativa para obrigatória nos cursos de Medicina e Enfermagem para que não haja interferência do pleno acesso e acolhimento do Ser Surdo na ATP, desfazendo os princípios doutrinários de universalidade e integralidade do SUS conforme leis vigentes.

É observada por Baquero (2012) a necessidade da capacitação permanente do profissional de saúde. A educação continuada é um mecanismo fundamental, com o propósito de aprimorar o desempenho profissional que se administra como um método constante. Ela viabiliza a progressão de capacidade profissional, visando a obtenção de informações, de destrezas e de maneiras para atuar na realidade, além de prestar assistência e reduzir os impasses provindos de desatualizações na formação. Desse modo, é possível correlacionar a melhoria na exclusão social, diminuindo assim a segregação das diferenças e estimulando a comunidade para o aumento de suas habilidades e recursos sobre o processo saúde e doença.

A finalidade é eliminar os obstáculos que possam surgir no atendimento ao surdo na rede pública de saúde, facilitando, por meio da comunicação adequada, o entendimento das necessidades que o levaram a procurar um atendimento médico e garantindo seu acesso integral ao Sistema Único de Saúde. Campos *et al*. (2001) e Correia *et al*. (2019) argumentam que esses obstáculos se tornam muitas vezes irrelevantes, pois a capacitação oferecida para os profissionais de saúde nem sempre atende as diferenças de diversos grupos populacionais com qualidade e resolutividade, uma vez que as formações são realizadas de maneiras tradicionalistas. Não existe uma reformulação voltada para as necessidades da comunidade surda, e tudo isso se torna algo que acaba favorecendo os profissionais de saúde, predominantemente o campo biomédico em si, e torna deficitário o elo abrangente e contextualizado entre médico e paciente (CAMPOS *et al.*, 2001; CORREIA *et al.*, 2019).

A problemática do atendimento do Ser Surdo é observado por Alves e Segatto (2002), quando dizem que pode ser visto e definido com um atendimento ineficiente do Ser Surdo, carente de criação e ampliação de ações de saúde, acordadas com os avanços sociais e conquistas legais desse público, para que possam diminuir as desigualdades linguísticas, marginalização e perda da identidade – sendo assim corpos invisíveis e subalternizados.

> Considera-se que o direito à saúde circunda as diferenças e enseja que os usuários sejam atendidos integralmente. Já nas relações diretas de saúde entre usuários e profissionais, evidencia-se um novo contexto que desmonta a importância do trabalho das ESF (Estratégia de Saúde da Família) em relação ao acolhimento, acreditação, humanização, cuidado coletivo e integral. Verificam-se ainda possibilidades de prejuízos que envolveram o processo de promover saúde, que se destacou no fim do século XX e início do século XXI. Além de romper com os avanços de entendimento das demandas de determinantes de saúde articulados ao contexto do usuário, que neste momento podem subverter apenas em quantidade de usuários cadastrados (SILVA, 2016).

Entende-se que há uma desvalorização das políticas de saúde, em razão de questões mercadológicas, contribuindo para a ampliação das formas de exclusão social e cultural, já que aumentam as iniquidades em termos de acesso às condições para diminuir os impactos que uma deficiência auditiva cria para o sujeito dentro de uma sociedade. É importante, dessa forma, uma articulação entre políticas econômicas e sociais voltadas para planejamento, financiamento, execução e avaliação dos resultados (MAGALHÃES, 2008; ACHOCHE, 2009), visto que muitas das medidas preventivas envolvem ações de aprimoramento em saúde e que para disseminar informações é necessário ter comunicação eficaz, de acordo com as particularidades dos usuários

do SUS. “Neste cenário, o conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde sobre a LBS interfere no entendimento de saúde da comunidade surda, em razão da falta de conscientização e/ou capacitação desses profissionais na dimensão de considerações não biológicas”, relata Sacks (2010). Neste quesito, dentre outros grupos vulneráveis, o Ser Surdo se mantém em posição de vulnerabilidade social no acesso e no acompanhamento de riscos e agravos à saúde, por diferença cultural e linguística entre ouvintes e Seres Surdos.

Esta dissertação tem como temática as formas de invisibilidade e visibilidade de pessoas com deficiência auditiva, considerando os processos de inclusão e exclusão social na assistência à saúde, focalizando como objetivo da pesquisa problematizar obstáculos e dificuldades

enfrentadas por pessoas surdas quanto a itinerários na saúde, quando buscam atendimentos nos serviços de saúde sob a perspectiva do contexto da atenção primária (Unidade Básica de Saúde), especialmente em um serviço voltado para as especificidades dessa população.

Apesar de o SUS ter tido importante papel na extensão da assistência da população brasileira, a comunidade surda sofre com a indiferença da sociedade e tem menor alcance aos serviços de saúde pública. Os direitos dos usuários de serviços de saúde da comunidade surda estão garantidos pela Política Nacional de Saúde da pessoa portadora de deficiência; no entanto, pode-se observar que o sistema público de saúde ainda apresenta fragilidades no atendimento desses indivíduos. O acolhimento é o maior desafio para os profissionais da área da saúde, e a dificuldade comunicacional é o maior obstáculo nos atendimentos da comunidade surda, o que pode ser atribuído, em um primeiro momento, à falta de conhecimento, capacitação e despreparo dos profissionais da saúde, até mesmo na forma de interagir ou se portar diante do paciente com surdez. Ou seja, em um primeiro plano de visibilidade, a questão da fragilidade do acesso seria compreendida pela falta de capacitação e comunicação.

Diante do exposto, partimos da perspectiva de seguir um itinerário cartográfico das práticas no espaço de atendimento, a partir do acompanhamento do atendimento ao paciente com surdez que vai desde as legislações e políticas públicas até os protocolos, permitindo considerar algumas outras questões por meio das relações de poder e dos modos como esses corpos são visibilizados e invisibilizados. Isso implica entender o cotidiano de trabalho em um estabelecimento de saúde e as formas que os procedimentos vão sendo executados. Neste caso, não se trata de focalizar a conduta de um profissional individualmente, mas o jogo que naturaliza os processos de atenção à saúde, de modo a fazer desaparecer questões como constrangimentos, sofrimentos e a diminuição de atendimentos dos pacientes deficientes auditivos no estabelecimento de saúde.

A cartografia como orientação do trabalho do pesquisador não é feita de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método, sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa (PASSOS, 2015). Umas das principais características da realização de uma pesquisa cartográfica é a dimensão do acompanhamento de processos. Como nos ensinam Passos, Kastrup e Escóssia (2010), cartografia em pesquisa é um método que não se faz por caminhos rigidamente preestabelecidos, mas traça suas rotas e metas no ato de caminhar,

no decorrer dos percursos. O pesquisador não se propõe a estar num determinado campo apenas como observador distanciado dos processos que se desenrolam no ambiente da pesquisa. Ao contrário disso, insere-se/deixa-se inserir no campo que estuda. Sua proposição é esta e este é um dos objetivos que busca, ou seja, criar planos de trabalho, de ação, de intervenção e de pesquisa. A pesquisa cartográfica afirma a importância do interesse daquele que investiga, assim como

também o interesse próprio do objeto. “O pesquisador sai da posição de quem julga a realidade do fenômeno estudado para aquela posição ou atitude de quem se interessa e cuida” (PASSOS; KASTRUP, 2014, p. 29).

Pretende-se contribuir com uma reflexão, seguindo rastros das políticas públicas e dos itinerários de profissionais de saúde e usuários, sobre as formas de inclusão e exclusão nos serviços prestados no âmbito da saúde e suas diversas expressões, para a problematização dos ideais dominantes que permeiam essas noções. Trago a qualificação do problema de pesquisa por meio de uma questão norteadora: de que modo corpos surdos são invisibilizados na assistência à saúde?

3. CARTOGRAFIA INICIAL DO ENCONTRO COM A SURDEZ

Nesse primeiro itinerário cartográfico, a pesquisa focou em elementos iniciais de aproximação com a temática da pesquisa. Essa aproximação se deu por meio de discussões sobre a surdez, sua relação com a legislação e sua aproximação com o campo da saúde. Eu, como enfermeira, fui tomando conhecimento do estudo sobre a surdez através desta cartografia, que começo a relatar a seguir, e para isso realizei leituras em que pude me aprofundar sobre as políticas públicas, como também em literaturas de autores que discutem o tema abordado, como Gládis Perlin, Skliar, entre outros – leituras essas que iniciei durante o mestrado. A surdez, de acordo com uma taxionomia biomédica, compreende a perda total ou parcial da percepção normal dos sons (SILVA *et al.*, 2015).

No contexto atual, para a medicina e, consequentemente, para a área da saúde, a pessoa surda é aquela que tem perda auditiva, e a mesma é aferida em decibéis. Ocorre que muitas pessoas confundem a surdez com a deficiência auditiva, porém, há distinções entre elas, sendo que a deficiência auditiva é uma perda adquirida, ou seja, o indivíduo nasce com a audição perfeita e ao longo de sua vida, por fatores externos como lesões, maus hábitos ou doenças, perde a audição. É importante mencionar que as pessoas nessas condições, na maioria dos casos, aprenderam a linguagem oral e após a deficiência passam a ter a necessidade de se comunicar de outra forma. Já o surdo tem origem congênita, ou seja, o indivíduo nasce sem a audição, não sendo capaz de ouvir nenhum som, e sua comunicação se torna comprometida. Não há meios de minimizar isso, tampouco intervenções a fim de sanar essa incapacidade dentro de uma perspectiva biomédica centrada na relação entre o normal e o anormal (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2016).

Essa primeira definição eu encontro pela minha cartografia como enfermeira, que se forma dentro de uma lógica biomédica. Entretanto, meu percurso, que continuará agora com o mestrado, complexifica esse primeiro encontro de modo que ser portador de deficiência auditiva se refere a pessoas que de alguma forma estão incluídas em processos de aproximação das oralizações, enquanto que pessoas surdas compõem um grupo que se considera como uma comunidade, já que possuem uma língua própria – no caso a Libras – e, portanto, não se configuram como portadores de uma deficiência ou de uma ausência.

Nessa perspectiva, a comunicação é a peça-chave nas relações interpessoais. É por meio dela que os indivíduos interagem, o que na área da saúde é fundamental para o estabelecimento de uma relação profissional-paciente com qualidade e assistência adequada. Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) descrevem a importância de ser realizar uma recepção de maneira mais acolhedora, que pode permitir um melhor conhecimento das necessidades e prioridades do outro. Sendo assim, podemos oferecer um atendimento de maneira integralizada e auxiliar o tratamento de forma mais humanizada. Quando uma pessoa surda que se comunica por meio da língua de sinais entra em contato com profissionais de saúde, como o enfermeiro, a comunicação pode não se dar de forma satisfatória por não existir uma língua comum que os una, configurando um obstáculo na relação e comprometendo o processo de cuidado do usuário (CHAVEIRO, BARBOSA; PORTO, 2008; CHAVEIRO; PORTO E BARBOSA; PORTO, 2009).

A comunicação, assim, torna-se parte de uma das formas de acesso à saúde, entendendo-a a partir da Constituição de 1988. A saúde é um direito universal, previsto e garantido a todos e apresentado no art. 196 da Constituição Federal de 1988, cabendo ao Estado a sua promoção:

"Art. 196: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Assim, a relação da saúde com o serviço público passa a compor com a cidadania, já que, como direito e, principalmente, como garantia à vida, é uma cláusula pétrea, conforme disposto na Constituição Federal de 1988, que também legisla sobre a obrigatoriedade do Estado em prestar serviços condizentes à saúde e sua manutenção, ou seja, são necessárias práticas para efetivação do mesmo, por ser um direito fundamental. Portanto, o acesso à saúde é uma garantia que precisa ser administrada visando o bem de todos.

A população surda é real, existente e a cada dia mais participativa e apropriada de seus processos e direitos sociais, porém o atendimento ou assistência à saúde em termos práticos ainda é frágil dessa interação e inclusão. Nesses termos, a inclusão não é demagogia, como a saúde; ela é um direito, enunciado no art. 25 do Decreto n.º 5.626/05:

> 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 a atenção integral à saúde, nos diversos níveis

> de complexidade e especialidades médicas, efetivando: […] 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).

As trajetórias da população com surdez têm demonstrado ao longo de seus percursos histórico-culturais um conjunto heterogêneo de lutas políticas, que tencionam com dificuldades e obstáculos impostos pela sociedade por meio de preconceito, discriminação e desconhecimento de sua condição biológica e identitária. Essas lutas políticas têm permitido que um novo olhar seja vislumbrado sobre este contexto, em que na atual sociedade a surdez já não ocupa exclusivamente um espaço de anormalidades e especialmente de deficiências, apresentando outras performances, com problematizações de lutas de diferentes agentes, como ativistas e profissionais dos mais diversos segmentos da área multidisciplinar em saúde (OLIVEIRA *et al*., 2012; ARAGÃO *et al.*, 2015).

Dentre essas lutas, uma das que tem fortalecido as discussões e processo de inclusão é a própria formalização de comunidades de surdos. A comunidade surda tem como primeira língua a Língua Brasileira de Sinais (Libras), que é reconhecida pela Lei n.º 10.346/02 como segundo idioma oficial do País. Tendo cultura própria e características únicas, é compreendida em uma linguagem, além de normas sociais; porém, é preciso que haja um período de adequação para a maturação cognitiva, e somente após isso poderá iniciar o processo do bilinguismo, ou seja, utilizar a Libras e a Língua Oral (HONORA, 2014; BRASIL, 2005; FENEIS, 2015; MASCARENHAS; MORAES, 2015).

> A Libras distingue-se da língua oral porque utiliza um meio ou canal visual espacial e não oral auditivo. Tais sinais são apresentados por meio da combinação de formas e movimentos das mãos e de pontos no corpo ou no espaço, e é conceituada como forma de comunicação e expressão (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006).

Além disso, dentro da comunidade surda, os mesmos optam por serem assim chamados, já que isso é inerente a eles, como uma característica, sendo que eles não buscam ser tratados como ouvintes e sim se comunicarem dentro de outras modalidades de tradução, com respeito e

possibilidade de inclusão, conforme o modelo socioantropológico que trata da surdez como uma diferença cultural, semelhante às variantes linguísticas de um país. Segundo Monteiro (2006, p. 292-305), no contexto social e cultural o termo Surdo é utilizado para definir a pessoa pertencente à Comunidade Surda e que usa a Libras para se comunicar.

A comunicação por Libras é um sistema linguístico visioespacial, ou seja, faz uso da visão e do espaço em vez da audição e do som. Seus sinais são formados pela configuração de mãos e movimentos associados a pontos de referência no corpo e no espaço, podendo vir ou não acompanhados de expressão facial. São diversos os meios de comunicação existentes no mundo, e cada um deles representa ou caracteriza uma região ou povo específico; no caso dos surdos, não seria diferente, demonstrando-se uma forma de linguagem elaborada e única. O processo de comunicação dos surdos se realiza por meio de movimentos gestuais e expressões faciais, que utilizam a visão no lugar do discurso e da audição, que são comumente utilizados nos demais idiomas. Mesmo a língua de sinais sendo amparada legalmente – tanto pela Lei n.º 10.436, de 24 de abril de 2002 (BRASIL, 2002), quanto pelo Decreto n.º 5.626, de 22 de dezembro de 2005, que regulamenta a lei –, o processo comunicativo entre surdos e ouvintes ainda é muito limitado, dificultando a interação social e o direito à cidadania (SANTANA, 2013). Cada nação possui sua própria linguagem dos sinais, sendo a mesma influenciada pela cultura, expressões ou características de cada região, como qualquer idioma.

> Ao contrário do que muitos imaginam, [as línguas de sinais] não são simplesmente mímicas; gestos soltos utilizados pelos surdos para facilitar a comunicação, pois possuem estruturas gramaticais próprias compostas pelos níveis linguísticos: o fonológico, o morfológico, o sintático e o semântico. Logo o que a diferencia das demais línguas é a sua modalidade visual-espacial (Muncinelli, 2013 *apud* ALVES; FRASSETTO, 2015).

A linguagem de sinais é constituída por regras gramaticais distintas, que serão desenvolvidas no dia a dia, possibilitando ao surdo fluidez e autonomia nas formações discursivas. As demais linguagens atuarão como auxílio nas condições impostas pelo ouvinte. Apesar disso, a linguagem verbal tem peso substancial sobre a linguagem de sinais, por se tratar de uma língua predominante, abrandando a significância do idioma correspondente à sociedade surda. Essa desvalorização se dá pelo fato de não existir registros escritos sobre Libras, levando à depreciação social e à interiorização da língua. Para entender a língua dos sinais é necessário

saber que existem elementos básicos da linguagem, que estimulam a ponderação sobre a inclusão do surdo na sociedade. Esses componentes são divididos em três elementos visuais que serão empregados na comunicação: movimentos corporais, gestos das mãos e expressões faciais. Ao serem realizados os gestos com as mãos, deve-se analisar a forma com que as mãos realizam um sinal ou a localidade onde o gesto é feito (em frente ao corpo ou uma região do próprio corpo). As expressões faciais e corporais também são importantes, pois serão utilizadas para formar frases paralelas à acentuação da língua portuguesa e demonstrarão a forma que a frase foi empregada (SILVA, 2018).

De acordo com o levantamento de dados estatísticos de 2010 realizado pelo Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), afirmou-se que o número de surdos no Brasil é de 9,7 milhões, e desses, cerca de 2.147.366 pessoas expressam ausência auditiva severa, prevalecendo no gênero masculino. Embora a comunicação com pessoas surdas (DA) seja possível com a perda da audição, mediante a Língua Brasileira de Sinais (Libras), quando nos referimos a diálogo entre pessoas surdas e ouvintes, existem poucos profissionais da saúde que possuem habilidades e domínio nesta forma de comunicação, incluindo-se aí profissionais da área da saúde, educação, assistência, entre outros (HONORA, 2014; BRASIL, 2016; CHAVEIRO, 2009).

