

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

JAIME BARBOSA BATISTA

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DA SAÚDE E USUÁRIOS
SURDOS: estratégias e desafios**

PORTO ALEGRE

2016

JAIME BARBOSA BATISTA

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DA SAÚDE E USUÁRIOS
SURDOS: estratégias e desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UPP TCC II, do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Engel Gerhardt

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me proporcionar chegar a este momento com saúde e com a sensação de dever cumprido.

Agradeço aos meus pais, por me educarem e me ensinarem que é preciso lutar para alcançar nossos objetivos.

Agradeço aos meus amigos e amigas pela paciência e compreensão dos muitos momentos de ausência durante toda minha trajetória acadêmica.

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Tatiana Engel Gerhardt, por me guiar durante a caminhada deste trabalho e por me mostrar que é possível construirmos espaços de saberes e práticas.

Agradeço ao Tiago Lencina, por não desistir dos seus objetivos e me mostrar que lutar vale a pena, e que podemos transformar o mundo lado a lado, independentemente das dificuldades que possam ocorrer.

“Tudo o que é reto mente. Toda verdade é sinuosa. O próprio tempo é um círculo.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

O presente estudo está inserido no projeto “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS”, vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, e tem por tema a comunicação entre profissionais da saúde e usuários surdos no município de Gravataí/RS. Tem por objetivo identificar as possibilidades e dificuldades de comunicação em saúde e analisar os desafios e as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica. O estudo foi realizado com 14 profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família do município de Gravataí/RS, por meio de pesquisa exploratória-descritiva qualitativa. Os dados foram coletados entre março e abril de 2016, através de entrevista semiestruturada e a análise dos dados foi a análise de conteúdo, por meio da análise temática. O estudo observou que existem similaridades e singularidades na comunicação entre os diferentes profissionais de saúde com os usuários surdos. As similaridades centraram-se em questões técnicas: a ausência de preparo na LIBRAS; a compreensão da necessidade de uma qualificação para atender melhor os usuários surdos; nas estratégias utilizadas para prestar o cuidado, predominaram a escrita, gestos informais e a leitura labial. Em relação às singularidades de ações e estratégias, observou-se que os profissionais de saúde, mesmo sem entender a LIBRAS, desenvolvem relações e vínculos com os usuários surdos, evidenciando que a comunicação em saúde vai muito além da técnica, e que é de extrema importância levar-se em conta as subjetividades, o contexto de vida e a história dos indivíduos surdos para que as relações aconteçam da melhor forma possível. Ou seja, a comunicação precisa levar em consideração as necessidades técnicas: a fala não verbal, a qualificação, a capacitação, o entendimento da língua, mas também é necessário incorporar nos processos de trabalho e nas relações as especificidades de cada indivíduo. Observa-se, por fim, que é necessário aprofundar os estudos em relação à comunicação dos profissionais de saúde com os usuários surdos, levando em consideração uma visão ampliada sobre o tema, para que colaborem para a criação de mecanismos de cuidado capazes de atingir toda a população surda, através de políticas públicas de saúde.

Palavras Chave: Atenção Primária em Saúde; Comunicação em Saúde; Surdez.

ABSTRACT

This study is part of the project "Chronic Diseases and Health Planning: the challenges of the metropolitan region of Porto Alegre / RS", linked to the Community Health Study Group (GESC), the Federal University of Rio Grande do Sul - UFRGS, and has the theme of communication between health professionals and deaf users in the municipality of Gravataí / RS. It aims to identify the possibilities and difficulties of communication in health and analyze the challenges and strategies used by health professionals in primary care. The study was conducted with 14 professional health unit's health family in the city of Gravataí / RS, through qualitative exploratory-descriptive research. Data were collected between March and April 2016, through semi-structured interviews and the analysis of the data was content analysis, through thematic analysis. The study noted that there are similarities and singularities in the communication between the different health professionals with deaf users. The similarities to focus on technical issues: the lack of preparation in POUNDS; understanding of the need for skills to better serve the deaf users; the strategies used to provide care predominated writing, informal gestures and lip-reading. Regarding the singularities of actions and strategies, it was observed that health professionals, even without understanding the POUNDS, develop relationships and ties to the deaf users, showing that health communication goes beyond the technique, and it is extremely important to take into account subjectivities, the context of life and history of deaf individuals to relationships happen in the best possible way. That is, the communication needs to take into account the technical requirements: speech nonverbal, skills, training, language understanding it, but it is also necessary to incorporate the work processes and relationships the specifics of each individual. It is observed, finally, that it is necessary to further study regarding communication of health professionals with the deaf users, taking into account a broader view on the subject, to collaborate to create care mechanisms to achieve all the deaf population through public health policies.

Keywords: Primary Health Care; Health Communication; Deafness.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Percentual da População com deficiência, segundo o tipo de deficiência investigada – Brasil, 2010	8
---	---

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Serviços de Saúde do Município de Gravataí, segundo Gerência e População	19
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
CIDDM-2	Internacional das Deficiências, Atividades e Participação
CIF	Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde
INES	Instituto Nacional de Educação de Surdos
USF	Unidade de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CONEP	Comitê Nacional de Ética e Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	15
2.1 Inclusão social dos surdos, deficiência auditiva e políticas de saúde	15
2.2 Cuidado e comunicação em saúde.....	18
2.3 Enfrentando obstáculos da comunicação em saúde.....	21
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos.....	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Caracterização da pesquisa	24
4.2 Local e participantes do estudo.....	25
4.3 Técnicas e instrumentos de coleta	27
4.4 Análise de dados	28
4.5 Considerações éticas	29
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	31
5.1 As dimensões técnicas da comunicação.....	31
5.2 A dimensão relacional da comunicação	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
Apêndice A – Entrevista semiestruturada.....	46
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	47
Anexo B – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa....	49

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto está inserido no estudo “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS”, coordenado pela Profa. Dra. Adriana Roese, que está vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESCC), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Ao lidar com questões relacionadas à área da saúde, o contato do profissional através da comunicação é fundamental para criar uma relação com o usuário. Neste sentido, as relações humanas têm papel importante no trabalho dos profissionais de saúde, o que necessita uma compreensão cada vez maior do relacionamento profissional-usuário (CHAVEIRO, 2010). E para construir essas relações é necessário conhecer o contexto no qual o usuário está inserido.