A inclusão social referente às pessoas com surdez nos serviços de saúde se estabelece a partir da qualidade do atendimento prestado de modo integral e integrado às situações individuais e coletivas de cada indivíduo (HECK *et al.*, 2015). É legalmente constituída no Brasil de acordo com a Lei n.º 13.146/15, parágrafo 1: 5, em que são garantidas à pessoa com deficiência condições de igualdade e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015). Segundo Neuma (2013), um dos desafios para a sociedade do século XXI é conviver com respeito à diversidade e assegurar o direito de igualdade. O encontro clínico entre o especialista da área da saúde e pessoas com surdez normalmente acontece fora dos padrões esperados na rotina de qualquer profissional. Indivíduos surdos e profissionais se veem diante de limitações que dificultam o vínculo a ser estabelecido entre eles. Esse aspecto se agrava se for considerado o fato de que a Língua Brasileira de Sinais quase sempre é desconhecida pelos profissionais da saúde.

Para muitos, a solução encontrada está na solicitação da presença do intérprete da língua de sinais como mediador, o que implica a inclusão de uma terceira pessoa nesta relação

(NEUMA *et al.*, 2009; NEUMA *et al.*, 2015). O encontro entre profissionais e pessoas surdas que buscam, além de acolhimento, relações humanitárias e de confiança costuma ser marcado por dificuldades na hora da comunicação, causando-lhes constrangimento e desconforto devido a obstáculos vivenciados no momento de seu atendimento junto ao especialista requisitado (COSTA *et al.*, 2009; PIRES; ALMEIDA, 2016).

Quando o paciente com perda auditiva se encontra no ambiente de assistência à saúde, fica nítida a ansiedade pela perspectiva de como será atendido, causando reações que demonstram medo com relação aos procedimentos. Outro agravo é que este paciente percebe pela reação dos profissionais o despreparo para atuar com a sua realidade, como o desafio de atender pessoas com perda auditiva nos consultórios. Tal fato é caracterizado principalmente pelos obstáculos observados no momento da sua abordagem, devido à falta de aptidão destes profissionais e de conhecimento a respeito deste indivíduo (SOUZA *et al.*, 2017).

Segundo Silva e Rodrigues (2015), faz-se necessário a presença de um intérprete de Libras ou de um familiar durante a consulta, que poderiam explicar os procedimentos a serem realizados no paciente surdo, deixando-os mais seguros durante a consulta. Costa *et al.* (2009) identificam que a presença de um intérprete quebra o vínculo que deve existir entre profissional e paciente, vínculo o qual mantém a privacidade do indivíduo no ato do atendimento. Portanto, se não há diálogo entre ambos, logo o surdo não consegue expor suas dúvidas nem questionamentos, tornando a individualidade inexistente e impedindo que o mesmo exerça a sua autonomia no atendimento (SANTOS; PORTES, 2019). Em se tratando de individualidade, o profissional de saúde deve entender que o surdo vê o mundo de forma diferente dos ouvintes.

A Libras, sendo língua oficial da comunidade surda, é uma das grandes ferramentas a serem utilizadas por aqueles que buscam esse conhecimento, indispensável para a comunicação entre profissional e paciente. A utilização da Linguagem Brasileira de Sinais é uma forma de garantir a preservação da identidade das pessoas e comunidades surdas. Além disso, contribui para a valorização e reconhecimento da cultura surda, que por tanto tempo foi o alvo da hegemonia da cultura ouvinte.

A pessoa surda, por meio da Língua de Sinais, pode desenvolver integralmente todas as suas possibilidades cognitivas, afetivas e emocionais, permitindo sua inclusão e integração na sociedade. Nesse sentido, pesquisadores de diversas áreas da saúde têm concentrado esforços na tentativa de desenvolver novos conhecimentos para facilitar a abordagem de pessoas com surdez

e promover sua comunicação e atendimento, bem como aprimorar os conceitos já existentes. “O desenvolvimento de novas técnicas para abordar os surdos nos atendimentos deve ser feito para que eles se sintam mais acolhidos e seguros, sabendo que o profissional que o está atendendo tem capacidade de entender seus sinais e atender suas necessidades” (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Com isso, a inclusão da Libras nos diversos cursos na área de saúde se faz necessária para o aprimoramento e o conhecimento desse meio de comunicação diferente, usado para um paciente específico – o surdo – e desconhecido pela grande maioria dos profissionais de saúde (GOMES *et al.*, 2017). As barreiras e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no Brasil se dão pela falta de conhecimento da Libras, tornando assim mais difícil o acesso desse indivíduo aos serviços de saúde e impossibilitando sua inclusão na sociedade.

O intérprete da Língua Brasileira de Sinais é um profissional pouco conhecido, devido à sua recente homologação como profissão. No Brasil, o intérprete de Libras passou a ser observado nos anos 1980, devido aos trabalhos de caráter religioso, mas a categoria só foi considerada como profissão depois da sanção da Lei Federal n.º 12.319/2010, que regulamenta sobre o exercício da profissão de tradutor e intérprete da Libras, que terá a competência para realizar interpretação das duas línguas de maneira simultânea ou consecutiva e proficiência em tradução e interpretação das Libras e da Língua Portuguesa (ARAUJO *et al.*, 2015). O intérprete de Libras ainda passa por um processo de construção da sua identidade como profissional, possibilitando às gerações futuras diferentes perspectivas de conhecimento sobre o surdo e os significados da intervenção ou auxílio do intérprete nas relações interpessoais (SILVA *et al.*, 2017).

A enfermagem é uma profissão dedicada aos cuidados essenciais e básicos à vida humana. No âmbito da atenção básica à saúde, é uma profissão considerada porta de entrada para cuidados básicos. Na área da saúde, a profissão de enfermeiro é conhecida pelo seu contato e relacionamento direto com paciente. São os primeiros a atenderem e guiarem os pacientes conforme suas necessidades médico-hospitalares. Por isso, o uso correto e efetivo da comunicação na profissão de enfermagem se torna tão importante quanto os conhecimentos clínicos.

Pagliuca, Fiúza e Rebouças (2007) retratam a dependência que existe por parte dos pacientes com perda auditiva em relação à equipe de enfermagem. Os mesmos se apresentam vulneráveis ao pouco que esses profissionais podem lhes oferecer, exatamente por não terem

habilidade de comunicação total com esta clientela. Na maioria das vezes, ao recorrer aos profissionais da área da saúde, o surdo se defronta com a falta de domínio de comunicação por parte deste grupo.

Segundo Pires e Almeida (2016), quando não há comunicação entre surdo e profissional, o atendimento fica voltado para o acompanhante, prejudicando a interação do paciente com o profissional e provocando insegurança e constrangimento da parte do surdo.

Devido à falta de comunicação dos profissionais, os surdos se sentem destratados, indignados, chateados e discriminados, já que o atendimento não supre suas necessidades. Isso faz com que muitos deles procurem as instituições de saúde em extrema necessidade (CAVAGNA *et al.*, 2017).

Para oprofissional de saúde, uma efetiva comunicação com seus clientes propicia um atendimento de qualidade; portanto, uma formação que vise compreender o surdo – e não apenas sua patologia – favorece uma assistência humanizada (BARBOSA *et al.*, 2003). Conforme Araújo (2013, p. 10 *apud* CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006): “Vale ressaltar que os surdos nem sempre conseguem ler o que foi escrito pelo profissional de saúde, porque existem palavras difíceis, termos técnicos, pela insuficiência do surdo no que concerne o português ou simplesmente porque a letra do profissional é ilegível”. A utilização da escrita pode ser proveitosa durante a consulta de enfermagem para a comunicação com pacientes. Contudo, é comum a população surda ter mais dificuldades que a população em geral. Sendo assim, é importante que para explicações complexas sejam dispensados maior atenção e cuidados quanto à utilização de termos técnicos para tais explicações. Vale ressaltar ainda que uma letra legível evita confusões no entendimento.

A comunicação entre profissional de saúde e paciente surdo deve ser efetiva e ter como objetivo o cuidado humanizado e diferenciado para que as necessidades sejam atendidas. Percebe-se que muitas vezes, ao procurar os profissionais da área de saúde, o surdo se depara com a falta de domínio na comunicação por parte do enfermeiro e dos profissionais da saúde, e na opinião dos surdos há falta de interesse dos profissionais em aprender a se comunicar em Libras. Nota-se que a assistência dada ao surdo por parte da equipe da saúde não condiz ao que por lei lhe é de direito. Porquanto, vale destacar que os surdos têm como direito a tomada de decisões quanto a sua saúde, direito à compreensão dos procedimentos, diagnósticos, tratamento e prognóstico. Além disso, os surdos têm o direito de tirar dúvidas com médicos, enfermeiros e

todos envolvidos em seus cuidados, incluindo estudantes e residentes, e, por fim, têm o direito de ter um intérprete para facilitar a comunicação (OGUISSO; SCHIMIDT, 2007).

O profissional de saúde tem de adquirir competência no uso de técnicas de comunicação não verbal, no intuito de desenvolver uma postura que permita a aquisição de conhecimentos de questões inerentes a um cuidado humanizado por todos os clientes, com o objetivo de lhes oferecer apoio, conforto, informação e despertar seus sentimentos de confiança e autoestima (ARAUJO, 2013 *apud* GOMES *et al.*, 2009). Apesar de a enfermagem estar voltada para os princípios da humanização do cuidado e visão integral da saúde, não se observa no conjunto de ações e conhecimentos da formação dos enfermeiros uma disciplina que fundamente melhor as condições de saúde das pessoas com diferentes necessidades de saúde, como no caso da população surda. Se fossem devidamente considerados seus direitos e necessidades, certamente facilitaria a inserção do profissional enfermeiro no contexto desses atores sociais, oferecendo de fato um atendimento humanizado para esta população (SANTOS; SHIRATORI, 2004).

Sobre isso, Costa *et al.* (2009) apontam sugestões para a adequação dos profissionais de enfermagem para uma boa comunicação com seus pacientes. São elas: estabelecer uma relação profissional com o paciente, de modo a falar olhando para ele de forma clara e pausada; falar palavras curtas e de maneira bem articulada; escrever sem abreviaturas; reforçar expressões faciais; explicar antes de fazer um procedimento passo a passo; esclarecer para que serve a medicação; ter paciência; apresentar organização dos serviços; e estabelecer comunicação entre a recepção e os médicos, avisando sobre a presença de um paciente surdo na sala de espera. Faz-se importante também a distribuição de senhas com indicação do número do atendimento e setor onde será atendido (chamada por meio de painel visual) e disponibilidade de intérpretes nos serviços de saúde em seus diversos níveis. Além disso, para a formação do profissional da área da saúde, devem ser incluídas informações sobre as pessoas surdas – características, necessidades e diferenças – nos cursos de graduação e, por fim, uma disciplina de Libras nas faculdades da área da saúde. O atendimento à saúde, bem como seus profissionais, deve ser de excelência, sempre pronto a atender os mais variados pacientes, disposto não somente a compreender o quadro clínico, mas oferecer um atendimento personalizado e individualizado.

Conforme abordam Chaveiro, Porto e Barbosa (2009), no encontro entre o profissional de saúde e paciente surdo deve haver uma maneira em comum de interagir, pois se a comunicação não acontecer de maneira mais humanizada possível, ela pode ocasionar muitas vezes uma má

interpretação e levar até mesmo a grandes riscos para o paciente. A simples entrega de uma receita constando o medicamento e posologia não é garantia de que ele será tomado corretamente, tendo em vista que muitos surdos não são alfabetizados ou têm baixo grau de escolarização. As barreiras de ordem comunicacional muitas vezes estão associadas a atitudes de desrespeito, afastamento e impaciência por parte dos profissionais, o que dificulta a construção de vínculos e até mesmo empatia com o outro. O profissional deve abordar o paciente de maneira que venha a transmitir empatia e demonstrar interesse em suas queixas, possibilitando assim um atendimento de forma mais humanizada (FREIRE, 2012).

E se configuram de forma gravíssima como manifestações de discriminação. Para não ter de se deparar com situações como estas, surdos procuram menos os serviços de saúde em comparação a ouvintes (COSTA; SILVA, 2012). Eles tendem a procurar bem menos a assistência à saúde, deixando muitas vezes de realizar ações preventivas e consultas de rotina – dando uma falsa impressão de que são poucos e retroalimentando a invisibilidade e a manutenção da situação de despreparo dos serviços de saúde. Diante de tais dificuldades, o sujeito surdo, sua família e alguns profissionais mais dispostos a superar as barreiras que atrapalham o seu próprio trabalho recorrem, na medida do possível, a estratégias para superá-las.

É comum que sejam usados meios alternativos de comunicação, como escrita, leitura orofacial, realização de gestos, ou que o surdo seja acompanhado de alguém que exerça o papel de intérprete, que pode ser da família, um amigo ou até mesmo um profissional. Na maioria das vezes, é nisso que o profissional de saúde se apoia, mas não se dá conta de que estas estratégias nem sempre podem ser aplicadas para todos os usuários surdos.

O uso da escrita também deve ser usado com cautela, pois muitos surdos não são alfabetizados ou têm graus de instrução baixos, conforme escrito anteriormente; ou seja, não conhecem a língua portuguesa, pois a grafia com a qual escrevem se constitui a partir de outros símbolos que não as letras do alfabeto da língua portuguesa. Além dessas estratégias, muitas vezes o surdo solicita que alguém o acompanhe aos serviços de saúde para exercer o papel de intérprete, podendo ser um familiar, um amigo ou mesmo um profissional, que ele pode contratar com recursos próprios, sendo esta última prática algo que, conforme contataram Steinberg *et al.* (2006), diminui a ida dos surdos aos atendimentos.

> A barreira comunicacional com a qual usuários surdos deparam-se leva ao comprometimento da autonomia e independência, inclusive para o

> autocuidado, a comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. Uma vez que as estratégias para superá-las, anteriormente explicitadas, nem sempre promovem simultaneamente a autonomia. A autonomia é algo que nunca deve ser esquecido no contexto da assistência à saúde, devendo ser respeitada e promovida pelas práticas dos profissionais, por entender que se trata de direitos imanentes do sujeito, mesmo que sejam divergentes das ideias predominantes na sociedade ou dos aceitos pelos profissionais, como muitas vezes ocorre na utilização da Libras (CORRÊA *et al.*, 2016).

Afirmam Costa e Silva (2012) e Steinberg *et al.* (2006) que a mediação do atendimento por um intérprete, seja por um familiar, um conhecido ou um profissional, é polêmica, pois há prós e contras. O intérprete muitas vezes pode ser alguém decisivo para a comunicação, mas, em alguns casos, pode acabar atrapalhando por tirar a privacidade do sujeito, que se constrange em perguntar ou comentar alguma questão sobre sua vida e situação de saúde. Pude presenciar cenas nas quais vários pacientes demonstravam desconforto com a presença do intérprete, com isso acabavam não expondo suas dúvidas e queixas diante de suas necessidades. Além disso, os intérpretes nem sempre têm conhecimento de todos os termos de saúde, o que pode tornar deficitária a informação repassada (STEINBERG *et al.*, 2006). A presença de um intérprete evidencia a situação de dependência e de falta de autonomia.

Dependência dos pais, sobretudo da mãe, ou dos próprios filhos, que assumem muitas vezes essa responsabilidade de interpretação muito jovens. E a proteção exagerada de familiares evidencia a dependência do surdo, o que repercute em vários aspectos da vida do sujeito, inclusive na perda de autonomia das próprias escolhas terapêuticas e do direito à privacidade no atendimento (COSTA; SILVA, 2012; STEINBERG *et al*., 2006).

Esses fatos são vivenciados diariamente em meus atendimentos no momento da triagem. Em muitos casos o paciente vem acompanhado pelos pais e, mesmo habilitado em Libras, ora ele me responde, ora ele olha para o familiar presente para responder por ele. Observo que muitas vezes o paciente acaba criando uma certa dependência, de modo que mesmo com o passar do tempo, mesmo tendo autonomia de comunicação, muitos deles não se desprendem da necessidade do outro; passaram tanto tempo sendo ajudados que não se permitem viver por si mesmos.

> Nem todo indivíduo sem audição ou baixa audição comunica-se pela Libras nem por uma língua oral, ou seja, há um deficit na aquisição dessas linguagens hegemônicas nos processos de comunicação. Isso

> resulta que alguns compartilham informações somente por meio de gestos criados entre eles e seus familiares quando não têm acesso ao ensino adequado da comunidade Surda, que seria o aprendizado da Libras como sua principal forma de comunicação (CHAVEIRO *et al*., 2014).

As instituições que promovem a educação do indivíduo muitas vezes não oferecem atendimento educacional adequado para incluir pessoas com deficit auditivo, e uma das possíveis causas é a falta de preparo dos profissionais, pois cabe à pessoa com surdez aprender a linguagem e não à comunidade de modo geral, de forma a individualizar a responsabilidade (OLIVEIRA *et al*., 2020). Esse fato, infelizmente, ainda acontece muito; existem casos em que a família insere seu filho com surdez no sistema de ensino regular, tendo em vista a necessidade de apoio de um profissional intérprete capacitado, com o intuito de inserir, incluir no meio social e viabilizar um ensino de maneira mais humanizada, porém a família muitas vezes se depara com dificuldades por parte da liberação dos órgãos públicos. Mesmo sendo um direito, passa a ser um transtorno para ambas as partes, escola e família, e ainda mais para o aluno surdo – essa queixa é bem constante entre eles.

Não obstante, o que se vê na prática é um distanciamento daquilo que está previsto na legislação com a necessidade das pessoas que usufruem dos serviços prestados por um profissional. Nesse sentido, a interpretação que se faz da legislação pende para aquilo que seja mais funcional e menos dispendioso para as instituições do que para a real necessidade de parte da população. Isso evidencia que há um caminho complexo a ser trilhado para o aprimoramento da atenção aos surdos e durante a formação de profissionais de saúde, uma vez que existem sujeitos que não se comunicam nem em português e nem pela Libras. Com isso, ressaltam a importância de políticas indutoras que atuem na realidade, que considerem as particularidades dos surdos e assegurem de modo efetivo seu direito à saúde reconhecido pela Constituição Cidadã.

3.1 Corpos surdos: da subalternização à colonialidade

Este percurso inicial no campo da surdez, com o objetivo de problematizar obstáculos aos processos de inclusão/exclusão social de pessoas portadoras de deficiência auditiva a partir de formas de visibilidade e invisibilidade de corpos, permitiu a formulação da questão de pesquisa: de que modo corpos surdos são invisibilizados na assistência à saúde? Essa pergunta é formulada

a partir de alguns elementos que o campo temático da pesquisa colocou nesse início: as problematizações dos obstáculos se voltam, especialmente, para as formas de comunicação ou ausência dessa, para a ideia de perdas, de adaptação, tutelas. O que se interroga, a partir disso, não é a comunicação e seus desdobramentos em si mesmos, mas como certas performances de corpos surdos estão dentro de jogos de regulação em um campo de colonialidades e subalternizações, ou seja, como marcadores sociais de diferença se tornam marcadores de desigualdades. O que foi fundamental para essa modificação de compreensão foram os Estudos Surdos e estudos voltados para a problematização das colonialidades. Os Estudos surdos ajudaram a compreender essa forma de abordar a diferença não como desigualdade, portanto, trata-se de uma comunidade linguística, como qualquer outra. Os estudos sobre a colonialidade permitiram compreender esses processos de inclusão e exclusão dentro de uma perspectiva de subalternização de corpos.

Para Rangel e Stumpf (2012), a inclusão é um conceito bonito e desejável, mas na prática funciona como exclusão. Exclusão da comunicação, exclusão da real participação. Embora seja uma afirmação muito dura, é real em muitos contextos, pois sabemos que a inclusão ainda não é uma realidade palpável, está em processo de efetivação.

O surdo, nessa conjuntura, sofre um processo de aculturação constante e de obliteração de sua humanidade, pois em muitos casos ele vai somente se compreender como pessoa surda e entender quem ele é – os modos de ser e perceber o mundo e a língua de sinais – tardiamente, quando em contato com outros surdos.

A desumanização ou colonidade da surdez envolve a sociedade como um todo e, sendo assim, é preciso refletir sobre os pressupostos e formas de se olhar para a surdez, já que muitos ainda enxergam o surdo apenas sob o fator médico – biológico, pela falta de um dos sentidos,

como deficiente ou incapaz. Quebrar essa invenção de surdez requer “buscar compreender como o sujeito apreende o mundo e, com isso, como se constrói e transforma a si próprio: um sujeito indissociavelmente humano, social e singular” (CHARLOT, 2005, p.41), percebido a partir de suas peculiaridades, considerado em singularidade e história de vida.

A luta dos sujeitos surdos tem sido, principalmente, pelo direito de serem vistos através do olhar da diferença cultural, tendo a surdez como elemento diferenciador. Todavia, esse elemento é potente na capacidade de aproximá-los e, principalmente, mobilizá-los por uma causa comum. Seu desejo é de serem vistos como sujeitos surdos e não como sujeitos com surdez

(LOPES, 2011); sujeitos que têm história e cujas narrativas são férteis de tensionamentos sociais, culturais e políticos, marcados por movimentos de resistência.

Tal questão, todavia, é bastante complexa, pois requer a compreensão da surdez a partir de uma representatividade cultural totalmente diversa do discurso enraizado da cultura pautado na visão clínica, pois envolve aspectos que perpassam noções de identidade, de linguagem, de sentidos e interpretações que vão além daquilo que acontece na superfície do corpo.

Essas invisibilizações de corpos ultrapassam o campo da assistência à saúde, visto que este processo de in/exclusão do movimento surdo também acontece de maneira tensional nas políticas escolares.

É o que evidenciam os apontamentos feitos por Thoma e Bandeira (2010), a partir das histórias de vida de alunos e professores surdos e ouvintes, participantes de escolas regulares: "Vi que incluir, pelo menos na minha experiência, significa colocar um sujeito num espaço dito iguais, violentando sua cultura e identidade" (Janaina – professora ouvinte) (THOMA; BANDEIRA, 2010, p. 346).

De acordo com Chaibue e Aguiar (2014, p. 2), "apesar de não ser baseada em raça, a comunidade surda também vive atualmente uma situação de colonialidade, pois seus processos históricos, culturais e linguísticos sãos desvalorizados mediante um discurso multicultural".

Portanto, a "colonialidade do ser" para se referir à subalternização dos surdos é a colonização dos corpos. O eurocentrismo parte de uma visão de normalidade, que exclui as pessoas fragilizadas. Mas as perspectivas decoloniais trabalham pela afirmação das corporeidades. É preciso superar a dicotomia cartesiana (europeia) de corpo e mente. Os corpos sentem e pensam. Os corpos das pessoas com deficiência desafiam a ideia de normalidade eurocêntrica.

Assim, esse sujeito foi marcado e representado por uma visão clínica terapêutica, ou seja, a colonialidade do ser ao fabricar o sujeito com deficiência – neste caso, o surdo como subalterno aos outros, que marcou a diferença colonial pela perda auditiva. Tentar romper, descolonizar, ressignificar e transformar tal concepção, partindo de uma ótica socioantropológica, colonial e intercultural crítica, constitui uma praxiologia extremamente árdua. Olhar o outro pelo prisma da diferença linguística, identitária e cultural se torna uma ação marcada pela alteridade, isto é, pelo reconhecimento da singularidade existencial de cada sujeito.

Dussel (2000) assinala que a invenção do outro foi fabricada pela negação desse como outro no decorrer da história. No caso da Pessoa com Deficiência, em específico a pessoa surda, houve uma negação e uma invisibilidade em seus processos formativos, educativos e culturais.

Para o autor, faz-se necessário pensar o outro pela diferença e não pela igualdade, rompendo com o colonialismo que criou uma referência, e da qual se pensou o outro. Mas Dussel se afirma em um campo colonial ao pensar o outro pelo outro. No momento em que a sociedade ancora o surdo pelo ato de não ouvir e o materializa como incapaz, ela é impossibilitada de observar outros elementos que constituem o sujeito surdo, como: a Língua Brasileira de Sinais, apreensão do mundo por suas experiências visuais, o ser sujeito bilíngue, entre outros. O selo da diferença não coloca o surdo enquanto ser superior e não aceita a marcação na inferioridade; o selo da diferença conceitua o surdo por sua singularidade.

Entre vozes e gestos, em investigações acadêmicas, discursos militantes e conversas cotidianas de surdos e ouvintes ligados às causas surdas, muito se diz sobre as culturas e identidades surdas.

Termos e expressões como “ouvintismo”, “línguas de sinais”, “ensino bilíngue” e “inclusão” se avolumam, dia a dia, em mãos e falas de diferentes sujeitos. Por ouvintismo, Skliar (2016, p. 15) denomina as “representações dos ouvintes sobre a surdez e sobre os surdos”, modelo “a partir do qual o surdo está obrigado a olhar-se e a narrar-se como se fosse ouvinte”, que influencia no processo de subjetivação do “eu” surdo (LOPES, 2011, p. 36), seja por meio do controle do corpo, seja pela busca médica por uma “cura”, seja através de um processo de disciplinamento e normalização.

Uma vez estabelecida a audição como padrão de anormalidade, a surdez, como incapacidade de audição, passa a ser interpretada como uma anormalidade que deve ser tratada para que possa se aproximar o máximo possível de um padrão de normalidade. Trata-se, assim, de um processo de normalização que investe no próprio corpo do sujeito surdo e que utiliza estratégias disciplinares, de vigilância e controle sobre o sujeito surdo, para que ele se torne o mais parecido com os que ouvem.

Esses processos disciplinares de normalização podem ser entendidos como práticas que produzem formas de vida a partir de um modelo organizado dentro de uma sociedade pensada a partir da norma ouvinte, pois vivemos em uma sociedade que é organizada e pautada por processos de normalização, sendo a normalização:

> Um dos processos mais sutis quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Normalizar significa eleger – arbitrariamente – uma identidade específica como parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa (SILVA, 2000, p. 83).

Neste sentido, eleger uma identidade especifica como identidade normal gera processos de normalização que buscam trazer aqueles que se afastam do centro dessa norma para o mais próximo possível dela. O sujeito surdo, considerado como anormal da audição, encontra-se, assim, em uma posição de anormal e passa a ter processos de normalização direcionados ao seu corpo através de uma série de técnicas de correção e disciplinamento.

Em oposição a práticas ouvintizadoras, que entendem a surdez por perspectivas médicas (atreladas às ideias de deficiência, falta e reabilitação), novos discursos assumem o "ser surdo" por olhares socioantropológicos, como uma expressão identitária ligada a um substrato cultural específico. Essa assunção, que desloca a surdez de contextos clínicos para o campo dos Estudos Culturais, pós-coloniais e contracoloniais e que confronta a noção de deficiência (pela afirmação da diferença), fundamenta uma série de revisões no que diz respeito a práticas de inclusão – por vezes levadas a cabo como esforços normalizadores, de achatamento e apagamento cultural. Assim, com uma contextualização histórica da surdez e uma incursão pelo universo das identidades surdas, este trabalho salienta a riqueza e a imensidão das culturas surdas, bem como problematiza os porquês de sua pouca visibilidade e de seu grande desconhecimento por parte do público ouvinte. Com isso, entende-se que a forma do que é ouvido sobre a surdez e sobre inclusão nos discursos hegemônicos configura o (pouco) que é visto e sabido sobre as comunidades e culturas surdas.

A ideia de comunidade, aqui, apoia-se na presença de vínculos simbólicos que congregam sujeitos – concentrados em um mesmo local ou dispersos territorialmente – com interesses comuns e propostas coletivas. O termo, corrente nos estudos Surdos e entre militantes e profissionais ligados à causa surda, é comumente usado em sua acepção ampla (por vezes, de forma aligeirada e vaga) para delimitar os espaços de existência (e resistência) de uma minoria linguística com marcadores culturais próprios.

Distante dos discursos do “corpo danificado” e dos compêndios da medicina, muitos sujeitos surdos lutam hoje pelo reconhecimento da surdez como uma entre outras tantas formas de estar no mundo – assumindo os conflitos e a complexidade que esta frase, de aparência ingênua, apresenta. Em inúmeras comunidades surdas, uma luta comum se desenha no dia a dia: a luta pelo reconhecimento da surdez como diferença.

A afirmação das identidades surdas hoje é uma das principais forças motrizes das lutas desses grupos minoritários em diferentes países. Identidade, aqui, entendida como um “processo de construção do significado com base num atributo cultural ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(is) prevalece(m) sobre outras formas de significado” (CASTELLS, 2001, p. 3), enfatizada em seu aspecto transitório, contraditório, impermeante, contingente e não essencializado. A identidade torna-se uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam (HALL, 1987); é definida historicamente e não biologicamente. O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente. (HALL, 2006) A afirmação da(s) identidade(s) surda(s), por conseguinte, não decorre imediata e inexoravelmente da condição biológica do não ouvir (da surdez inscrita no corpo); antes, funda-se em uma série de pressupostos políticos e culturais (e, por isso, históricos) que permitem aos sujeitos surdos novas e possíveis representações, significados e categorias sociais.

A busca por seus pares, por segurança, por conforto e interlocutores possíveis, que compartilham mais do que formas de comunicação visual, mas também expectativas e projetos comuns, fazem das comunidades surdas espaços de respiro para muitos indivíduos; locais onde podem conviver sem as marcas estigmatizantes carimbadas por olhares ouvintes.

3.1.1 Pistas do ouvintismo

Embora a opressão ouvintista comumente não se desdobre em atos midiáticos consensualmente repugnantes, que estremecem partes da opinião pública – como os crimes de ódio (homofóbicos, racistas, religiosos, etc.) cometidos por motivo torpe ou as afrontas percebidas como discriminatórias –, ela se perpetua de forma violenta e sutil (por isso perversa), em geral com o aval da maior parcela da população. Sob o véu dos discursos da “inclusão”, da

“caridade”, da “cura”, bem quistos pelo senso comum, os processos ouvintistas continuam a achatar muitas das possibilidades do povo surdo, além de neutralizar, subjugar e gerenciar a diferença.

Não ouvir é, por essas compreensões, um estado incapacitante que precisa ser curado e normalizado a qualquer custo. Sob a égide desses argumentos, uma série de práticas foram – e são – postas em ação pelo “bem-estar” e pela “inclusão” do sujeito surdo. Em nome de sua felicidade, muitos esforços são tomados para a cura e para a superação da surdez: práticas de oralização (ortopedias da fala), treinamentos auditivos, escolas-clínicas centradas em pedagogias e terapias de reabilitação, processos cirúrgicos de cura, desenvolvimentos de próteses e outros vários dispositivos que “tratam” a surdez por meio de projetos e expectativas ouvintes.

Para muitos surdos, a intervenção cirúrgica do implante coclear (IC) é mais que uma política de sujeição pela correção do corpo danificado – é, sobretudo, um ato normalizador de apagamento cultural. Já para muitos pais ouvintes, o implante em crianças pequenas (cercados de discursos biomédicos) figura como uma possibilidade de fruição quase plena de um mundo de sons. Enquanto muitos surdos se opõem à intervenção precoce em crianças pequenas por entendê-la como um ato violento, de colonização ouvintista e achatamento da diferença, outros pais ouvintes percebem o IC como uma tentativa de reabilitação e superação de uma condição limitante (*SOUND AND FURY*, 2000).

Asinvisibilidades da surdez assumem diferentes formas de objetivação. Especialmente na modernidade, momento em que surge a figura do anormal (FOUCAULT, 1975), a surdez tem sido objeto de polêmica e incompreensão. Até hoje a surdez constitui um desafio tanto para educadores e profissionais da área da saúde quanto para a própria família. E a história revelou muitos conflitos no processo de compreensão da surdez, que já foi considerada como maldição, loucura e patologia.

Os surdos têm a experiência de viver em dois mundos, ou seja, o mundo dos surdos e o mundo dos ouvintes (famílias, sociedade em geral). Dentre os assuntos que permeiam os encontros surdos está o tema do ouvintismo, o controle da sociedade, o que os ouvintes visam sobre a surdez, a falta de acessibilidade, a convivência com colegas que não sabem Libras, a falta de intérpretes em diferentes situações do cotidiano, as barreiras na comunicação com as famílias ouvintes, entre outras temáticas (*SOUND AND FURY*, 2000).

Desde então, muitas coisas mudaram na educação dos surdos em função das lutas da comunidade surda. Empunharam-se lutas e movimentos intensos em favor de seus direitos, do uso de sua língua, das escolas bilíngues para surdos, da oficialização da Libras, da conquista do Dia do Surdo, da importância da acessibilidade, entre outros. Em um curto espaço de tempo encontramos professores surdos trabalhando nas universidades públicas e privadas, o trabalho dos surdos em empresas em geral, as pessoas surdas participando de seminários com intérpretes, bem como a abertura das instituições para a presença do profissional intérprete de Libras. Não podemos deixar de citar a oficialização da Libras, por muitos anos a principal bandeira de reivindicação da comunidade surda e, com certeza, a propulsora de tantos desses avanços aqui anunciados. Como se percebe, muitas coisas aconteceram em pouco tempo, porém, até agora, continuam acontecendo situações conflitantes em função da visão dos ouvintes em relação aos surdos.

Consideramos a discussão sobre ouvintismo/audismo importante, uma vez que as performances de corpos surdos ainda têm referências ouvintes, quer dizer, a busca pela normalização dos surdos. Cabe aqui ressaltar que o termo "ouvintismo" se baseia na ideia de "colonialismo", uma relação de poder desigual entre dois ou mais grupos na qual "um não só controla e domina o outro, como ainda tenta impor sua ordem cultural ao(s) grupo(s) dominado(s)" (MERY, 1991 *apud* WRIGLEY, 1996, p. 72).

Uma vez que a sociedade ouvinte enxerga os surdos como anormais, há a necessidade de engessá-los dentro da norma. Essa norma se faz pelos processos de colonialidade de corpos, que marcam formas hegemônicas e subalternizam outras formas de corporalidades.

> Acredito que, dessa forma, a norma padrão ouvinte seja uma verdade legitimada sobre os sujeitos surdos, constituindo-os como corpos a corrigir e modelando-os para a normalização. Os surdos ficam aos caprichos da norma, e entram em cena as estratégias do corpo a corrigir, a ser normalizado, fora dos padrões normalizadores. São "entornados" neste sujeito a ser corrigido: a família, a escola, as clínicas e as instituições hospitalares (REZENDE, 2010, p. 87).

O ouvintismo deriva de uma proximidade particular que se dá entre ouvintes e surdos, na qual o ouvinte sempre está em posição de superioridade. Uma segunda ideia é a de que não se pode entender o ouvintismo sem que este seja entendido como uma configuração do poder ouvinte. Em sua forma oposicional ao surdo, o ouvinte estabelece uma relação de poder, de

dominação em graus variados, onde predomina a hegemonia por meio do discurso e do saber. Academicamente, esta palavra – ouvintismo – designa o estudo do surdo do ponto de vista da deficiência, da clinicalização e da necessidade de normalização (PERLIN, 1998).

Ouvintismo/audismo é uma representação do ouvinte, quer dizer, os ouvintes se posicionam como superiores aos surdos. Segundo Humphries (1977, p. 12), é a "noção de que um é superior, baseado em sua habilidade de ouvir ou se comportar da maneira de quem ouve". Esse termo mostra a política dos ouvintes sobre os surdos.