A história cultural de uma sociedade é construída com suas variedades de conflitos, interesses, ideais, relações e tensões. Essa diversidade encontra também na forma de enxergar e viver a cultura surda, com todas as suas complexidades (PERLIN; STROBEL, 2014). Cultura vem do latim *colere* que significa “cultivar”, ou seja, tudo aquilo que envolve a vida de determinada sociedade (CAVALCANTI, 2002).

Segundo Edward B. Taylor cultura é:

Aquele todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e aptidões adquiridos pelo homem como membro da sociedade (TAYLOR apud MORAES, 2008).

Desta forma, entender a cultura de determinada comunidade, no caso dos surdos, exige um estudo aprofundado da concepção dos surdos em relação a sua condição.

Thoma (2012) afirma que:

Ser surdo é uma condição plural, e as identidades surdas podem ser tantas como podem ser qualquer outra (THOMA, 2012).

As concepções carregam muitos significados que vão além de uma definição do que se pensa ser ou não. Ser surdo do ponto de vista socioantropológico significa ser diferente, ter características diferentes como qualquer outra pessoa (THOMA, 2012). Debates relacionados à identidade surda iniciaram nos anos sessenta com a ideia de que a língua de sinais deve ser reconhecida como língua (THOMA, 2012). Como a língua de sinais é pouco conhecida pela sociedade, as contingências dos surdos de inserção natural na sociedade ficam limitadas.

Este “ser diferente” vem carregado de interpretações ao longo da história humana. Mas então, o que é ser normal? A normalidade é encarada pela medicina como paradigma da sociedade, e também como uma adequação no sujeito as regras sociais. Este conceito de normalidade foi questionado com a visão de que o normal pode oprimir o sujeito, tirando um pouco o olhar do sentido biomédico (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Assim, a deficiência transforma a forma de pensar, ao compreender que a pessoa com deficiência é mais do que um corpo biológico, mas também um corpo social e político. O modelo social contesta o conceito biomédico que entende a deficiência como um impedimento para a vida social, dizendo que o corpo não impede a vida em sociedade do indivíduo deficiente (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Desta forma, decidi realizar este estudo devido minha participação na disciplina de LIBRAS I da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de uma disciplina optativa do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Considero de interesse aprender sobre esta cultura pouco divulgada no Brasil, levando em conta sua dimensão e importância na sociedade. A disciplina me permitiu compreender o entendimento dos surdos de sua identidade de sujeito e cidadãos e como comunidade inserida na sociedade brasileira. Esta parcela da população muitas vezes passa despercebida, devido sua dificuldade de comunicação com a população ouvinte.

Na sociedade mundial, a surdez é entendida como uma deficiência. A deficiência é tratada no mundo todo como um impedimento do próprio corpo a normalidade, considerada um padrão de vida pela visão biomédica. Através

desse conceito criou-se um neologismo que não tem tradução para a língua portuguesa, o *disablism*. O *disablism* fala sobre a questão da normalidade, no qual as incapacidades corporais são marcadas por opressão e discriminação (DINIZ, 2007).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), as pessoas com deficiência são definidas como:

Aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

Conforme o artigo 23 capítulo II da Constituição Federal de 1988 “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.” E segundo a Lei Orgânica da Saúde, se faz importante “a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.” (BRASIL, 2006).

Portanto, é fundamental compreender o contexto histórico, político e social dos surdos, para que os serviços de saúde saibam se comunicar de forma satisfatória com os usuários e coloquem na *práxis* o real sentido de saúde com qualidade de vida. Assim, esse estudo é sensível a esta necessidade de compreender a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e usuários surdos.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 Inclusão social dos surdos, deficiência auditiva e políticas de saúde

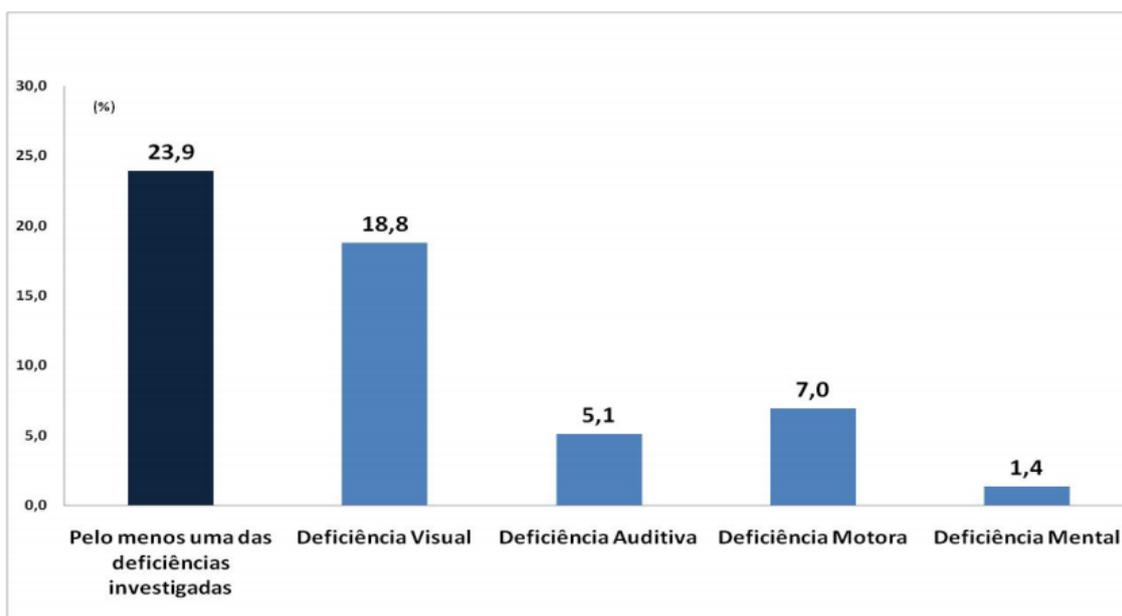
Os conceitos e entendimentos de deficiência auditiva e surdez vem mudando ao longo da história, conforme a evolução das percepções sobre o sujeito, que vão além de características biológicas.

Assim, a inclusão social aos poucos substitui a integração social, no qual a sociedade se modifica para atender as necessidades dos indivíduos, sem admitir preconceitos, discriminações, barreiras culturais ou sociais. Desta forma, a inclusão social permite a ampliação do viver o indivíduo portador de deficiência, que deve ter, por exemplo, acesso aos serviços públicos, culturais, sempre respeitando suas condições e necessidades (BRASIL, 2006).

A deficiência auditiva tem como característica a perda parcial ou total da capacidade de ouvir, e como surdez leve e moderada ou surdez severa e profunda. À medida que a população tem evoluído, mudanças ocorrem nas sociedades, o que faz também evoluir o conceito relativo das pessoas com deficiência. Um momento importante dessa evolução foi na década de 60, quando o conceito de deficiência estava ligado às limitações que o portador tinha em relação à população em geral (BRASIL, 2006).

O gráfico 1 mostra o percentual de deficientes auditivos no Brasil em 2010, que representavam 5,1% da população do país. Um percentual importante considerando o quão escasso são os serviços preparados para atender esta parcela da população.

Gráfico 1 – Percentual da População com deficiência, segundo o tipo de deficiência investigada – Brasil, 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Esta ideia de deficiência foi adotada em todo o mundo quando publicado no documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU). Este documento foi aprovado em 1982, um ano após a fixação do Ano Internacional da Pessoa Deficiente. Neste documento constam os direitos assegurados aos portadores de deficiência perante a sociedade, tais como condições de igualdade, condições de vida e progresso social. A área de atenção à saúde foi uma das diretrizes estabelecidas nesse documento (BRASIL, 2006).

Com uma ampliação sobre este conceito, em 1997 a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou mudanças, começando pelo título, agora com a denominação de Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2). Este documento tem um novo olhar, focando no contexto da vida, no apoio e nas potencialidades das pessoas ao invés de valorizar as incapacidades e limitações. O documento também elimina o termo “incapacidades”, entendendo-o como uma desqualificação social. Incluindo a participação, a CIDDM-2 amplia o conceito ao estabelecer a interação entre a

pessoa portadora de deficiência, as limitações e os fatores socioambientais e econômicos (BRASIL, 2006).

Através desse entendimento, ocorre um marco fundamental na evolução dos conceitos, que encara os portadores de deficiência e suas limitações com um novo olhar, com a perspectiva de inclusão social, conforme Sasaki (1997), diz que a inclusão é:

O processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos (SASSAKI, 1997).

Em 2001 a Organização Mundial da Saúde, na Assembleia Mundial de Saúde, aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que traz mudanças nos conceitos, que agora levam em conta a capacidade do portador de deficiência e não a incapacidade, doença ou sequela, mas outras questões, como sua capacidade de interagir com a vida. Assim, a deficiência não é mais encarada como necessariamente uma doença, mas sim uma condição de vida (BRASIL, 2006).

Considerando a necessidade de um cuidado específico para o portador de deficiência auditiva, foi criada a Portaria GM/MS nº 2.073 de 28 de setembro de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção a Saúde Auditiva. Esta portaria informa que é indispensável criar estruturas que sejam capazes de trabalhar em rede de serviços regionalizados e hierarquizados que cuidem da saúde do portador de deficiência auditiva, levando em conta uma linha de cuidado integral e vinculada as particularidades desta população (BRASIL, 2004).

A portaria ainda prevê que o Sistema Único de Saúde garanta cobertura ampla aos portadores de deficiência auditiva, considerando os princípios do SUS como a universalidade, integralidade, equidade e controle social da saúde auditiva. Os profissionais de saúde envolvidos nos processos de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva precisam ter educação continuada e qualificada (BRASIL, 2004).

Um pouco mais recentemente, foi criado o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, de 17 de novembro de 2011, que prevê a criação de Redes de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Este plano mostra que é necessário não apenas lutar por direitos, mas também criar mecanismos que produzam as práticas de saúde capazes de abranger e qualificar o acesso da pessoa com deficiência. O plano tem caráter de política pública, o que permite investir em planejamento em saúde em todos os níveis de complexidade, e ainda conversar com os demais serviços, como educação, transporte, trabalho, proteção social, etc. (BRASIL, 2014).

2.2 Cuidado e comunicação em saúde

Em relação à atenção aos surdos no Brasil, surgiu como um atendimento elementar, tanto na educação quanto na saúde, preservando quase sempre uma postura assistencialista. Conforme Maior (1995) as reabilitações no Brasil surgiram em “instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios “reabilitandos” e conduzidos à margem do Estado” (BRASIL, 2006).