Contudo, Skliar (1998, p. 17) "atentou sobre as reações ao ouvintismo: Vale lembrar que o ouvintismo gera diferentes interpretações, entre as quais surgem algumas formas de resistência a esse poder". O surgimento das associações de surdos enquanto territórios livres do controle ouvinte sobre a deficiência, os matrimônios endogâmicos, a comunicação em língua de sinais nos banheiros das instituições, o humor do surdo, etc., constituem apenas alguns dos muitos exemplos que denotam uma outra interpretação sobre a ideologia dominante. Os surdos se desenvolvem a partir da sua própria comunicação, quer dizer, da língua de sinais. A partir da referência à norma, ao normal, uma maioria ouvinte não concorda com essa situação, mobilizada pela lógica da normalização, que nega aos surdos a diferença. Alguns ouvintes podem ficar ofendidos com a afirmação de que contribuem para ouvintizar o surdo, ou que se fale do vício de se referir ao surdo como portador de anomalias e se reportem à exibição da experiência auditiva como superior em relação ao surdo. Na verdade, esse comportamento da maioria ouvinte somente admite ambientes ouvintes com autoridades e regras sociais. A tendência em impor representações de identidade, ou em construir identidades purificadas para se restaurar a coesão, continua sobre o surdo. A afirmativa se baseia no fato de se constatar uma diferença cultural no meio social ouvinte e surdo (PERLIN, 1998).

Ao longo dos anos, os surdos lutaram grandes batalhas pela afirmação da sua identidade, da comunidade surda, da sua língua, da sua cultura, até alcançarem o reconhecimento que têm hoje. Os surdos nascem na sociedade, lugar esse onde estão expostos às condutas, às regras morais e científicas imbricadas em jogos de poder e saber que determinam formas de pensar e se narrar e que interferem nas condições de se pensar diferente.

> Com essas formas de colonialidade, o ouvintismo gerou os efeitos que desejava, pois contou com o consentimento e a cumplicidade da medicina, dos profissionais da área da saúde, dos pais e familiares dos

> surdos, dos professores e, inclusive, daqueles próprios surdos que representavam e representam, hoje, os ideais do progresso da ciência e da tecnologia – o surdo que fala, o surdo que escuta (SKLIAR, 1998, p. 17).

Enquanto colonialismo, o oralismo, na descrição de Skliar, é algo que

> […] foi e segue sendo hoje, em boa parte do mundo, uma ideologia dominante dentro da educação do surdo. A concepção do sujeito surdo ali presente refere exclusivamente uma dimensão clínica – a surdez como deficiência, os surdos como sujeitos patológicos – em uma perspectiva terapêutica. A conjunção de ideias clínicas e terapêuticas levou em primeiro lugar a uma transformação histórica do espaço escolar e de suas discussões e enunciados em contextos médico-hospitalares para surdos (SKLIAR, 1998, p. 15).

O termo ouvintismo não significa somente obrigar a copiar a identidade ouvinte com o intuito de homogeneidade na sociedade, mas existem outras interpretações, dependendo do contexto e da pesquisa. Independentemente disso, ouvintismo tem a ideia de ser o ouvinte superior ao surdo; da identidade ouvinte ser superior à identidade surda. A construção ouvintista nunca está longe daquilo que a ideia de ouvinte significa: uma noção que identifica a "nós

ouvintes" em contraste com "aqueles surdos". O principal componente é o que torna a cultura ouvinte – etnocentrismo – como hegemônica, uma ideia da identidade ouvinte como superior a tudo que se refere aos surdos (PERLIN, 1998, p. 59).

Ao longo do tempo, surdos resistem a essas formas de opressão, principalmente na área profissional: eles resistem em seus locais, mostrando quem são, que existem. Quando se sentem oprimidos, os surdos resistem, não aceitam facilmente a situação. Muitos surdos se sentem influenciados pela história da própria comunidade, bem como por meio dos contatos, da troca de ideias, dos conhecimentos compartilhados. Todo esse apoio auxilia na resistência. Os surdos não veem a surdez como problema, pois se sentem culturalmente assim e reafirmam que têm sua língua, cultura, identidade. Harlan Lane (1992, p. 212) escreveu: "No século passado, as pessoas culturalmente surdas pensavam que a surdez era um caminho perfeito para ser tão bom ou talvez até melhor do que os ouvintes". Esse é o relato de muitos surdos que afirmam não se sentirem estranhos em meio aos outros surdos. E se perguntam: se os surdos não interferem no mundo ouvinte, por que os ouvintes sentem a necessidade de curar a surdez? Qual a diferença na lógica do "nós" e "eles"?

Bauman, Bahan e Montenegro (2008) argumentam que a sociedade por muito tempo viu os surdos como inferiores, incompletos; mas os surdos não se percebiam dessa forma.

Interessante aqui se referir ao conceito de resistência. Como "não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica […] uma estratégia de luta" (FOUCAULT, 1995, p. 248), as lutas surdas emergem com as práticas de opressão institucional, quando profissionais de diferentes áreas do saber investem em tentativas de mudança na vida dos surdos, recusando sua cultura, identidade, língua entre outros. Desde então, os surdos resistem.

As resistências surdas são constituídas para mudar as práticas, os saberes e as relações de poder dos ouvintes representados pelos especialistas de diversas áreas, pois eles buscam o controle do corpo surdo. Rezende (2010, p. 80) ressalta "que são essas as resistências que contestam e rebatem as tentativas de normalização e a estratégia de controlar e tornar o corpo surdo dócil, ouvinte e falante". Isto é relação de poder, que Foucault (2010) nos auxilia a pensar quanto às relações entre poder e sujeito. Os sujeitos surdos dependem da sociedade e a sociedade controla e constrói identidades ouvintes, como ouvintistas. Apesar do desejo de uma normativa ouvinte em controlar os surdos, estes resistem, constroem suas identidades surdas, sua cultura, e utilizam uma língua compartilhada denominada com orgulho de "nossa língua".

> Os líderes surdos têm resistido ao modelo a-linguístico e a-cultural da sua cultura minoritária bem como aos métodos ouvintes para estudar os surdos que a originaram; sendo esses métodos não apenas os delírios ignorantes de pessoas perigosamente poderosas, mas também o suporte intelectual da intervenção dos ouvintes quando impõem à força o isolamento educativo, quando se institucionalizam, quando exercem a cirurgia auditiva, e em todas as formas que a imposição audista assume (LANE, 1992, p. 53).

Resistências surdas surgem pelas experiências dos sujeitos surdos e ouvintes. A experiência vivida e pensada pelo próprio surdo é maior, ela se refere à experiência dos outros surdos que tem a ver com essa responsabilidade ética de um povo que a gente tem, que une com o outro.

Foucault (2010, p. 276) fala sobre poder e resistência, o que nos ajuda a articular com o poder de ouvintes sobre surdos: "[…] oposição ao poder dos homens sobre as mulheres, dos pais sobre os filhos, da psiquiatria sobre o doente mental, da medicina sobre população, da

administração sobre o modo de vida das pessoas". No caso da surdez, a área clínica/médica busca a cura e a normalização. Essa área desconhece ou não compreende a comunidade, o lado humano, a cultura, a identidade, a língua. Contudo, não há o que curar, nem como controlar o corpo dos surdos. Mas como eles podem mostrar isto? Como profissionais de saúde podem mudar a sua visão? Existem muitas disputas entre os surdos em relação ao poder e saber, pois em muitos espaços eles discutem sobre a surdez, sobre sua resistência ao controle de seus corpos. Mas a resistência surda é uma forma de apoio ao movimento surdo.

Nas relações de poder, Foucault (2010, p. 278) esclarece que há lutas antiautoritárias, entre várias outras lutas que ele definiu. Existem três tipos de lutas: contra as formas de dominação; contra formas de exploração, que separam os indivíduos daquilo que produzem; ou contra aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete. Entendemos que as lutas contra o audismo/ouvintismo se caracterizam como lutas contra a dominação. Na atualidade, os surdos resistem à dominação ouvinte, ao audismo/ouvintismo. Eles lutam contra as instituições e a sociedade, na qual o desejo é de colonização da comunidade surda, sem um questionamento de o que os surdos realmente precisam e desejam. Ao contrário disso, os ouvintes exploram a comunidade surda e invadem o espaço dos surdos, com o intuito de mudar as suas decisões e identidades. Até hoje os surdos resistem e compreendem a existência de suas identidades e culturas.

Klein (1999) escreve sobre as resistências da comunidade surda ao ouvintismo. Ela argumenta que os surdos participam das lutas, movimentos a favor de língua de sinais, matrimônios surdos e criação de associações dos surdos. Até hoje, sujeitos surdos lutam para conquistar os seus direitos. Quadros e Perlin (2003) comentam sobre uma palestra de Skliar em que o autor esclarece que há duas experiências: a experiência vivida e a experiência pensada. Experiência vivida mostra que sujeitos surdos convivem cotidianamente na sociedade, seja no trabalho, na escola, entre outros. A experiência pensada por líderes e militantes surdos discute e reflete como são suas realidades.

É importante entender que sujeitos surdos enfrentam muitas barreiras nas suas histórias. Por isso, essas experiências se tornam discussões que afetam e pretendem alterar a visão dos ouvintes: as experiências compartilhadas entre os surdos são importantes, marcantes em suas histórias, e impulsionadoras de transformações. Pode-se dizer que a experiência vivida é maior do que a experiência pensada, pois a maioria dos surdos convive na sociedade, enfrenta as muitas

barreiras e vive sem comunicação, sem contato com outros surdos. A experiência pensada está iniciando agora com os líderes e militantes, com o intuito de alterar a visão dos ouvintes e dos surdos, acabar com essas barreiras. Quadros e Perlin salientam que há ouvintes com experiências na comunidade surda, mas para sujeitos surdos é diferente, pois eles têm sua história desde o nascimento, convivem com as barreiras. Muitos ouvintes só chegam para declarar as suas decisões. Sujeitos ouvintes que não aceitam os sujeitos surdos e sua diferença cultural, mas acreditam que eles precisam ser moldados de acordo com o modelo ouvinte. Ou seja, os surdos precisam imitar os ouvintes falando e corrigindo sua falta de audição por meio do uso de tecnologias de amplificação. Eles não aceitam os sujeitos que não convivem na comunidade surda ou que não sabem se comunicar através da Libras. Essa negação acontece, principalmente, com surdos oralizados ou com implante coclear. Isso também acontece entre surdos sinalizadores e pessoas ouvintes que apresentam dificuldades para se comunicar com eles. Essa negação de surdos sinalizadores se deve muito ao fato de essa marca na história do povo surdo estar muito presente em suas memórias.

3.1.2 Multiplicação de corpos surdos

Com essa reflexão sobre multiculturalismo e cultura surda, pensamos ser importante falar de Culturas de Pessoas Surdas. Que possamos nos referir a estas identidades como as de sujeitos que se relacionam com e no mundo, que participam das culturas ouvintes e que também possuem outras identificações dentro do hibridismo que os caracteriza como pessoas; ao mesmo tempo, portadoras de marcos identitários de gênero, de classe social, de raça/etnia, de orientação sexual, dentre outros e que, como identidade coletiva, caracterizam-se na sua construção de significados a partir do universo do visual e do próprio uso do corpo como forma de ser e conviver com o mundo e com o outro. Assim, a(s) identidade(s) e cultura(s) de um grupo surdo serão sempre multifacetadas e perpassadas por outras culturas, mas que têm sua especificidade marcada pela força que o visual tem em suas expressões e representações de mundo, de si e do outro.

O surdo (abstrato, já que na realidade concreta não se encontra esse surdo) passa a ter como única característica determinante de sua identidade a surdez. Não conta o fato de ser branco ou negro, rico ou pobre, homem ou mulher. Essa divisão não serve.

Qual a grande consequência dessa visão? A de eliminar da discussão as condições sociais da surdez, as determinações de raça, classe e gênero, isto é, considerar (contraditoriamente às concepções do multiculturalismo) que essas determinações não são significativas no caso da surdez. Pois se fossem, deveriam fazer parte integrante de nossas análises sobre a "comunidade de surdos" e sobre os "indivíduos surdos", especialmente no que se refere ao acesso a possibilidades de vida, ou seja, às formas de inclusão social.

Em síntese, será que a surdez é suficiente para identificarmos dois sujeitos como uma mulher, negra, pobre, latino-americana, vivendo em pequena localidade rural e surda e um homem, branco, rico, europeu, vivendo em metrópole e surdo? Que a surdez é um traço de identificação entre eles não se nega. Mas isso é suficiente para considerá-los como "pares" ou como "iguais"? Eles fazem parte de uma mesma comunidade só pelo fato de serem surdos?

O tema da intersecção entre raça, gênero, classe, etnia, religião, entre outras interseccionalidades, possibilita compreender a complexidade das relações de subalternização. Patrícia Hill Collins (2015; 2021), em diferentes textos, explica como os sistemas de opressão se conectam e se constroem mutuamente, produzindo as desigualdades sociais na vida dos/as sujeitos/as de forma enredada e complexa. Com essa autora, temos aprendido que a ideia de interseccionalidade está em constante processo de construção, não é fixa; depende de contextos e das relacionalidades.

Collins escreve que interseccionalidade é uma ferramenta analítica que nos ajuda a entender as diferentes formas pelas quais raça, classe, gênero, sexualidade, etnia, idade, religião e outras categorias operam, não de maneira individual e unitária, mas interconectada, atuando mutuamente para perpetuar o sistema de opressão na vida das pessoas. Apesar desses sistemas serem frequentemente invisibilizados, eles estão organizados nas instituições sociais e afetam diretamente nossas vidas. Embora sejam compreensíveis algumas dessas formas de opressão existentes, que atuam na manutenção das desigualdades sociais, tem sido através da compreensão da interseccionalidade como ferramenta analítica que se torna possível indagar diferentes sistemas de opressão interconectados, que podem ser entendidos como entrecruzando múltiplas desigualdades.

Para muitos, a ideia de interseccionalidade estilhaça a possibilidade de um modelo correto, normal a se seguir. Interseccionalidades são estilhaços de normalidade; apontam processos de identificação e de invisibilidades de múltiplas identidades em transbordamento

corporal. O corpo transborda as identidades. Os corpos transbordam! Os corpos surdos transbordam.

A surdez no Brasil constitui um desafio extremo, pois significa partir praticamente do zero, a não ser pelo fato de que os estudos sobre as relações raciais no nosso país são bastante profícuos e os estudos surdos caminham na mesma direção, além de que já há no Brasil um movimento social que luta em favor dos direitos das pessoas surdas negras, apesar de não ser muito conhecido. No entanto, é muito difícil encontrar essas duas temáticas inter-relacionadas. Nessa direção, as políticas públicas costumeiramente tratam as pessoas surdas como pertencentes a um grupo homogêneo, com necessidades idênticas. As identidades sociais que envolvem as questões de classe, raça, etnia, gênero, religião, língua, idade, orientação sexual, entre outros, tem sido substituída por um discurso universalista, voltado especificamente para a deficiência, desconsiderando aspectos fundamentais na formação dos sujeitos e de suas comunidades. Dessa forma, os direitos das pessoas surdas ficam aprisionados apenas no viés da deficiência, deixando de lado experiências importantes para estes sujeitos e comprometendo assim o acesso a âmbitos inclusive já garantidos em outras áreas, como, por exemplo, no que se refere aos avanços relacionados às situações que envolvem as questões raciais.

No entanto, o debate das interseccionalidades dentro da comunidade surda ainda é muito incipiente. A justificativa dos(as) que se opõem a essa ideia é que pensam que toda essa discussão poderá acarretar mais fragmentação ao mundo dos(as) surdos(as), já tão apartados do mundo ouvinte. E que serão mais facilmente desenvolvidas políticas para surdos(as) do que para negros(as) ou outras categorias identitárias, sendo algumas delas alvos mais frequentes de ataques xenofóbicos/misóginos do que os(as) surdos(as). Nesse sentido, preferem permanecer indiferentes ao assunto por medo de serem prejudicados por tais segmentações (HUMPHRIES, 1993).

Humphries (1993) descreve a dificuldade de discutir a raça, etnia e outras dimensões da diferença da comunidade dos surdos. Esta ainda está lutando para ser reconhecida como uma comunidade bilíngue e bicultural […]. Portanto, não é de se surpreender que os surdos multiculturais, aqueles que são negros, latinos gays, etc., são muitas vezes ignorados (GARCIA, 1999, p. 153). Sendo assim, dentro da comunidade surda se encontram outros grupos que, além de sofrerem preconceitos e discriminações semelhantes aos(às) demais surdos(as) – como, por exemplo, no que diz respeito ao acesso às informações na sua língua, obstáculos em uma

educação oralista, imposições de modelos ouvintistas –, deparam-se com situações de estigma, preconceito e discriminação por terem a cor da pele diferente dos(as) demais surdos(as). É o caso dos surdos e surdas negras. “O isolamento e a falta de solidariedade dentro da comunidade dos surdos cria [*sic*] mais dificuldades para os surdos de cor que vivem em mundos múltiplos” (GARCIA, 1999, p.153).

Um fator que promove a cegueira à cor na comunidade dos surdos é uma visão comum de que a identidade dos surdos deve ser a identidade primária ou a única identidade a ser abraçada. A identidade raramente é vista em sua complexidade e multiplicidade (GARCIA, 1999, p. 155). Ainda conforme os estudos realizados por Garcia (1999) nos Estados Unidos, por lá é muito comum que surdos(as) brancos(as) questionem os(as) surdos(as) negros(as) a respeito de qual das

suas condições é prioritária em suas vidas: “O que você é primeiro? Você primeiro é surdo? Ou você é negro primeiro e depois surdo?”.

Da forma como a existência de grupos de surdos é tratada, não há saída. Se consideramos que a surdez é o único fator para a existência de uma “comunidade surda”, deveremos negar a importância das determinações de raça, classe e gênero que, se servem para o restante da humanidade, não se encaixam no caso dos surdos. Se, entretanto, entendermos que essas determinações de raça, classe e gênero são importantes para a análise das culturas, como tratar o “surdo” e a “comunidade surda” sem levá-los em consideração?

Essa concepção, que deturpa e reduz sua origem teórica (o multiculturalismo), na verdade tem como consequência mais nefasta, a meu ver, o encobrimento daquilo que é a riqueza da abordagem: a busca do entendimento da diversidade na pseudo-homogeneidade aparente.