O contato do profissional de saúde com o usuário surdo foge da rotina, quando percebem as limitações impostas entre um e outro, o que dificulta o vínculo que pode ser formado entre eles (CHAVEIRO et al, 2010). Incluir o sujeito surdo no atendimento dos serviços de saúde é fundamental para a qualidade de vida deste sujeito que necessita de um atendimento individualizado. Quando o profissional de saúde não entende esta questão, torna-se desafiador o cuidado em saúde para os usuários surdos. Existe assim, uma complexidade nas relações entre profissionais de saúde e usuários surdos.

Essas relações precisam ser construídas conjuntamente entre os profissionais da saúde, através de uma compreensão que vai além do entendimento do ser surdo. Essa compreensão precisa levar em consideração vários fatores da história do sujeito.

As relações constituídas historicamente carregam muitas subjetividades que trazem ao longo do tempo muitas concepções presentes na sociedade,

advindas por modos diferentes de entender a surdez (LOPES; LEITE, 2011). Muitos estudos mencionam a importância de compreender a surdez através do olhar e da concepção do próprio surdo. Porém, também é necessário entender o olhar do profissional de saúde sobre o surdo, para que possamos identificar os modos estigmatizados e enraizados na sociedade que dificultam as relações profissionais-usuários. E a comunicação é um importante elemento para construir essas relações.

“Por em comum”. Este é o significado da palavra comunicação, que vem do latim *communicare*, que implica em entendimentos entre as partes abrangidas (CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009). A relação e o vínculo entre profissional de saúde e usuários normalmente é colocada por meio da comunicação. Quando o usuário é surdo, esta relação surge de forma complexa, o que a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) deveria minimizar. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde não está preparada para compreender esta Língua.

Como já mencionado, a comunicação entre profissional de saúde e usuário é fundamental para estabelecer uma relação entre eles. A comunicação é uma importante ferramenta na saúde para o desenvolvimento de estratégias, intervenções, ações, entre outras (OLIVEIRA, 2015).

A comunicação acontece de várias formas, como a fala, a escrita, entre outras. E assim é possível expressar sentimentos e emoções (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006). Para identificar as necessidades dos usuários, os profissionais de saúde precisam entender o significado de suas mensagens. Mas quando o profissional não consegue identificar essas necessidades, a comunicação torna-se muito difícil, prejudicando no cuidado que o usuário necessita.

Existem muitos estudos que discutem questões relacionadas a comunicação não-verbal, porém são poucos os materiais para refletir sobre a comunicação entre profissionais de saúde e usuários surdos. Esta parcela da população necessita de cuidados que não sejam somente relacionados a surdez, assim como qualquer outra.

Normalmente os profissionais de saúde utilizam uma comunicação não-verbal que acaba não sendo efetiva para compreender as reais necessidades

dos usuários surdos. A comunicação acaba ocorrendo de forma incipiente, principalmente quando não há um intérprete para auxiliá-los. É incomum os dois - profissional de saúde e usuário surdo – dominarem a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), o que atrapalha ainda mais a comunicação. (CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006).

Alguns estudos já foram realizados para analisar a situação de comunicação entre profissional de saúde e usuário surdo. Um destes estudos foi realizado no município de Goiânia no estado de Goiás, onde foram entrevistados sete profissionais da saúde, com idade entre 33 e 55 anos. No estudo ficou claro a importância da comunicação como ferramenta para realizar os procedimentos da área da saúde. Por não terem a Língua de Sinais como língua fluente, os profissionais de saúde utilizam outros recursos para se comunicar com os usuários surdos: leitura labial pelo usuário, gestos bem simples, que por sua vez prejudicam o cuidado. E este contato prejudica o trabalho terapêutico realizado, refletindo-se no tratamento dado ao usuário (CHAVEIRO et al, 2010).

O estudo ainda mostrou o entendimento do profissional de saúde em relação ao usuário surdo como sujeito. Os profissionais percebem a exclusão que ocorre devido à falta de conhecimento dos próprios profissionais: *“Eu vejo o surdo muito sozinho, isolado no meio social. Não percebo uma inclusão social acontecendo, por causa da dificuldade de comunicação. Se tivesse conhecimento da linguagem, uma base anterior antes de começar a atender [...] (S3)”*. Outra questão mencionada no estudo foi a grande especialização que vem ocorrendo com os profissionais de saúde, o que acarreta em falta de vínculo com os usuários. Conseqüentemente, o sujeito não é visto como um todo que tem seu contexto de vida e particularidades, assim como mencionou um sujeito do estudo: *“Como a pessoa é surda, a gente acha que só não tem a audição e que tudo funciona normalmente, a maneira dele enxergar o mundo, vivenciar, ter com experiências o mundo é diferente. Isso é real [...] (S5)”* (CHAVEIRO et al, 2010).

Porem, também existe o “outro lado da moeda”, o entendimento do próprio usuário surdo. Apesar de este estudo ter como foco o olhar do profissional, é fundamental compreender como o sujeito enxerga e analisa o

cuidado que o profissional lhe presta. Um estudo realizado no Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), na cidade do Rio de Janeiro, contou com a participação de 18 surdos, com idade entre 22 e 58 anos, no qual 10 se comunicam por LIBRAS, quatro são bilíngues e quatro oralizados. Os entrevistados relataram suas experiências negativas com profissionais de saúde, o que representou 57% das respostas dos surdos oralizados, 62% dos bilíngues e 61% dos surdos que se comunicam por LIBRAS. Estas experiências trouxeram algumas considerações em relação ao profissional de saúde: falar olhando para o paciente; falar de forma pausada e clara; evitar pronunciar palavras longas; articular melhor as palavras; utilizar recursos como leitura labial, escrever e mímicas; utilizar palavras simples; explicar antes e às vezes durante um procedimento; explicar para que serve o medicamento; escrever português leve; ter paciência (COSTA et al, 2009).