Essas abordagens pecam também por se utilizarem do termo comunidade sem se preocupar com uma maior precisão conceitual. Nesse sentido, a comunidade dos surdos é entendida por esses autores como o “lugar onde os Surdos se encontram, onde o Surdo se sente entre iguais, seja na escola residencial, clubes de Surdos, eventos esportivos de Surdos, festas de Surdos, etc.” (MOURA, 1996, pp. 238-239).

Existem situações em que os membros da Comunidade de Surdos não são surdos, mas se identificam com os problemas da surdez (parentes, profissionais) ou fazem parte de uma família surda (filhos ouvintes de pais surdos). Há ainda surdos que vêm de outros lugares e que ainda não aprenderam toda a escala de habilidades requeridas para aquela comunidade. Existe a questão

também daqueles surdos que não pertenciam à Comunidade de Surdos e que se juntam a ela mais tarde na vida.

Enfim, “ser membro da Comunidade de Surdos significa identificação com os Surdos, ter compartilhado experiências de ser Surdo e participar das atividades da comunidade” (MOURA, 1996, pp. 123-124). Já na década de 1970, Pereira (1976, p. 11) nos mostrava o quão difícil é conceituarmos comunidade, apontando pelo menos duas possibilidades: a de autores, como ele próprio na mencionada obra, que utilizam termos como “agrupamentos dotados de graus variáveis de solidariedade baseada na localidade comum de residência e de atendimento de números variáveis de interesses”, e os que entendem o conceito historicamente, em que o conceito de comunidade “contrasta com o de sociedade”.

Refletindo qual seria o significado da palavra “invisível”, no aspecto cultural, é possível afirmar que é alguma coisa que não pode ser vista, mas que existe. Quando se pensa a “invisibilidade”, comumente há uma conexão com “os outros”, isto é, com um estado de ser/não ser que pode ocorrer com aqueles fora do padrão de um grupo. No contexto atual temos um cenário de invisibilidade e de silenciamento de muitos, ante o poder das superpotências, dos grandes centros, das grandes riquezas – em geral brancas, ocidentais e ouvintes. Neste mundo onde a relação de poder dita a norma, é praticamente impossível alguém conseguir manter sua individualidade e usar sua própria voz. Não se pode negar que para algumas pessoas ou grupos, ao seguir os paradigmas ditados pela “maioria”, trata-se de uma forma de sobrevivência mais tranquila que sempre dependerá do grau de invisibilidade, para o qual negar a voz seria condição para viver em relativa normalidade. Invisibilidade abrange todos os grupos e indivíduos à margem da sociedade – aquela à qual, naturalmente, pertenceriam e aquela, mais abrangente, na qual os mais diversos grupos buscam seu direito de pertencer. Esta é a primeira resposta do fenômeno da invisibilidade cultural: a tentativa constante do colonizado de amar o colonizador e odiar (negar) a si próprio. Isto é, tudo que for referente ao colonizador servirá de modelo, como, por exemplo, mudar a condição de sua pele ou de seu cabelo, suas vestimentas, seus hábitos, sua língua, sua cultura e assim por diante. Entretanto, nessa possível resposta está implícito o aceite do colonizador.

Contextualizando com a identidade surda, os surdos, por se sentirem oprimidos, capitalizam em sua invisibilidade, a qual lhes serve de escudo em relação ao mundo exterior. O preço disso é o de terem dificuldades de eles mesmos se perceberem como pessoas com

identidade própria. Perdem sua visibilidade ao aceitarem e usarem máscaras que compõem o estereótipo – seja ele qual for – e, ao se tornarem "mudos", não mais vislumbram nem aos outros nem a si próprios. Apesar do mundo globalizado e de estarmos na pós-modernidade, ainda existem as dicotomias pregadas pela modernidade. Há a negação do diferente, que parece ficar invisível aos olhos da massa, da maioria que quer apagar diferenças. A invisibilidade é representada pelo preconceito, pelo descrédito, pela indiferença da comunidade ouvinte para com a comunidade surda, assim como dos colonizadores em relação aos colonizados, de modo a transformar os marcadores sociais de diferença em marcadores de desigualdades e subalternidades.

Quando o sujeito surdo vê o ouvinte como referencial e pensa que a cultura ouvinte é superior à sua, toma uma postura de negação de si, da sua cultura, gerando um repúdio explícito à LS. Então, o autoisolamento é um tipo de exclusão que parte do próprio sujeito. Já a segunda forma acontece do "outro" em relação ao surdo. Ocorre o "etnocentrismo ouvintista", que, de acordo com Rocha (1984 *apud* STROBEL, 2012, p. 52), é "uma visão do mundo onde o nosso próprio grupo é tomado como centro de tudo e todos os outros são pensados […] através dos nossos valores". Numa visão politicamente surda, Strobel (2012, p. 52) esclarece ainda: "é a ideia dos sujeitos adversários que não aceitam os sujeitos surdos como diferença cultural e […] têm que se moldar a um modelo ouvinte, isto é, os surdos devem imitar os ouvintes falando e ouvindo".

O não cumprimento da lei para acessibilidade do surdo às informações ainda configura um aspecto da invisibilidade a ele imposto. A falta de intérpretes em eventos, a falta de legenda em filmes e documentários, falta de prova ou processos seletivos em Libras, falta de professores e funcionários bilíngues na escola de surdos, entre outros, são exemplos da inobservância da lei.

A comunicação estabelecida com os surdos se instaura como um dos grandes obstáculos do cuidar em saúde. O bloqueio de comunicação prejudica o vínculo entre profissionais da saúde e surdos, comprometendo o atendimento. As percepções dos surdos em relação aos atendimentos no sistema de saúde são constituídas por dados imprescindíveis para sua inclusão social, respeitando e valorizando as diferenças, melhorando consequentemente a qualidade da assistência em saúde. Responder às dificuldades dos surdos quando procuram atendimento à saúde é dever de todos os profissionais comprometidos em colaborar com a construção de uma sociedade inclusiva. Diante deste percurso cartográfico com a literatura e as políticas citadas anteriormente,

junto das formas de inclusão e exclusão de corpos, foi possível formular a questão de pesquisa: de que modo corpos surdos são invisibilizados na assistência à saúde?

4. ENCONTRO ENTRE OS CORPOS SURDOS

Neste momento cartográfico contarei histórias do meu cotidiano como enfermeira; escritas de acontecimentos, de trajetos percorridos, o local onde a caminhada acontece. Tudo

ocorreu na ordem do "deixar levar", porém seguindo orientações cartográficas, pistas seguidas por um olhar de cartógrafo. Com uma atenção difusa, sem roteiro preestabelecido, na medida em que a cartografia acompanha processos, buscou-se permear ambientes habitados por corpos surdos com o intuito de acompanhar procedimentos e experiências que se realizavam, sem se deter em nenhum produto final, apenas na atenção aberta aos acontecimentos, uma concentração sem foco, acolhendo o inesperado.

Assim, as experiências foram acontecendo de maneira fragmentada, de modo que muitas vezes não produziam um sentido imediato. Dentro desta lógica cartográfica, vou me encontrando com elementos que vão compondo meu campo de pesquisa, e esses elementos que encontro vão acontecendo a partir do problema de pesquisa e com o problema de pesquisa. Conforme mencionei no primeiro capítulo, esta parte da cartografia acontece em uma unidade de saúde voltada para atenção primária, com atendimento especializado direcionado às alterações auditivas: a Funcraf, que é uma entidade sem fins lucrativos com sede em Bauru (SP) e atende pelo SUS. São atendidos no local pacientes que residem na cidade de Campo Grande (MS) e várias outras cidades vizinhas. A unidade desenvolve atividades nas áreas de saúde, assistência, ciência e tecnologia, formação de recursos humanos voltadas aos portadores de reabilitação, educação e capacitação profissional.

Descreverei histórias a partir da experiência de como eu vivencio está relação com o meu trabalho, da minha prática em termos de protocolos, na qual detalho o relato do meu encontro com o outro como enfermeira neste serviço. Como enfermeira eu realizo a consulta de enfermagem, verifico o estado de saúde do paciente, realizando um exame físico e também a checagem dos sinais vitais, faço uma abordagem explicando como acontecerão seus atendimentos, por quais profissionais será atendido e o que faz cada um no ato do seu atendimento.

Na assistência de enfermagem, é ensinado que é necessário se comunicar de modo consciente, empenhando-se para decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia; só assim poderão ser identificadas suas necessidades. Além disso, a comunicação efetiva fará com que o profissional de enfermagem possa ajudar o paciente a conceituar seus problemas, a enfrentá-los, a visualizar a experiência vivida e até auxiliá-lo. Nessa perspectiva, a comunicação pode se tornar uma forma de ajuda. Existem situações em que a comunicação enfermeiro-paciente pode ser prejudicada por fatores inerentes ao paciente, tais como a impossibilidade de falar, compreender ou ouvir.

Por meio da comunicação estabelecida com o paciente, o profissional pode compreendê-lo em termos integrais e perceber sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Dessa forma, poderá entender as necessidades do paciente e, assim, prestar assistência adequada, minimizando seu sofrimento. O profissional enfermeiro está sujeito a muitas dificuldades com relação à compreensão da mensagem transmitida pelas pessoas com deficiências, assim como para passar informações e orientações para eles. Por isso, utiliza diversas formas de comunicação, como mímica ou linguagem escrita, que, entretanto, não são eficientes e não garantem o tratamento correto.

As necessidades de comunicação vão além da interpretação de gestos e notas e apontam para a forma como se localiza a problemática da surdez como uma questão relacionada ao modo como se situa a surdez em nossa sociedade. A comunicação falha; falha porque o que está em jogo são diferentes elementos que invisibilizam os corpos nas formas de atenção à saúde. A comunicação é apenas uma das estratégias de colonialidade e subalternização de corpos quando focada como única limitação de um processo que é mais abrangente em termos relacionais e de cuidado.

4.1 O corpo buscando uma saída pelo labirinto do SUS

Muitas pessoas ainda desconhecem o direito a esse benefício, mas especialmente as pessoas de baixa renda podem solicitar aparelho auditivo junto ao Sistema Único de Saúde. Para conseguir o acesso ao atendimento especializado à surdez, o paciente deve possuir o cartão nacional de saúde do SUS. Esse cartão deve ser requerido mediante um cadastro na Secretária de Saúde da cidade onde ele reside atualmente. A primeira etapa é realizar um agendamento para

consulta com o profissional médico clínico-geral. Qualquer pessoa com suspeita de perda auditiva deve comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em seu bairro de moradia, levando consigo o cartão e documentos pessoais. Esse primeiro agendamento pode ser realizado pelo próprio paciente ou qualquer outra pessoa, desde que ela esteja com os documentos pessoais e cartão do SUS.

Como nos demais atendimentos do SUS, é necessário entrar em uma lista de espera, o que pode demorar um pouco. O paciente, passando por esta consulta, vai relatar as queixas relacionadas à audição; após essa avaliação, o pedido médico será lançado no sistema para, assim, aguardar a liberação feita pela Secretaria de Saúde para o serviço de referência de atendimento especializado em audição. Esse processo para conseguir a vaga costuma demorar no máximo 30 dias. A própria instituição especializada entra em contato com paciente/familiar para informar a data e horário da consulta. Desse modo, o paciente não acessa diretamente o serviço de atendimento especializado; existe a necessidade de ele ser encaminhado, na medida em que se entende que a porta de entrada no sistema de saúde é a atenção básica no território, e é lá que a pessoa será acompanhada longitudinalmente, em termos de necessidades sociais de saúde.

O paciente, quando chega à fundação, depois do encaminhamento feito pela atenção básica, retira sua senha na recepção de maneira espontânea no dispensador de senhas manual, ressaltando que não temos nas instalações da unidade o placar de senha automático – que facilitaria bem mais para o paciente se orientar nas chamadas de seu atendimento. Por hora, há um funcionário para abordar o paciente na entrada da unidade, porém, em alguns momentos esse funcionário se ausenta e o paciente, ao chegar, sente-se confuso ao retirar a senha e se acomodar diretamente nas cadeiras de espera.

Ressalto aqui minha inquietação vivenciada todos os dias: mesmo estando em uma unidade de atenção básica específica para surdez, voltada para as necessidades do paciente, deparo-me com a ação da invisibilidade desses corpos, da subalternização, visto que o paciente que tem de se adaptar ao ouvintismo para poder realizar a orientação de seu atendimento. Sendo assim, o paciente retira a sua senha e aguarda na sala de espera; ele aguarda ser chamado na recepção para confirmar a presença e, em seguida, iniciar seus atendimentos com as equipes de saúde. Essa chamada feita pela recepção é realizada por meio do uso do microfone, chamando o paciente pelo número de sua senha.

Dependendo do grau de perda da audição do paciente, esse mecanismo de chamada se torna um grande obstáculo – lembrando que muitos faziam leituras labiais para facilitar o entendimento e estávamos vivenciando o uso obrigatório de máscaras, devido à COVID-19, aumentando o desafio para o paciente compreender a comunicação. Somente a comunicação por Libras não resolveria a questão; existem muitos pacientes que não se comunicam pela Língua Brasileira de Sinais e também possuem baixo nível de escolaridade, insuficiente para facilitar a comunicação. Portanto, o paciente, após a confirmação da presença, senta novamente nas cadeiras e aguarda sua próxima chamada.

A chamada é feita oralmente, focalizando uma habilidade do ouvintismo, mesmo em se tratando de um centro especializado em surdez. Ou seja, desde a porta de entrada, onde ela pega a senha e a espera pela consulta, a pessoa surda depende do ouvintismo para se localizar. O acesso inicial no serviço torna a própria surdez invisível. É preciso ouvir minimamente ou ser acompanhado por alguém que escute para usufruir.

Neste período em que vivenciamos o pico, o auge referente à COVID-19, passamos por vários momentos desesperadores, até mesmo por ser algo que nunca havíamos passado antes. Tudo era inusitado, novo, e trazia junto também muitas incertezas; até mesmo me coloquei – bem como também coloquei outras pessoas – em riscos de contaminação, pois como a chamada do paciente é feita de forma oralizada, muitos deles têm a necessidade de visualizar os lábios (leitura labial), e assim era necessário abaixar a máscara de proteção. Muitas vezes agimos de maneira incorreta com relação a isso, pois era a única maneira de tornar um pouco mais fácil o andamento no atendimento.

A sala de recepção é climatizada. Os visitantes são servidos com café, chá, água e biscoitos. Nela permanecem em torno de 80 a 100 pacientes; a média de tempo que eles aguardam para finalizar o atendimento varia muito para cada tipo, pois existem pacientes que estão indo pela primeira vez. Nesse caso, haverá um maior número de atendimentos, já outros vão apenas para pequenos reajustes nos aparelhos e demais necessidades, sendo a estimativa de tempo de permanência na unidade por volta de uma hora e meia a quatro horas. Os pacientes são de todas as faixas etárias; são homens, mulheres e crianças, de distintas raças e etnias. Tem pessoas negras, indígenas, brancas; pessoas de diferentes classes sociais; diferentes níveis de escolarização; e essa multiplicação de interseccionalidades não é só detalhada de maneira visual, mas porque existe todo o preenchimento de protocolos, que é realizado pelo atendimento com a

profissional do setor do serviço social. A ordem dos esquemas de prioridades para o atendimento é seguida nos termos da lei para as pessoas portadoras de deficiência física, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo e com ressalvas de outras necessidades.

A televisão que se encontra no salão de espera muitas vezes não fica programada no modo acessibilidade, tornando-se um transtorno para os pacientes. Deparo-me com mais uma situação de empatia com as necessidades do paciente: o ideal seria deixar a TV com legenda, voltando ao foco da unidade, que é direcionada ao atendimento específico para surdez. Nesse caso, a TV está ali, mais uma vez tornando, as necessidades do paciente invisíveis, e ele tem de se adaptar ao outro mais uma vez.

O paciente é chamado várias vezes, para vários atendimentos, sendo ele avaliado por toda a equipe multidisciplinar: médicos (otorrinolaringologista, neurologista, pediatra), fonoaudióloga, psicóloga, enfermagem e serviço social. Todos esses profissionais chamam o paciente em voz alta para o atendimento, um a um. Todo o foco do serviço é a surdez como um problema de saúde; os corpos ali são apenas corpos surdos, classificados etariamente.

A ação é desenvolvida exclusivamente por serviços especializados, composta por equipes. A estrutura física se encontra em boas condições de uso, e o funcionamento “segue” com características “definidas” pela legislação. Os serviços realizam diagnóstico, seleção, fornecem o aparelho (de acordo com a necessidade do paciente), acompanham seu uso e oferecem a terapia fonoaudiológica.

A proposta é que o paciente retorne ao serviço pelo menos uma vez ao ano para verificar o funcionamento do aparelho e fazer nova reavaliação – ou de acordo com a necessidade de cada paciente. O fornecimento de aparelhos auditivos pelo SUS está organizado segundo as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Auditiva e legislação complementar, que definiu ações e serviços para a atenção à saúde auditiva dos brasileiros em diferentes níveis de complexidade.

Ações e estratégias para a assistência aos usuários surdos deveriam ser de âmbito geral, orientadas por políticas públicas e planejadas pela gestão junto aos serviços de saúde. Porém, as ferramentas usadas para viabilizar a comunicação são individuais e pontuais. Observa-se uma fragmentação das ações que não possibilita a aquisição de novas práticas sólidas para promover a acessibilidade do portador de surdez (SOARES *et al.*, 2018).

A ausência de qualificação adequada para trabalhar com surdos contraria o Decreto n.º 5.626/2005, que regulamenta a inclusão plena dos surdos nos serviços de saúde, garantindo a atenção integral à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras e/ou para tradução ou interpretação para pessoas surdas ou aqueles não usuários da Língua Brasileira de Sinais, oferecendo ao surdo um atendimento de qualidade e acessível e garantido assim a universalidade e equidade da atenção (REIS; SANTOS, 2019).