2.3 Enfrentando obstáculos da comunicação em saúde

Percebe-se que ao longo dos anos os conceitos sobre deficiência auditiva foram mudando, transformando assim o entendimento do sujeito que necessita de um olhar com outra perspectiva, e que ao mesmo tempo precisa ser tratado como um usuário que também deve ser inserido nos cuidados que os serviços de saúde oferecem.

Através da inclusão social o sujeito surdo pode sentir-se parte de uma sociedade participante e ativa, independentemente de suas condições biológicas. Os surdos muitas vezes ficam isolados e se sentindo sozinhos, pois não tem uma base social que pode lhes dar o apoio que precisam. Um destes apoios deve ser os profissionais de saúde.

Estes profissionais tem papel fundamental no cuidado em saúde, pois tem em suas mãos a responsabilidade de transpor as barreiras que impedem a aproximação com as pessoas surdas. Realmente esse é um trabalho difícil e exige uma rede complexa de serviços para alcançar objetivos satisfatórios. Entretanto, é urgente uma ação que leve em consideração estas questões, pois os usuários surdos estão cada vez mais afastados dos serviços, que em consequência diminuem as chances do vínculo fundamental que deve existir

entre profissional de saúde e usuário, refletindo também no bem-estar da pessoa.

Antes de qualquer coisa, é necessária uma reflexão profunda sobre os estigmas criados nos serviços, principalmente em relação ao cuidado que é feito com usuários surdos, como se fosse apenas necessário um cuidado de sua deficiência, esquecendo-se que a pessoa é um corpo completo, que demanda outras preocupações. E quando entendem essas mudanças de perspectiva, muitos profissionais se sentem impotentes para agir, o que acaba impedindo um cuidado integral, inclusivo e humano (OLIVEIRA et al, 2015).

A *práxis* fica prejudicada, e o profissional improvisa na hora de cuidar dos usuários surdos. Percebe-se então a enorme complexidade que são as relações humanas, principalmente quando estão anteparadas pela falta de comunicação adequada. Levando em conta estas questões, a problemática do estudo busca compreender: como é a comunicação entre profissionais de saúde e usuários surdos? Quais mecanismos são utilizados para enfrentar as barreiras de comunicação?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários surdos em Unidades de Saúde da Família do município de Gravataí/RS.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as possibilidades e dificuldades de comunicação em saúde entre profissionais de saúde e usuários surdos em Unidades de Saúde da Família do município de Gravataí/RS;

- b) Analisar os desafios e as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família para enfrentar essas dificuldades.

4 METODOLOGIA

A seguir serão explicitadas as etapas da metodologia desta pesquisa, que teve as seguintes subdivisões: caracterização da pesquisa, delimitação da pesquisa, técnicas e instrumentos de coleta, análise de dados e considerações éticas.

4.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa Exploratória- Descritiva Qualitativa, que, conforme Polit e Beck (2011):

Em estudos qualitativos, as tarefas de amostragem, coleta, análise e interpretação de dados costumam ocorrer de modo iterativo. Os pesquisadores qualitativos começam pela conversa com as (ou observação das) pessoas que têm uma experiência de primeira mão com o fenômeno estudado. As discussões e observações são estruturadas tenuemente, permitindo que os participantes, expressem ampla variedade de crenças, sentimentos e comportamentos. A análise e interpretação são tarefas contínuas e concomitantes, que orientam as escolhas sobre o tipo da próxima pessoa a ser entrevistada e o tipo de pergunta ou observação a ser feita. (POLIT; BECK, 2011, P.103).

Em uma pesquisa qualitativa, o próprio pesquisador age como um instrumento ao interpretar as ações e contexto do entrevistado, usando de seus conhecimentos e vivências pessoais sobre o tema abordado (STAKE, 2011, p. 30). Através do método qualitativo, podemos analisar e interpretar profundamente o comportamento humano, apesar de sua complexidade (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa responde demandas particulares. Desta forma, este estudo pretende analisar e interpretar questões que não podem ser quantificadas, pois envolvem complexidades da vida humana como valores, relações, conflitos, culturas, sentimentos.

Em uma pesquisa exploratória o interesse principal é levantar informações referentes a um determinado objeto, traçando assim um campo de trabalho, identificando as suas manifestações e como esse objeto se apresenta (SEVERINO, 2010, p. 123).

Bem como a pesquisa exploratória, a descritiva inicia-se com uma abordagem de interesse. Sendo que em vez de observar e descrever o fenômeno de estudo, os pesquisadores investigam sua natureza, a maneira como se manifesta e outras formas como se relacionam (POLIT; BECK, 2011, p. 43).

4.2 Local e participantes do estudo

O estudo foi realizado no município de Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre. O município de Gravataí conta com 17 Unidades de Saúde da Família divididas em quatro Gerências: Centro, Rural, Sul e Norte. A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF): USF Águas Claras (Gerência Norte), USF Itacolomi (Gerência Rural) e USF Nova Conquista (Gerência Centro) do Município de Gravataí. Foram realizadas um total de 14 entrevistas. Nessas entrevistas foram encontradas três categorias profissionais: enfermeiros (2), técnicos de enfermagem (6) e agentes comunitários de saúde (6). Desses profissionais, doze são no sexo feminino e dois do sexo masculino. Os critérios de inclusão foram: possuir vínculo territorial e profissional com usuários surdos atendidos na USF; estar trabalhando há pelo menos 1 ano da Unidade de Saúde da Família; aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: não ter vínculo territorial e profissional com usuários surdos atendidos na USF; não estar trabalhando há pelo menos 1 ano da Unidade de Saúde da Família; não aceitar participar da pesquisa.