As barreiras de acesso impõem importantes constrangimentos que sinalizam uma modalidade de processo de trabalho que, apesar de ser voltada para a surdez, também subalterniza, implicando, assim, em uma Atenção Primária à Saúde restritiva à diversidade de necessidades/demandas da população. É importante que o gestor público se comprometa com a formação permanente dos profissionais para lidarem adequadamente com demandas específicas, como, por exemplo, de pessoas surdas (REIS; SANTOS, 2019). Trata-se apenas de uma surdez como doença; o corpo é a doença-surdez, e não uma pessoa surda, de modo a tornar a surdez uma dimensão separada de uma existência.

Ao longo desses nove anos de experiência trabalhando com o não ouvinte, deparei-me com várias cenas desconfortáveis, nas quais pude vivenciar muitas dificuldades dos surdos quando procuram atendimento à saúde. Com isso, fui observando as diferentes adversidades encontradas em cada paciente, fui relatando cada situação, cada experiência do dia a dia. É necessária muita paciência, falar olhando para o paciente e não escrever quando estiver falando; falar de forma pausada e clara, evitar palavras longas, articular bem as palavras, escrever, fazer expressão facial, mímicas, usar palavras simples, escrever a receita passo a passo, explicar para que serve o medicamento, não falar baixo demais, mas também não gritar.

As questões sobre a surdez implicam pensar sobre os processos que envolvem certas marcas de uma identidade surda. Esses processos se estabelecem em um campo de lutas e se referem, ao mesmo tempo, aos protocolos de um serviço específico para a população surda e à própria militância surda, que se afirma no campo das políticas sociais e defesa de direitos. Essas ações refletem a trajetória de uma comunidade cultural que se constitui historicamente, conforme escrito anteriormente, como anormais; confundidos com deficientes intelectuais, autistas, etc. Os surdos foram se legitimando como uma minoria, como uma comunidade que possuía uma língua peculiar que se organizava em formato visioespacial. Enfim, uma comunidade com aspectos culturais e sociais próprios, singulares. O serviço no qual trabalho é resultado dessas lutas da

militância, pois a política para a população surda vem do ativismo; entretanto, a forma que assume quando é operacionalizada não é mais uma política com a população surda, mas uma política sobre uma doença-surdez, no sentido de tratar com um aparelho para voltar a ouvir.

Assim, a questão identitária no campo da surdez se faz necessária em termos de identidade coletiva – portanto, uma questão política. Por isso, é fundamental acompanhar esses protocolos que são surdos à própria surdez. Atentar-se para as contradições históricas que conduziram os movimentos surdos significa considerar essa questão identitária, de modo não linear nem universal: se é ou não surdo, se tem ou não a língua de sinais como aspecto definidor desse grupo social. Asinvisibilidades da surdez se constituem nesses jogos, que não implicam apenas a relação com a própria surdez e sim com a maneira como essa surdez acontece em um campo social. A narração que uma pessoa surda faz de si se dá pelo olhar do outro como alguém que é diferente e inesperado, além disso, dada a ausência de uma língua falada entre os corpos, as pessoas surdas, antes de conhecer a língua de sinais, buscam no mundo as informações por meio de fatos, contextos, gestos e expressões. Tudo possui uma significação; a língua das pessoas não surdas é lida pelo surdo a partir do que se identifica por gestos e expressões da face. Portanto, mais do que fala, é o corpo que permite essa apropriação de mundos e realidades.

Ressalto que mesmo diante destas problemáticas a instituição não oferece e nem mesmo incentiva uma qualificação em Libras, sendo uma estratégia que possibilitará ao profissional da saúde agir conforme o seu código de ética, visando a proteção, promoção e recuperação da saúde e interagindo com os surdos através de um planejamento específico, que será norteador para direcioná-lo a um atendimento adequado a fim de obter uma assistência qualificada e humanizada.

4.2 Encontro de corpos

Dos encontros

Mais um dia de trabalho e inicio meus atendimentos. Sigo até a recepção para chamar meu primeiro paciente. Na empresa não há placar que indica as chamadas; é necessário, como sempre, chamar pelo próprio nome mesmo. Sendo eles não ouvintes, torna-se mais difícil localizar o paciente. Como dito anteriormente, muitos deles interpretam melhor fazendo a leitura

labial, porém, com o uso das máscaras de proteção (COVID-19), isso se torna mais uma barreira entre corpos surdos e não surdos.

Tive vários momentos de estranhamentos de imediato, pois eu comecei a perceber que as "deficiências" discutidas se encontravam nas dificuldades de comunicação entre o ouvinte e o não ouvinte. O fato de chamar os pacientes para os atendimentos de forma oralizada me causou um certo incômodo, e meu primeiro encontro com o paciente surdo também me deixou bastante desconfortável, pois eu precisava coletar dados, informações em que muitas vezes eu desenvolvia uma forma de comunicação adaptada por meios de gestos, escritas – na qual muitas vezes tanto eu como o pacientes nos sentíamos constrangidos –, e assim acabava que eu não realizava uma assistência de maneira adequada.

Em alguns dias me sentia bastante desconfortável, pois no ato do atendimento percebia que o paciente tinha necessidade de mais auxilio, que ele muitas vezes não era compreendido. Isso me causava um grande descontentamento, uma certa frustração, gerando até mesmo para ambas as partes muita insegurança com relação à assistência prestada. Essas barreiras de acesso impõem vários constrangimentos, mas com essas inquietações busquei conhecer mais da cultura surda para aumentar o respeito e diminuir o preconceito sobre o modo de vida e interação desse grupo.

Fui assim avistando a questão do "incluir para excluir" acontecendo dentro de instituição com atendimentos voltados para pessoas com deficiência, as quais precisam se adequar aos costumes e padrões dos ouvintes para ter acesso ao seu atendimento, de modo que eles ficam em uma posição subalternizadas tendo seus corpos invisibilizados, demonstrando assim que a "deficiência" se encontra no espaço de atendimentos e não neles.

Aos poucos fui me aproximando dos surdos e a cada dia buscando me conectar mais com sua língua e suas culturas. Busquei aprender mais a Libras e muito do que hoje sei foi aprendido no decorrer de todos esses anos, nas convivências com os próprios pacientes. Hoje já me comunico bem melhor com eles e consigo evoluir de maneira satisfatória meu atendimento.

Certo dia atendi seu João e seu Francisco, ambos vieram acompanhados em razão de terem a mesma dificuldade de verbalizarem oralmente. Olho então para seu João, que pela ficha identifico que tem 53 anos, é casado, negro, evangélico, estudou até a terceira série, de classe social pobre, referido na instituição como deficiente auditivo bilateral (ouvido direito com perda severa e ouvido esquerdo com perda moderada). Veio acompanhado da filha, pois não verbaliza

oralmente. Tem um vago conhecimento da comunicação por Libras, faz apenas alguns gestos e escritas; sua acompanhante também não entende Libras. Começo fazendo minha avaliação, tenho necessidade de falar bem alto para que ele possa me ouvir e de maneira gentil, para que não venha a soar de uma maneira rude ou até mesmo grosseira de realizar o atendimento. Geralmente preciso repetir várias vezes a mesma pergunta, e sua filha auxilia nas respostas. Sinto seu João constrangido por não conseguir expressar suas queixas; os ruídos externos do ambiente também interferem e acabam prejudicando o bom andamento da consulta.

Seu Francisco tem 75 anos, é branco, católico, casado e analfabeto. Quando chamo para seu atendimento, ele adentra a sala acompanhado de seu neto de 12 anos. Justifica ele que os demais familiares estariam trabalhando e que somente seu neto pode estar com ele naquele momento. Pergunto a ele se está usando o aparelho certinho todos os dias, e ele me responde que não está sabendo colocar o aparelho sozinho em casa, por esse motivo não tem usado. Relata que tem feito muita falta a ele, que não quer nem sair de casa mais, pois anda de bicicleta e tem medo de não escutar o trânsito e acontecer outro acidente, como já aconteceu. Ele tem ficado mais em casa, mas, como está sem o uso do aparelho, quase não recebe a visita de familiares, pois ele tem de ficar pedindo para as pessoas repetirem várias vezes ou falarem mais alto, e no telefone já não escuta mais nada sem o uso do aparelho.

Converso com a voz mais alta para seu Francisco me compreender. Pergunto uma, duas vezes a mesma pergunta, porém noto que ele não me compreendeu. Percebo então que a pilha do seu aparelho acabou. Faltava ainda saber quais medicamentos ele vem fazendo uso para as devidas orientações. Recorro ao neto, mas o mesmo não soube me informar. Seu Francisco não é alfabetizado, não consigo encerrar o atendimento nem pela escrita com ele. Talvez ele estivesse precisando de mais orientações, e infelizmente assim encerro a consulta, despeço-me por gestos e sigo para o próximo atendimento.

Na enfermagem, em termos de formação, é designado o exercício da função de cuidar de todo e qualquer ser humano, independentemente de sua condição. De forma mais abrangente, Alves (2013) diz que a essência de um profissional de enfermagem e do seu processo de trabalho é atuar para promover, proteger, recuperar a saúde e prestar assistência de qualidade aos pacientes, além de supervisionar as práticas da equipe multidisciplinar e desenvolver ações de educação em saúde.

Sendo assim, a enfermagem se torna figura de suma importância para que haja a inclusão social da pessoa com deficiência e para que esta usufrua de todos os benefícios os quais o Sistema Único de Saúde e as demais legislações e políticas públicas atuais venham a oferecer (ALVES, 2013). Sabendo que o surdo e o DA (deficiente auditivo) não são apenas nomenclaturas, mas sim a forma como o ser se identifica (SKLIAR, 2016), a enfermagem, para praticar a integralidade da assistência com equidade, deve ser híbrida nas duas vertentes; ou seja, ser capaz de verbalizar com um DA oralizado, respeitando a sua posição de deficiente, e também deve ser adepta à Libras, para se comunicar com o surdo que almeja ser aceito com suas necessidades, que não lhe impedem de se comunicar.

Entretanto, quando acompanho seu João e seu Francisco, percebo que além da surdez há outras dimensões de nossos corpos que não conversam, que não se encontram, mesmo que acompanhados: baixa escolarização e falta de informações sobre as medicações prescritas. Isso amplia as exposições dessas existências, pois além de não serem escutados como surdos, uma vez que devem falar como ouvintes, também devem ler como pessoas alfabetizadas e terem a mesma apropriação da prescrição que aquele que a prescreveu. Por isso a assistência de enfermagem ao surdo deve, além de ser bilíngue, considerar essas outras dimensões que também acontecem nos acompanhamentos e que intensificam a própria dificuldade de ouvir a surdez, e não da surdez ouvir.

A enfermagem deve se comunicar com seu paciente e, ao mesmo tempo, interpretar para ele as prescrições medicamentosas, a explicação do seu caso, dar as orientações sobre a patologia – caso exista alguma – e, principalmente, deve orientar o paciente a fim de prevenir agravos. Um surdo pode, sim, desenvolver tuberculose ou ser contaminado pelo HIV ou qualquer uma outra doença por falta de conhecimento (OLIVEIRA, 2012). Na assistência de saúde, é necessário se relacionar e se comunicar de modo cuidadoso e responsável, procurando traduzir, compreender e perceber as demandas espontâneas que o paciente traz. Consequentemente, é preciso identificar suas necessidades sociais e não apenas aquilo que o traz à saúde em termos identitários: a surdez.

Geralmente, o encontro clínico entre quem trabalha na saúde e o cidadão surdo ocorre fora dos padrões previstos na rotina de qualquer profissional. A situação se torna limitada para ambos, o que prejudica a própria atenção à saúde e, consequentemente, a criação de vínculos a serem estabelecidos. A gravidade da situação se torna maior se for levado em conta o fato de que a Língua de Sinais (LS), na maioria das vezes, é desconhecida pelos profissionais de saúde, além

de todos os outros apagamentos relativos a essas existências. Alguns imaginam que a solução estaria na solicitação do intérprete da LS como intermediário, deixando subentendida a necessidade de inclusão de uma terceira pessoa nessa relação para que se efetive a comunicação. O surdo não encontra oportunidade de se expressar nem de expor as suas dúvidas na consulta, deixando para o acompanhante a responsabilidade de explicar ao profissional os problemas de saúde que apresenta, sendo também essa pessoa quem recebe as orientações. Além disso, a presença do acompanhante retira do surdo o direito da individualidade necessária para a sua exposição, fazendo com que, muitas vezes, angústias e dificuldades que só o próprio surdo sente passem despercebidas pelo fato de a responsabilidade da comunicação ser transferida para os familiares ou ao intérprete de Libras.

A Língua de Sinais tem gramática e vocabulários díspares da língua portuguesa, o que torna as pessoas fluentes em Libras, não em português. A Libras é uma gramática do corpo. Ainda que não exista diálogo ou uma comunicação entre paciente e profissional, é importante que o profissional saiba interpretar os gestos, expressões faciais e corporais do surdo. É necessário que o serviço fale também a língua do surdo; não apenas em Libras, mas a língua que compõe esses corpos surdos. Quando esse indivíduo busca atendimento nos serviços de saúde e está sintomático e/ou com alguns sinais clínicos de doença, é fácil para o profissional identificar o que está ocorrendo. Porém, quando assintomático ou com doenças sem causa aparente, em que se faz necessário conhecer, de modo abrangente, a história do paciente, a situação se complica.

O surdo pode utilizar gestos e expressões que não pertencem à Libras, mas que são entendidas universalmente como expressões de aflição, apontando o local e definindo o tipo de dor. O indivíduo que é alfabetizado em português pode escrever o que quiser, porém, como já foi dito, a construção gramatical é diferente para o surdo. Desse modo, o profissional deve, pacientemente, tentar entender o que o surdo quer expressar para que ele não busque os serviços de saúde apenas em situações emergenciais, mas que tenha acesso sempre, com equidade e integralidade, como preconizam os princípios doutrinários do SUS.

Compreende-se também que cabe à enfermagem ser multiplicadora e facilitadora dessas relações, levando em consideração os níveis de atenção básica, bem como os atendimentos avançados e as equipes multidisciplinares. Na educação continuada, a assistência de enfermagem ao surdo caminha no sentido de preparar toda a equipe para atender esse paciente de forma geral.

Levando em conta que a assistência de enfermagem ocorre, sobretudo, por meio da consulta, a relação estabelecida com o paciente permite compreendê-lo a partir de diferentes necessidades sociais de saúde, percebendo seu entendimento, suas sensações e seu modo de agir e reagir. Quando estou com o paciente já em sala, eu me apresento a ele por gestos ou até mesmo por Libras; não possuo o curso completo da linguagem de sinais, porém, devido aos longos anos de vivências com a comunidade surda, já tenho algumas habilidades. Fico atenta às necessidades dele e assim inicio minha consulta, moldando as dificuldades e viabilizando a melhor maneira de prestar um atendimento mais humanizado possível para o paciente. Quando o paciente já é oralizado – portanto, dentro da lógica do ouvintismo, mais adaptado –, a consulta se torna bem mais tranquila, pois ele consegue escutar. Porém, há casos em que o paciente não é oralizado, não tem conhecimento da língua de sinais, não sabe escrever, muitas vezes devido à fragilidade no ensino educacional, e ainda comparece sem acompanhantes. Nessas situações, a consulta acaba se tornando bem mais difícil, em que muitas vezes não consigo coletar as devidas informações necessárias e o paciente deixa de relatar e expor muitas de suas necessidades relacionadas à sua saúde. Trata-se de uma consulta em que o corpo surdo não é escutado, apenas a surdez já diagnosticada. Ressaltando que atendo todas as faixas etárias, raças, religiões, classes sociais e graus de escolaridade; quando se trata de pacientes recém-nascidos, a mãe/acompanhante se torna a porta-voz para a coleta das informações.

Nesta consulta de enfermagem, eu acolho o paciente e realizo a triagem, em que verifico suas condições de saúde atuais, realizo exame físico e avalio seus sinais vitais, como pressão arterial, temperatura corporal e peso. Anoto os medicamentos de uso contínuo, se for o caso, e administro também certas medicações, conforme prescrições médicas. Realizo orientações preventivas de saúde e, após o término da minha consulta, caso o paciente esteja em condições favoráveis de saúde, o mesmo segue em seu atendimento com os demais profissionais da equipe. É na consulta de enfermagem que explico o que farei em termos de protocolos a serem seguidos, além de coletar esses dados citados acima, como: idade, peso, sinais vitais, uso de medicamentos de rotina, queixa de saúde atual, profissão e estado civil. Atendo o paciente de maneira integralizada, considerando tanto os aspectos relacionados à surdez quanto aqueles relativos à saúde em geral. Além dessas avaliações iniciais, faço orientações e intervenções preventivas para a melhoria da saúde em âmbito geral. Em termos de protocolos, sigo orientando sobre a importância do uso correto de medicamentos, caso faça uso contínuo, oriento o paciente com

relação à importância da alimentação – até mesmo cito os alimentos que provocam mais zumbido, como o açúcar, doces no geral e cafeína –, como também ressalto a importância da qualidade do sono, com intuito de gerar mais qualidade de vida e tratamento do paciente; incentivo a prática de atividades físicas e questiono a necessidade de estar com os exames de rotinas sempre em dia, com objetivo de prevenir possíveis alterações de saúde.

Aos que têm perda de audição leve/moderada, realizo a consulta da maneira mais tranquila, com falas pausadas e de maneira que o paciente se sinta à vontade, esclarecendo os procedimentos de forma mais simples possível para seu melhor entendimento. Já os pacientes com maiores dificuldades, muitos deles já vêm com o seu acompanhante para o auxílio na consulta. Devido ao longo tempo de trabalho, pude ir aprendendo a me comunicar com o paciente em sua própria linguagem, tanto com o uso da Libras como também o uso de gestos corporais, de acordo com as necessidades de cada um. Com isso, para seguir meu protocolo de atendimento já consigo me comunicar muito bem com eles. Em muitos momentos preciso escrever, como já mencionado; muitos desses corpos atendidos possuem a escolaridade muito precária, e o ato de escrever suas queixas e necessidades se torna uma outra dificuldade.