Mapa do município de Gravataí



Fonte: IBGE Cidades.

O estudo foi realizado no município de Gravataí, que foi fundado em Abril de 1763 com a criação da Aldeia de Nossa Senhora dos Anjos. Mas antes desta data, Gravataí já construía sua história. Gravataí é uma cidade cosmopolita, que mantém ainda seus ares de aldeia onde os moradores se conhecem, por outro lado, cresce e se desenvolve sem deixar de lado os valores sociais. Uma de suas características são as grandes empresas que atuam no município, trazendo grande mão de obra qualificada, com destaque para a indústria automotiva, e também importantes estabelecimentos de comércio e serviços (BRASIL, 2015).

A população estimada no município de Gravataí para o ano de 2015 segundo o IBGE é de 272.257 habitantes. O PIB em 2012 era de 6.936.436,8 e o PIB Per Capita de 26.767,35. Gravataí possui um total de 252 Estabelecimentos de Saúde, sendo que destes 30 são Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Saúde. Nestas Unidades localizam-se 40 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no qual 27 são Equipes de Saúde da Família, 11 são Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I e 2 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II (BRASIL, 2015).

Coforme o quadro 1, o município de Gravataí possui 10 Unidades Básicas de Saúde e 18 Unidades de Saúde da Família. No ano de 2015, o município passou a ter mais duas novas Unidades de Saúde da Família: USF Águas Claras 2 e USF Parque dos Eucaliptos. A previsão final para 2015 de cobertura de Estratégia de Saúde da Família é de 23% para 53%.

QUADRO 1 – Serviços de Saúde do Município de Gravataí, segundo Gerência e População.

Gerência	Serviços de Saúde	População	
Centro	UBS Centro	15.404	78.103
	UBS Vila Aliança	12.773	
	UBS Parque dos Anjos	10.500	
	USF Granville	6.053	
	USF Itatiaia	6.900	
	USF Aristίδes D'Ávila	6.944	
	USF Nova Conquista	8.946	
	USF Érico Veríssimo	10.583	
Rural	USF Neópolis	6.479	40.381
	USF Santa Cecília	2.553	
	USF Barro Vermelho	9.769	
	USF Itacolomi	6.457	
	USF São Marcos	2.651	
	USF Costa do Ipiranga	5.411	
	USF Morungava	7.065	
	Sul	UBS COHAB A	
UBS COHAB B		10.000	
USF COHAB C		10.525	
UBS São Judas Tadeu		26.070	
USF Princesa Isabel		9.980	
Norte	UBS São Geraldo	10.816	85.841
	UBS Bonsucesso	6.596	
	UBS Vera Cruz	8.931	
	UBS Vila Branca	9.654	
	UBS Morada do Vale	20.000	
	USF Águas Claras	13.640	
	USF Morada do Vale II	6.800	
	USF Parque dos Eucaliptos	9.404	

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB – Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí.

4.3 Técnicas e instrumentos de coleta

A técnica de coleta para a pesquisa foi a entrevista, pois conforme Gerhardt e Silveira (2009):

É uma técnica de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Foi utilizada entrevista semiestruturada com perguntas abertas (APÊNDICE A), onde o entrevistador pôde investigar amplamente, tendo mais liberdade para evoluir na situação apresentada na pesquisa. A entrevista foi realizada em local previamente definido e agendado com o profissional de saúde selecionado. A entrevista foi gravada e após, transcrita. Tendo como tempo aproximado de cada entrevista de 15 minutos e data da primeira entrevista dia 07 de março de 2016. Para realizar uma entrevista semiestruturada, o roteiro deve conter indicadores considerados essenciais, que contemplem a abrangência das informações esperadas, sendo que o roteiro deverá ser construído de maneira que permita flexibilidade na conversa (MINAYO, 2004).

Assim, o pesquisador tem a possibilidade de criar um roteiro sobre o tema proposto, porém, ele admite que o entrevistado se expresse à vontade sobre questões que perpassem o tema do estudo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.4 Análise de dados

Conforme Minayo (2004), a fase de análise ou tratamento do material, nada mais é que identificar e interpretar as três finalidades complementares da investigação. A primeira finalidade é a busca através do próprio material coletado, ou seja, a descoberta da pesquisa, a segunda é referente a administração de provas, confirma e levanta outras, e a terceira é compreender e ampliar os contextos culturais, para que possamos compreender os significados das mensagens.

A técnica de análise utilizada na pesquisa foi a Análise de Conteúdo. Operacionalmente, a análise de conteúdo começa pela leitura das falas que acontecem através da transcrição da entrevista. Assim, conseqüentemente, este seguimento leva a relação de dois elementos: estruturas semânticas (significantes) e estruturas sociológicas (significados), transpondo o que foi proposto no tema com características determinadas nos textos, trazendo importantes elementos, como variáveis psicossociais, produção de mensagem e contexto social e cultural (MINAYO, 2004).

A modalidade apropriada para a pesquisa é a Análise Temática, por ser simples e adequada para análises qualitativas. Esta modalidade é dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise consiste em ler e organizar o conteúdo, também conhecida como “leitura flutuante”. A exploração do material é a fase de sistematização dos dados, onde o pesquisador cria regras de contagem, classifica os dados e organiza as categorias teóricas. Já o tratamento dos resultados o pesquisador pega os dados brutos e interpreta (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.5 Considerações éticas

O projeto está inserido no estudo “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: os desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS”, coordenado pela Profa. Dra. Adriana Roesse, que está vinculado ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, porém não utilizará dados do estudo.

O presente estudo respeitou a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, criada para implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. O participante foi convidado a participar da pesquisa e foi esclarecido referente a finalidade deste projeto, após recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado pelo participante, ficando uma via com o mesmo e outra com o pesquisador (ANEXO A), que contém informações claras relacionadas à pesquisa. A participação na pesquisa apresentou riscos mínimos para os participantes, não apresentando danos físicos. Os danos podem ser apenas relacionados a um possível desconforto para responder a entrevista. O participante pode ser beneficiado indiretamente, devido à importância do estudo, no qual pode compreender melhor as relações de comunicação entre profissional de saúde e usuários surdos.

Visto ser um projeto que fez coleta primária de dados com trabalhadores da saúde, foi submetido à apreciação do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). As informações coletadas ficarão armazenadas num banco de

dados na universidade durante o período de cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, sob a forma de uma ficha com código. A lista dos participantes, com os respectivos códigos, ficará sob a guarda do pesquisador responsável para evitar a identificação dos participantes durante o manuseio das informações. Este trabalho segue as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), seguindo a norma culta da língua portuguesa para redação de trabalhos acadêmicos.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e a discussão dos dados coletados referentes às estratégias e desafios encontrados nas Unidades de Saúde da Família no município de Gravataí, serão apresentadas a partir das similaridades relacionadas às técnicas utilizadas e das singularidades relacionadas às relações dos sujeitos em estudo com usuários surdos.

Primeiramente, serão apresentadas as semelhanças entre os sujeitos do estudo em relação as suas características ao lidar com os usuários surdos na comunicação, principalmente em questões mais técnicas, com o objetivo de trazer informações que contribuam para as análises posteriores do estudo. Em seguida, serão discutidas as singularidades dos sujeitos do estudo nas estratégias e desafios utilizados nas Unidades de Saúde da Família ao lidar com usuários surdos, possibilitando uma análise de suas particularidades e relações na comunicação em saúde.

5.1 As dimensões técnicas da comunicação

As análises das falas dos sujeitos em relação ao objeto do estudo evidenciaram algumas similaridades dentre as estratégias de comunicação utilizadas entre os usuários surdos e os profissionais de saúde. São similaridades que, independente da categoria do profissional de saúde, dizem respeito a estratégias, possibilidades e dificuldades nesta comunicação.

Os sujeitos da pesquisa revelaram em sua grande maioria não ter um preparo para lidar com os usuários surdos, sentindo desde o início do contato uma dificuldade de se comunicar com o mesmo. É interessante notar que nenhum dos entrevistados possui conhecimentos da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Quando um usuário surdo chega à unidade, o profissional de saúde se vê em situação de despreparo:

“(...) Eu sei que tem aquela linguagem própria que os deficientes auditivos utilizam, aprendem na escola que não é só o alfabeto, e essa linguagem eu não consegui pegar, ela é bem complicada. O mundo deles é um mundo diferente, um mundo sem som.” (Fernanda).

“(...) Mas a dificuldade é imensa, porque eu não tenho muita noção pra não dizer nenhuma noção de LIBRAS, e é uma coisa que eu sinto falta da gente poder se comunicar melhor com os pacientes.” (Camila).

Esses recortes permitem perceber a compreensão dos profissionais de saúde nas dificuldades que tem para compreender os usuários surdos. Porém, quando se deparam com a situação de comunicação com o sujeito surdo, os profissionais de saúde não entendem a língua de sinais.

A língua de sinais faz parte da cultura dos surdos. Além da comunicação, ela transmite valores que são carregados no contexto de vida de um indivíduo, mostrando a identidade da comunidade surda (CHAVEIRO et al, 2010). A sociedade impõe a todos que vivem em seu meio a se adequarem a língua oral que predomina. Comunicar-se de outra forma é avaliado como inferior a língua oral (DIZEU; CAPORALI, 2005).

Porém, apesar da compreensão das dificuldades que possuem os profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde atualmente, em sua grande maioria, não teve acesso a formação capaz de suprir as necessidades dos usuários surdos. A obrigatoriedade em alguns cursos da saúde ainda é recente (PAGLIUCA; FIUZA; REBOUÇAS, 2007; SOUZA; PORROZZI, 2009).

O Decreto 5.626/05 instituiu a obrigatoriedade da inclusão de LIBRAS nos cursos de Fonoaudiologia e naqueles de licenciatura e pedagogia. Também, o Ministério da Educação incentivou universidades na criação do curso de Graduação em Letras com Licenciatura em Libras. Assim, as instituições de ensino estão mudando suas formas de pensar, incluindo disciplinas de Libras no currículo (SOUZA; PORROZZI, 2009).

Porém, nos cursos da área da saúde a LIBRAS ainda é pouco encontrada. Ela normalmente aparece como disciplinas eletivas ou optativas,

no qual não chamam a atenção dos alunos. Além disso, essas disciplinas muitas vezes não são divulgadas e tão pouco mostradas como relevantes e de importância fundamental para a vida do estudante, que acabam por se concentrar apenas nas disciplinas que precisam obrigatoriamente cumprir (SOUZA; PORROZZI, 2009).

Com esta falta no ensino, os estudantes de cursos da área da saúde se formam profissionais com a ausência da compreensão da importância que é ter o aprendizado na Língua de Sinais, percebendo o quanto fez falta apenas quando se deparam com a realidade na prática dos serviços de saúde.

Incluindo a LIBRAS nos currículos dos cursos, estudantes teriam uma maior proximidade com a língua, podendo contribuir para estudos mais profundos que aprimorariam a própria língua e seu conteúdo, qualificando também a prática (SOUZA; PORROZZI, 2009). Entretanto, qualificar os trabalhadores da saúde que estão no mercado de trabalho ainda é um desafio. Capacitar os profissionais de saúde no ensino de LIBRAS é fundamental para o atendimento qualificado dos usuários surdos. A Saúde Pública precisa adequar seus métodos as necessidades dos usuários, aprimorando assim os serviços prestados (SOUZA; PORROZZI, 2009).