Com estes procedimentos de atendimentos, posso identificar quais vêm sendo as reais necessidades dos pacientes. É também a oportunidade de realizar atividades educativas, fortalecer o vínculo, conhecer e "ouvir" o usuário, além de orientar e dar base para resolução de problemas de saúde e até mesmo conflitos sociais, atingindo o máximo de bem-estar deles. Porém, todos esses protocolos seguem esses percursos: para os corpos de alguma forma já oralizados ou falantes de Libras, um tipo de performance mais próxima de um relato de si mesmo; para os corpos sem Libras e não oralizados, mas com acompanhantes, a consulta é intermediada, portanto, é a fala do acompanhante que é ouvida; para os corpos não oralizados, sem Libras e sem acompanhantes, a consulta é com o diagnóstico da surdez. Ou seja, há nessas três formas uma subalternização dos corpos, seja pela adaptação à oralização, pelo acompanhante ou pelo diagnóstico.

Para o protocolo, não faz diferença se o(a) paciente é homem, mulher, jovem ou criança; em relação às classes sociais, também não existe nenhuma diferença com relação ao protocolo realizado. Já na questão do nível de alfabetização, quando o paciente tem a perda profunda e também não oraliza, comparecendo ao atendimento sem um acompanhante ouvinte, de certa maneira se torna uma barreira, de modo que não consigo preencher os protocolos da maneira

mais eficiente: faltam dados, informações, pois nesse caso a escrita em forma de vozes me auxilia na coleta de dados, e assim posso prestar uma assistência de maneira mais precisa para o paciente, buscando assim entender as suas necessidades singulares, dentre outros desafios. Isso se refere ao que se considera como interseccionalidade, ou seja, ao aproximar a surdez do analfabetismo, as desproteções e exposições, inclusive dentro do próprio sistema de saúde, são maiores. Portanto, nesse caso, não se trata apenas de uma questão relacionada à surdez, mas também relativa à escolarização como condição para acessar a saúde. Esses corpos se tornam invisíveis e incompreensíveis.

Os procedimentos não se modificam diante das interseccionalidades, são iguais para todos. Dentre as limitações ou barreiras de acessibilidade aos surdos se destacam: restrição de sua autonomia, privacidade comprometida e conflito ético devido à necessidade de intérprete familiar, ausência de intérprete profissional nas instituições de saúde, discriminação, preconceito, estigmas e estereótipos.

Esses corpos que atendo, muitas vezes, estão ali sendo atendidos por conta própria, na busca por uma qualidade de vida melhor, com intuito de ouvir melhor e poder estar inserido com outros corpos, sentindo-se mais confiante, livre de julgamentos e preconceitos causados pelo grupo de ouvintismo. Outros estão ali naquela unidade simplesmente porque a família deseja que o paciente escute melhor, situação em que, mais uma vez, o corpo surdo perde sua própria autonomia em termos de possibilidades de escolha e decisão própria de querer ou não usar aparelho auditivo.

A relação deste protocolo com o serviço é de poder oferecer para o paciente um atendimento de forma integralizada, como dito anteriormente; é avaliar essas diferentes necessidades, por isso a necessidade de uma equipe multidisciplinar. Entretanto, a inclusão social do surdo depende do preparo das equipes e da população para que seja acolhido e interaja de forma adequada. Proporcionar acessibilidade requer não apenas capacitação, mas também conscientização da demanda dos pacientes surdos e da importância do cuidado individualizado e humano (PEREIRA *et al.*, 2020).

Minha próxima paciente é Marina, que veio sozinha. Marina tem projetos de vida, diferentemente de seu João e seu Francisco, em que a surdez se encontra com o envelhecimento e o analfabetismo. Ela tem 26 anos, é branca e concluiu o Ensino Médio. Tem o desejo de cursar faculdade de Letras, especializar-se em Libras e trabalhar com educação especial. É casada,

habilitada em Libras e com perda auditiva bilateral profunda, segundo o prontuário institucional. Não oraliza verbalmente nenhuma palavra. Conto de Marina porque conhecer quem são essas pessoas e seus itinerários de vida faz parte de uma atenção integral em saúde. Compreender que João e Francisco não são apenas surdos, que são pessoas em envelhecimento – com limitações de alfabetização, mas que também gostam de andar de bicicleta, por exemplo –, auxilia-nos a ampliar a forma de "escutar" esses corpos para além de um diagnóstico de surdez. Assim, Marina, não é apenas meu encontro com uma paciente surda, mas com uma mulher que quer fazer faculdade de Letras e se especializar, que tem autonomia com Libras apesar de ser considerada biomedicamente com perda auditiva bilateral profunda.

Vanessa também veio sem acompanhante para a sua consulta, e, como relatei, meu conhecimento com linguagem de sinais (Libras) não é suficiente em alguns casos para abordar a paciente de maneira integral. Além disso, não temos funcionários intérpretes para auxílio exclusivo de pacientes nas consultas, ressaltando também que muitos pacientes não gostam de expor suas rotinas do dia a dia; preferem o sigilo em suas consultas, sendo somente eu como profissional e o próprio paciente. Consigo coletar algumas informações da Vanessa, informações essas relacionadas à sua saúde, mas aqueles aspectos da vida acabam escapando: como se encontra seu estado de saúde naquele momento, se havia alguma queixa, se estava em uso de algum medicamento, como estava a adaptação com o aparelho auditivo e o porquê de não estar usando o aparelho. Para finalizar, realizo orientações de forma preventivas para a saúde (como atividades físicas, alimentação, exames de rotina), mas sinto nela uma necessidade de se expressar bem mais. Em alguns momentos ela realiza uma fala, mas não consigo compreendê-la. Com isso, ela pega um pedaço de papel sobre a mesa, uma caneta e escreve: "eu precisar de atestado e laudo do exame auditivo".

As pessoas com perda auditiva têm também muita dificuldade na modalidade escrita; não dominam as regras gramaticais, deixando assim muitas vezes mais difícil a interpretação do contexto e da informação que quer passar. Essa consulta se prolongou bastante devido às várias pausas durante o atendimento, com o intuito de a paciente ficar bem esclarecida e sair sem dúvidas. Porém, devido à alta demanda de atendimentos e às cobranças de metas de atendimentos, já não posso me estender mais. Sendo assim, em muitos atendimentos não consigo permitir que o paciente se delongue no ato da consulta; o tempo é apertado em função das limitações do paciente e muitas vezes também por falta de entendimento da minha parte. Os

protocolos, que envolvem também o tempo que ficamos com cada paciente, são estabelecidos segundo a padronização de corpos. Essa padronização subalterniza as diferentes necessidades sociais, de modo a tornar a consulta um procedimento padrão e não singularizado, de acordo com as especificidades de cada um. As diferenças entre cada corpo surdo acabam sendo apagadas, pois o tempo não permite que elas sejam acolhidas. Desse modo, essas diferenças se tornam desigualdades, na medida em que o serviço não se adapta a elas: é o meu tempo de consulta e não o dela que performa a surdez no atendimento.

Não se adaptar às necessidades dos grupos minoritários é um fator de exclusão social, e leva o paciente surdo a procurar atendimento em uma unidade especializada em surdez, onde ele que tem de se adaptar ao universo não surdo; acaba praticando um processo de normalização da surdez para poder acessar a saúde.

Dona Herminda tem 75 anos, é negra, viúva, católica e já é paciente da fundação há mais de 13 anos; desde então faz uso do aparelho auditivo. Sua perda auditiva é classificada como severa. Ela vem sempre acompanhada pela sua filha mais nova, a qual me relata que sua mãe já não quer mais fazer o uso do aparelho com queixas de que ele incomoda, faz muito barulho na cabeça ao usá-lo. Ela acaba se comunicando mais com a família realizando a leitura labial, mas como estávamos em uso obrigatório das máscaras de proteção (COVID-19), tornava-se um pouco mais difícil para a paciente realizar a leitura labial. Sendo assim, falei de maneira mais pausada e com tom mais alto da minha voz, mas mesmo assim ela acaba não compreendendo muito bem. Como meu trabalho é baseado em metas de atendimentos, não posso muitas vezes me prolongar na avaliação, com isso quem acaba me passando todas as informações é a filha de dona Herminda, deixando-a sem autonomia de expressar no tempo dela e impossibilitando que ela tenha um atendimento um pouco mais humanizado, como deveria ter recebido.

O primeiro aspecto importante de salientar é que esse entendimento da surdez como uma patologia vem acompanhado, é claro, por procedimentos de medicalização da surdez. Dentro dessa lógica, o surdo é aquele sujeito patológico, doente, que carrega consigo uma falta, uma perda – nesse caso, a da audição –, sendo necessário tratá-lo, medicá-lo, normalizá-lo. Para isso, diferentes procedimentos são utilizados e recomendados, tanto pelos saberes médicos como pedagógicos. O procedimento mais nomeado, aquele que é incansavelmente citado nos pareceres descritivos, é o aparelho auditivo. Ele aparece como a primeira alternativa de normalização, quando a surdez é descoberta e identificada.

A recomendação do uso do aparelho auditivo, nos excertos mencionados, apresenta-se bastante problemática. Primeiramente, por ser mais uma das estratégias que o dispositivo de normalização coloca em funcionamento, com o intuito de transformar os surdos em algo que eles definitivamente não são nem nunca serão: ouvintes. O segundo motivo apontado pelos próprios surdos é a imposição do uso deste aparelho, seja pela escola, pelo médico ou pela família. Eles salientam que é necessário "respeitar a decisão do surdo em usar ou não aparelho de audição. Não impor o uso do mesmo. Nenhum surdo pode ser obrigado a usar aparelho auditivo, já que esta decisão deve ser consciente" (FENEIS, 1999, p. 2).

Portanto, não deve haver imposição no uso do aparelho, mesmo se considerado como a melhor alternativa. É o surdo que deve optar pelo uso ou não do aparelho ou de qualquer outro instrumento que lhe possibilite a audição.

É evidente que os discursos na nossa sociedade definem a surdez unicamente a partir de sua condição biológica, ou seja, como uma falta, entendendo-a, assim, como desvio, anormalidade, deficiência e não como um marcador social da diferença, em que um coletivo se aproxima pelo compartilhamento singular de experiências viso-gestuais, criando uma outra língua (SKLIAR, 1997, p. 259). Dona Herminda não quer ouvir; quer falar, quer ser compreendida, quer entender, mas não usar o aparelho. Isso é um marcador de diferença, de não assujeitamento; é um corpo que se constitui por uma outra relação com a surdez.

Dona Herminda não é um único caso. Há outros "casos" de pacientes que chegam aqui no serviço e que, mesmo tendo indicação do uso do dispositivo eletrônico, recebem o aparelho, porém não fazem o uso e procuram o atendimento de tempos em tempos simplesmente por motivos de validarem seus passes livres – eles têm por direito o acesso gratuito ao transporte, mas a cada ano é necessário comprovar com exames e laudos emitidos pela instituição a perda auditiva para renovar o passe livre do transporte público. Portanto, o que está em jogo não é o acesso ao ouvintismo, mas o acesso à mobilidade urbana. A necessidade social que performa esses corpos e os traz ao serviço é a possibilidade de circulação com a surdez e não de circunscrição pela surdez.

A imposição do aparelho se torna parte de um mecanismo de poder, pois, diante disso, percebe-se que muitas vezes o surdo precisa utilizar qualquer dispositivo para ouvir e impedir assim que ele lute por sua língua e também sua identidade em termos de marcadores de diferença,

fazendo com que tenha seu corpo silenciado, subalternizado pelo ouvintismo para assim se enquadrar na “normalização” criada pelos ouvintes para enfim ter em mãos os seus direitos.

Dona Catarina tem 55 anos, é indígena, casada, evangélica e já fazia uso do aparelho auditivo por dois anos. Ela também relata que não está conseguindo se adaptar ao uso do aparelho. Toda vez que ela faz o uso do aparelho, ela sente uma tontura; ela tira o aparelho e a tontura passa, e com isso ela não consegue mais usar o aparelho. Dona Catarina reclama que perdeu seu emprego pois os colegas e clientes falavam com ela e ela não ouvia direito. Queixa-se que está sendo um momento muito difícil, pois precisa trabalhar, mas ninguém está dando oportunidade a ela. Faz seleção em vagas de pessoas com deficiências (PCD), mas nada de ser chamada. Está tentando se aposentar e não consegue pela idade. As diferenças de idade entre dona Herminda e dona Catarina precisam ser consideradas quando pensamos com a interseccionalidade, pois mesmo tendo marcas que as aproximam em termos de subalternização – por serem mulheres negras/indígenas –, o fato de a primeira ser aposentada e a segunda não acentua a desproteção quanto à autonomia de fazer o uso ou não do aparelho para se adaptar àquilo que é imposto. Dona Herminda acaba por poder escolher. Dona Catarina, apesar de não se adaptar, não pode escolher; o ouvintismo se impõe para que possa sobreviver. Portanto, a

possibilidade de não se tornar “ouvinte” também depende das condições de acesso a outras dimensões para o viver.

Assim como dona Catarina, que ao não se adaptar ao aparelho perdeu o trabalho, encontro Sabrina, que, ao não se adaptar, afasta-se da escola. Sabrina, apesar de ter apenas 12 anos, ser branca e estudante, apresentou perda súbita aos 10 anos, após um tratamento de meningite. Mesmo já sendo oralizada, iniciou o uso do aparelho auditivo assim que recebeu o diagnóstico da perda, porém não gosta de usá-lo, pois me conta que tem vergonha, em função de os colegas da escola fazerem bullying com ela. Devido a essas queixas e ao não uso do aparelho, seu desempenho escolar vem caindo, pois não está conseguindo compreender a professora. A mãe afirma que já solicitou professor auxiliar/intérprete, porém ainda não conseguiu e continua tentando. Sabrina chora todos os dias, dizendo que não quer mais estudar. Neste caso, apresenta-se claramente o aparelho auditivo como um procedimento salvacionista para que a aprendizagem desse sujeito se efetive. Sabrina e dona Catarina precisam do aparelho para se adaptarem ao mundo que fazem parte, mas esse mundo não se adapta às suas necessidades. O aparelho provoca desconforto físico e social.

Por outro lado, seu Joaquim veio para o atendimento em outra ocasião relatando que tem outra vida quando usa o aparelho auditivo. Ele gosta muito do aparelho, pois ele consegue conversar, ouvir bem a família e seus amigos, mas está apertado financeiramente e não está conseguindo comprar as pilhas do seu aparelho. Por esse motivo, ele não está conseguindo usar mais seu aparelho. Seu sobrinho, que está em sua companhia, relata que seu Joaquim vem apresentando sintomas depressivos, pois sem o aparelho ele se afasta de todos e não quer mais se socializar, já que encontra muita dificuldade para entender as pessoas. Ele veio com a intenção de ganhar pilhas do aparelho, porém o SUS não custeia as baterias, que são entregues somente uma única vez – as demais ficam por conta do usuário. Explico para ele como funciona, ele se despede chorando. Entende-se que as necessidades em saúde podem ser compreendidas como necessidades propriamente humanas, uma vez que são socialmente determinadas e estão relacionadas a uma compreensão interseccional que envolve marcadores como autonomia, liberdade, bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Identificá-las permite direcionar as ações da atenção primária, garantindo os princípios da integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste caso, seu Joaquim quer ouvir, mas, assim como Seu João, Seu Francisco e dona Catarina, as condições econômicas costuradas à surdez e marcadores raciais e étnicos potencializam as formas de exclusão.

Os procedimentos que organizam a rotina do serviço seguem a surdez e não a pessoa surda. Desse modo, acaba-se por viabilizar uma anatomia da surdez em que essas diferenças não são contempladas nos modos de acesso; na realidade o que acessa é a falta de ouvintismo, mas não a pessoa surda.

Caminhar nessa cartografia significa percorrer as diferentes formas de subalternização de corpos surdos. A deficiência se torna o primeiro plano com o qual nos relacionamos no serviço, e pela deficiência traçamos os protocolos para o ouvintismo. Se pensarmos com a interseccionalidade, além da questão do capacitismo, outros marcadores de desigualdade vão aparecendo, conforme fui marcando anteriormente. Esses marcadores que seriam pistas de diferenças, que nos indicariam no serviço a necessidade de nos adequarmos a questões relativas à idade, a graus de alfabetização, a querer ou não ouvir, acabam por se tornar desigualdades.

A inclusão, que poderíamos pensar a partir da própria existência do serviço, traz em si mesma formas de exclusão, conforme indiquei anteriormente nas discussões; uma se inclui excluindo. A exclusão é justamente dessas diferentes necessidades sociais; a inclusão se faz pelas

formas de normalização das adequações ao serviço, portanto, por colonialidades que subalternizam essas diferenças, na medida em que reforçam as desigualdades sociais (é preciso um acompanhante nos atendimentos, as dúvidas não são respondidas, os desconfortos não são solucionados, entre outras questões apontadas previamente). O serviço é para as pessoas portadoras de deficiência auditiva, mas inclui não as pessoas portadoras e sim a deficiência. A inclusão da deficiência é descolada do corpo, o corpo é excluído. Portanto, não é necessário saber a idade, a escolaridade, a vontade de ouvir ou não, se está empregado ou não, entre outras dimensões da vida. O serviço segue os protocolos da perda da audição ou da ausência da audição. Sendo assim, o corpo é invisibilizado, o corpo como uma existência dentro de um mundo de relações, dentro de uma cultura, dentro de uma sociedade desaparece; esse corpo é excluído.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora do ponto final, mesmo provisório, pois bem se sabe que outras inquietações me mobilizarão a continuar o ofício de demandar respostas para o que me inquieta no plano concreto da vida.

O caminho cartográfico proporcionou reflexões, deslocamentos e ressignificações que causaram marcas em mim. Marcas que transformaram a minha visão de mundo e trouxeram à tona inquietudes, indagações e inúmeras fragilidades. Tudo isso foi possível porque me permiti imergir no campo da pesquisa; fiz pesquisa de uma forma que nunca havia imaginado, sentindo cada narrativa, processando cada encontro, revivendo cada cena que atravessa minha prática profissional e me afeta, a cada dificuldade encontrada.

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender as formas de inclusão e exclusão sociais em termos de processos de visibilidade e invisibilidade de corpos, como também – dentro dos objetivos específicos – acompanhar processos que pessoas surdas enfrentam no serviço de saúde e problematizar o modo como o serviço de saúde se organiza para responder às necessidades sociais da população surda. Muitos serviços e informações de saúde se encontram inacessíveis aos surdos, dada a deficiência em se estabelecer um processo de inclusão.

Tornar visível o surdo é muito mais que saber a sua existência, é aceitar as suas especificidades, respeitar e garantir seus direitos – não desprezar a presença do outro – para que essa relação o constitua como sujeito. Assumir essa prática como sua é refletir o exercício

profissional. Historicamente, esse “silenciamento” e invisibilidade da pessoa surda vem tentando negar o poder que essa comunidade possui. Diante desse cenário, esta pesquisa é uma possibilidade de provocar a realidade atual e transformar os ambientes positivamente para os sujeitos surdos, para que deixem as suas marcas e sejam assistidos como todo cidadão deve ser.

Os pacientes surdos vêm tentando vencer os silêncios com as próprias mãos, pois eles falam com as mãos, a sociedade, que vem mudando, mas a passos muito lentos, onde cada conquista é comemorada, quando, na verdade, deveriam ser ações já consolidadas, tamanho é o discurso da democracia, direitos iguais e a própria inclusão.

O campo nos permitiu processar questões até então invisibilizadas, tensionamentos, fragilidades e potencialidades na oferta de cuidado às pessoas com deficiências e uma rede mutável, dinâmica, rizomática, em que o usuário perfaz caminhos em busca dos seus direitos e

em função de suas necessidades. É necessária uma torção radical em direção à produção de possibilidades outras de ampliação do acesso e da qualificação do cuidado em saúde que estejam em conexão com as existências das pessoas com deficiências, considerando as suas complexidades, multiplicidades e singularidades.

Muitas vezes o acesso ao serviço se revela como produção de barreira ao cuidado, impedindo, em alguns casos, a própria circulação dos usuários na rede, em que as dinâmicas de acesso se apresentam de maneira excludente. Essas considerações apareceram na pesquisa a partir das reflexões produzidas pelo percurso cartográfico, em que as formas de inclusão foram tensionadas por aquilo que acabava sendo excluído na própria inclusão. Isso permitiu entender que não se trata apenas de incluir, mas o que está em jogo nessas formas de inclusão, pois criamos um serviço que permite que pessoas portadoras de deficiência auditiva acessem, por exemplo, aparelhos auditivos, mas não se considera nessa estratégia de cuidado a complexidade da relação entre o uso do aparelho auditivo e as necessidades sociais das pessoas; não se considera a forma como o serviço está justamente organizado para atender pessoas portadoras e não uma deficiência auditiva.

A partir do momento que eu entrei no mestrado, algumas alterações vêm acontecendo. Junto do desenvolvimento desta pesquisa passei a formular mais ideias, as quais fui transmitindo e que a partir de agora mudarão alguns elementos da estrutura: passaremos a ter placar de chamadas, e já posso começar a enxergar bons frutos colhidos desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHOCHE, Munif Saliba. A garantia constitucionalmente assegurada do direito à saúde e o cumprimento das decisões judiciais.*Jus Navigandi*, Teresina, ano 14, n. 2102, 3 abr. 2009. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/12578>. Acesso em: 11 nov. 2010.

ALVES, Elizabete Gonçalves; FRASSETTO, Silvana Soriano. Libras e o desenvolvimento de pessoas surdas. *Aletheia*, no.46, Canoas, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000100017.

ALVES, M.D.; SEGATTO, C. R. Rompendo barreiras atitudinais: um caminho de aproximação com o outro "diferente". VIDYA, v.21, n. 38, p. 119-124, 2002.

ALVES, Tayse de Jesus Lima; PIRES Milena Novaes de Almeida, SERVO, Maria Lucia Silva. Um Olhar Sobre A Atuação Do Enfermeiro Na Atenção Às Pessoas Com Deficiência: Revisão Integrativa.*Revista de Enfermagem UFEP On-line*.Recife, 7(esp): p. 4892-4898, jul., 2013. Disponível em:
< https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11748/14020>.

ARAGÃO, Jamilly da Silva; FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier da; COURA, Alexsandro Silva; SOUSA, Francisco Stélio de; BATISTA, Joana D'arc Lyra.; MAGALHÃES, Isabella Medeiros de Oliveira. Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças /agravos em saúde expressos em LIBRAS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.23, n.6, Ribeirão Preto, nov./dez. 2015.

ARAUJO, Camila Crisse Justino de. Consulta de Enfermagem às pessoas surdas: uma análise contextual. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

BAHAN, Benjamin, BAUMAN H-Dirksen. Audism Univeiled. San Diogo / CA: Dawnsignpress, 2008. [DVD, 57 min].

BARBOSA, L. R. S. A Língua Brasileira de Sinais como inclusão social dos surdos no sistema educacional. Polyphonía, Goiânia, v. 22, n. 1, p. 173-187, 2011.

BARROS, Regina Benevides; Passos, Eduardo. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V.; PASSOS, E. (org.). Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulinas, 2015. P. 17- 30.

BAQUERO, Rute. Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. Revista Debates, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan./abr.2012.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: artigo 196 Seção II Da Saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

BRASIL. Lei n.º 10.436 de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais /populacao/9662-censo-demografico2010.html?edicao=9748&t=destaques>.

BRASIL. Lei n.º 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da lei n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (on-line). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, Disponível em: http://ww.planalto.gov.br//2005/decreto/d5626.htm. Acesso em:
BRASIL. Decreto n.º 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei n.º 10.436, de 24 de abril de 2002 – Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras.

BRASIL Lei n.º 13.146, 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 jul. 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. 2016.

BUJES, M. I. E. Descaminhos. *In*: COSTA, M. BRASIL. (Ed.). Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. v.2, p.11-33.

CARDOSO, Adriane Helena Alves.; RODRIGUES, Karla Gomes; BACHION, Maria Márcia. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *ver. Latino-Am Enfermagem* [on-line]. 2006, vol.14, n.4, pp.553-560. ISSN 1518-8345. https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400013.

CAVAGNA, V. M.; SILVA, W. P. J.; BRAGA, A. L. S.; ANDRADE, M. O paciente surdo e suas vivências no sistema de saúde: uma interface com a enfermagem. *Revista Enfermagem Atual*. *In*: Derme, 80(18), 33-39. 2017.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, v.1, 5. ed. 2001. *In*: *A era da informação*: Economia, sociedade e cultura.

CHAIBUE, K.; AGUIAR, T. C. A colonialidade sobre o surdo. *Revista Virtual de Cultura Surda*, n. 13, p. 1-16, 2014. Disponível em: http:// editoraararaazul.com.br. Acesso em: 28 fev. 2019.

CHARLOT, B. *Relação com o saber, formação de professores e globalização*: questões para a educação hoje. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CHAVEIRO, N. *et al*. Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. *Rev. Saúde Pública* [on-line]. 2014, vol.47, n.3, pp.616-623. ISSN 0034-8910. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004136.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2008, 39(4), 417-422. https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000400007.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. *Rev.EscEnferm*. USP. 2009; 42(3): 578-83.

COLLINS, Patrícia Hill; BILGE, Silma. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2021.

CORRÊA, R. G. C. F et al. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. Rev Pesq Saúde, v. 17, n. 3, p.179-183, setdez, 2016.

COSTA, Luiza Santos Moreira da; ALMEIDA, Regina Célia Nascimento; MAYWORM, Mariana Cristina; ALVES, Pedro Thiago Figueiredo; BULHÕES, Paulo André Martins de; PINHEIRO, Vanessa Miro. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd*, maio-jun. 2009.

COSTA, L. S. M.; SILVA, N. C. Z. Desenvolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes de medicina na atenção em saúde de pessoas surdas. *Interface Comunic, Saude, Educ*, Botucatu, out./dec. 2012. Disponível em: . Acesso em: 07 ago. 2015.

DUSSEL, Enrique. Ética da Libertação na idade da globalização e da exclusão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

FARIAS, Maria Betânia Monteiro de. Percepção da pessoa surda sobre qualidade da assistência em saúde. 2016. Tese de Doutorado.

FENEIS – Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos. Que educação nós surdos queremos. Documento elaborado no pré-congresso ao V Congresso Latino Americano de Educação Bilíngue para Surdos. Porto Alegre/RS: UFRGS, 1999. (Texto digitado). p. 2.
FENEIS. Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos. Que Educação nós surdos queremos: Documento do Pré-Congresso — V Congresso Latino Americano de Educação Bilíngue para Surdos. Porto Alegre/UFRGS: 2015.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In P. Rabinow, H. Dreyfus, Michel Foucault: uma trajetória filosófica (V. P. Carrero, trad., pp. 231-248). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2001 (Trabalho original publicado em 1975).

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber (M. T. C. Albuquerque, J. A. G. Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Graal. P.276-278, 2010.

FREIRE, T. C. R. F. Bullying contra surdos: fenômeno produtor de sentidos. In: Fórum Internacional de Pedagogia (FIPED), 4, 2012, Universidade Federal de Santa Maria Anais. Parnaiba / RS: UFSM, 2012. Disponível em: . Acesso em: 07 ago. 2015.

GOMES, Andréia Patrícia *et al*. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.36, n.4, p.541-549, 2012.

GOMES, L. F.; MACHADO, F. C.; LOPES, M. M.; OLIVEIRA, R. S.; HOLANDA, B. M.; SILVA, L. B.; BANDEIRA, J. B.; KANDRATAVICIUS, L. Conhecimento de Libras pelos médicos do distrito federal e atendimento ao paciente surdo. *Revista brasileira de educação médica*, 41(4): 551-556; 2017.

HALL, Stuart. "Minimal Selves". *In*: *Identity*: the real me. ICA Document 6. Londres: Institute for Contemporary Arts, 1987.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HECK, L.; CORTEZ, P. F.; SILVA, S. L. K.; SILVA, A. C. F. Análise da Dificuldade na Comunicação de Pacientes Surdos em uma Estratégia de Saúde da Família, na Cidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul. V Salão de Ensino e de Extensão. *Anais* […]. 2009. Acesso em: 15 maio 2015. Disponível em: http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/issue/view/52.

HONORA, M. *Inclusão educacional de alunos com surdez*: concepção e alfabetização: ensino fundamental, 1 ciclo/ Marcia Honora. – São Paulo: Cortez, 2014.

HUMPHRIES, Tom L. Communicating across cultures (deaf-hearing) and language learning. 1977, 108 f. Tese não publicada. Union Graduate School, The Union Institute e Universidades, Ohio, ProQuest Dissertations and Theses. 1977.p.12.

HUMPHREY, J. "*Gender skill and work mobility in Brazil*", Cahiers du GEDISST, n. 7, pp. 27-39, 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. *In*: Montes Claros.

KLEIN, Madalena. A formação do surdo trabalhador: discursos sobre a surdez, a educação e o trabalhador. Porto Alegre: UFRGS, 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Rio Grande do Sul.

LANE, Harlan. *A máscara da benevolência*: a comunidade surda amordaçada. Lisboa: Instituto Piaget. p. 53, 1992

LOPES, M. C. *Surdez e educação*. 2. Ed. Ver. Ampl. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

MAGALHÃES, José Quadros de. *Direito Constitucional*. Curso de Direitos Fundamentais. 3ed. ver. e atual. São Paulo: Método, 2008, p.10.

MARCELO GARCIA, Carlos. *Formação de professores*: Para uma mudança educativa. Porto: Porto Editora, 1999 p.153-155.

MASCARENHAS, L. T.; MORAES, M. O. *Redesenhando fronteiras entre surdos e ouvintes*: a inclusão escolar. Mnemosine, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 261-283, 2015

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Atenção primária à saúde. Biênio 2004/2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Dicionario_educacao_profissional.pdf. Acesso em: 19 jul. 2006.

MONTEIRO, Myrna Salerno. História dos Movimentos dos Surdos e o Reconhecimento da Libras no Brasil. Educação temática digital. Campinas, 2006.

MOURA, Maria Cecília de. *O surdo*: Caminhos para uma nova identidade. São Paulo: PUC, tese de doutoramento, 1996.

NÓBREGA, Juliana Donato *et al*. Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3): 671-679, 2012.

OGUISSO, T.; SCHIMIDT, M. J. *O exercício da enfermagem*: uma abordagem éticolegal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

OLIVEIRA, Y. C. A.; COSTA, G. M. C.; COURA, A. S.; CARTAXO, R. O.; FRANÇA, I. S. X. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e odontologia no estado da Paraíba, Brasil. Comunicação Saúde e Educação. V.16, n.43. p. 995-1008, out./dez. 2012. *Braz. J. Hea. Rev*., Curitiba, v. 3, n. 3, pp. 6942-6956 ISSN 2595-6825 6956.

OLIVEIRA, F. J. C.; CUNHA, J. M. R..; FREITAS, E. F. A inclusão de alunos surdos: acesso e permanência na universidade. *Brazilian J. of Develop*. Curitiba, v.6, n.5, 2020, p. 28095-28110

PAGLIUCA, L. M. F.; FIÚZA, N. L. G.; REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. *Revista de Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre, RS: Sulina, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Cartografar é traçar um plano comum. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. 2014, p. 29. Porto Alegre, RS: Sulina.

PERLIN, Gladis. Identidades Surdas. *In*: SKLIAR, Carlos, (Org). *A surdez*: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação. 2005. P.52 -64.

PEREIRA, A. A. C.; PASSARIN, N. P.; NISHIDA, F. S.; GARCEZ, V. F. “Meu Sonho É Ser Compreendido”: Uma Análise da Interação Médico-Paciente Surdo durante Assistência à Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(4), e121, 2020.

PEREIRA, Luiz. *A escola numa área metropolitana*. São Paulo: Pioneira, 1976.

PINTO, B. D. *et al*. Inclusão e Permanência da Pessoa Surda no Mercado Formal de Trabalho. 2009.

PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 5(1), 68-77, 2016.

RANGEL, G. M. M.; STUMPF, M. R. A pedagogia da diferença para o surdo. *In*: LODI, A. C. B.; MELO, A. D. de; FERNANDES, E. (Org.). *Letramento, bilinguismo e educação de surdos*. Porto Alegre: Mediação, 2012.

REIS, V. S. L.; SANTOS, A. M. Conhecimento e experiência de profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento a pessoas surdas. *Revista CEFAC*, 21(1), e5418, 2019.

REZENDE, Patrícia Luiza Ferreira. Implante coclear na constituição dos sujeitos Surdos. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010. Orientadora, Ronice Müller de Quadros; coorientadora, Maura Corcini Lopes. p.80-87.

SACKS, O. W. *Vendo vozes*: uma viagem ao mundo dos surdos. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 123 p.

SANTANA, A. P. *Surdez e Linguagem*: aspectos neurolinguísticos. São Paulo: Editora Plexus, 2013.

SANTOS, A. S.; PORTES, A. J. F. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na atenção básica à saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 2019.

SANTOS, Érika Machado; SHIRATORI, Kaneji - As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. *In*: _____ (org). *Identidade e diferença*: a perspectiva dos estudos culturais. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 83.
SILVA, Tomaz Tadeu da. *Teoria Cultural e Educação*: um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

SILVA, M. C.; RODRIGUES, W. E. Acessibilidade no tratamento odontológico do paciente surdo. R. CROMG, Belo Horizonte, 16 (1): 12-18, jan./jun. 2015.

SILVA, L. S.; LEAL, J. G. G.; JUNIOR, G. R.; SILVA, M. A. D.; PEREIRA, A. C. Sinais específicos de em Libras para o ensino odontológico. *Revista da ABENO*. 18(2): 135-143, 2018.

SOARES, I. P.; LIMA, E. M. M.; SANTOS, A. C. M.; FERREIRA, C. B. Como eu falo com você? A comunicação do enfermeiro com o usuário surdo. *Rev baiana enferm*. 32, e25978, 2018.

SOUZA, M. F. N. S.; ARAUJO, A. M. B.; SANDES, L. F. F.; FREITAS, D. A.; SOARES, W. D.; VIANAM, R. S. M.; SOUZA, A. A. D. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: Uma revisão integrativa de literatura. *Rev CEFAC*. maio/jun. 2017, 19(3): 395-405.

SKLIAR, Carlos. A reestruturação curricular e as políticas educacionais para as diferenças: o caso dos surdos. *In*: SILVA, Luiz Heron da *et al.* (Org). *Identidade Social e a Construção do Conhecimento*. Porto Alegre: Ed. Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre, 1997, pp. 242-281.

SKLIAR, Carlos. Os estudos surdos em educação: problematizando a normalidade. *In*: *A surdez*: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 15-17.

SKLIAR, Carlos. **A SURDEZ: UM OLHAR SOBRE AS DIFERENÇAS** - 3ªED.(2016). Porto Alegre: Mediação, 2011, p. 70.

SKLIAR, C. Um olhar sobre nosso olhar acerca da surdez e as diferenças. *In*: SKLIAR, Carlos. (org.). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação, 2016.

STEINBERG, A. G.; BARNETT, S.; MEADOR, H. E.; WIGGINS E. A.; ZAZOVE, P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of general internal medicine*, mar. 2006. Disponível em: . Acesso em: 11 ago. 2014.

STROBEL, K. L. *Surdos:* vestígios culturais não registrados na história (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008, p. 52.

THOMA, A. S.; BANDEIRA, L. V. V. Vidas surdas: experiências docentes e vínculos narrativos constituindo modos de ser e de fazer a educação de surdos. *In*: FONSECA, T. M. G.; COSTA, L. B. (orgs.) *Vidas do fora: habitantes do silêncio*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, p. 337-351.

WRIGLEY, Owen. *The politics of deafness*. Washington: Gallaudet University Press, 1996.