“Eu acho que todo mundo deveria ser qualificado, quem trabalha em unidade de saúde deveria ser qualificado pra trabalhar com essas pessoas, principalmente nós que somos agentes de saúde teríamos que ter uma qualificação obrigatória, porque quando a gente chegar às casas a gente possivelmente se depare com uma pessoa assim.” (Vanessa).

“Eu acho que essa questão de qualificação não é só com o profissional, mas com a comunidade em geral, porque essa pessoa com deficiência vem ao posto de saúde, vai à delegacia, vai à escola, anda de ônibus, compra pão, entendeu, então eu acho que isso deveria ser incluído sim no currículo escolar.” (Pedro).

Segundo Souza e Porrozzi (2009), é necessário que os profissionais da saúde, principalmente os que atuam na Atenção Básica e na Saúde da Família, tenham uma qualificação adequada para prestar um cuidado em saúde aos

usuários surdos (SOUZA; PORROZZI, 2009). E esta questão se reafirma em uma das falas:

“(...) A gente acaba entendendo o que elas querem porque a gente é ESF e já tem um vínculo maior com o paciente. Facilita o atendimento pelo conhecimento do paciente porque através só da mímica é difícil o entendimento.” (Juliana).

O vínculo que os serviços de Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm com os usuários facilita o cuidado em saúde. Porém, se este atendimento vier acompanhado de qualificação, com certeza acontecerá de forma mais satisfatória.

“Penso que essas pessoas precisam de um atendimento diferenciado, o deficiente auditivo no caso não é portador de uma deficiência física, visível.” (Fernanda).

Os sujeitos surdos têm outras necessidades além daquelas relacionadas aos processos de saúde-doença, no qual não costumam ser observadas nos serviços de saúde. Os agravos desses indivíduos estão, em grande parte, relacionados a questões sociais muito complexas que exigem um cuidado atencioso. Assim, a atenção primária possui um espaço aberto e específico para esses tipos de situação, onde age no cuidado com um olhar além das necessidades relacionadas a patologias, com um entendimento ampliado, levando em consideração o contexto social, as relações, a autonomia e as subjetividades dos sujeitos (OTHERO; DALMASO, 2009).

Conforme Pagliuca, Fiúza e Rebouças (2007):

Por meio da comunicação estabelecida com o paciente, o profissional pode compreendê-lo como ser holístico, e perceber sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir (PAGLIUCA; FIUZA; REBOUÇAS, 2007).

Assim, as necessidades dos usuários surdos serão entendidas através da comunicação, podendo prestar um cuidado saudável e possibilitando o bem-estar do sujeito. A comunicação exige alguns elementos essenciais: emissor,

receptor, mensagem, canal e resposta. O processo de comunicação acontece através de compreensão e compartilhamentos, tanto das mensagens enviadas quanto das recebidas. Como esse processo ocorre, vai dizer como será a comunicação entre os envolvidos. E quando esta comunicação acontece, os indivíduos terão confiança um no outro, podendo oferecer apoio, conhecimento e até mesmo conforto (PAGLIUCA; FIUZA; REBOUÇAS, 2007).

Em lugares onde o profissional de saúde já inicia sua carreira com este diferencial, temos relatos de que as mudanças não ocorrem somente nas relações interpessoais, mas também no próprio aperfeiçoamento da LIBRAS, pois esta é uma língua que ainda está em andamento em relação ao seu desenvolvimento. Desta forma, é necessário incorporar muitos sinais e gestos que irão traduzir verbetes importantes para melhorar a comunicação com/entre os usuários (SOUZA; PORROZZI, 2009).

Por exemplo, em um curso direcionado para profissionais da saúde, o instrutor que é deficiente auditivo, não soube explicar determinadas palavras que traduziriam determinados procedimentos, pois estas palavras não têm sinais particulares que são compreendidos pelos surdos. Verificando esta necessidade, foram criadas novas palavras dentro da língua de sinais, aprimorando a própria língua e assim também foi criada uma apostila com sinais específicos da área da saúde (SOUZA; PORROZZI, 2009).

Portanto, apenas a comunicação efetiva poderá contribuir para o cuidado do profissional com o usuário surdo. Esta comunicação auxiliará o usuário a expor seus problemas, a ser mais ativo e participativo nos serviços de saúde, conseqüentemente, o profissional poderá encontrar novas possibilidades de solucionar os problemas e melhorar o cuidado e a atenção em saúde.

No atendimento aos usuários surdos, os sujeitos do estudo relataram as estratégias utilizadas para se comunicar. As mais empregadas foram: a escrita; a utilização de gestos; e a leitura labial.

Dessas estratégias, a mais citada foi a comunicação escrita:

“(...) Eu escrevo e mostra pra eles e eles me respondem o que eles estão solicitando ou o que eles precisam (...).” (Angélica).

“A gente já entrega um papel pra ela e ela escreve e a gente se comunica por escrita, é a única forma da gente se comunicar melhor.” (Patrícia).

“(...) Aí eu comecei a escrever, eu escrevia o que eu queria perguntar pra ela e ela me escrevia a resposta e assim a gente conseguiu se comunicar.” (Silvana)

O atendimento à pessoa surda torna-se desafiador tanto para o profissional de saúde, quanto para o surdo. Quando o profissional não tem conhecimento da língua de sinais, é necessário utilizar outras ferramentas para se comunicar. Quando o usuário é alfabetizado, os profissionais de saúde encontram uma alternativa na escrita, que acaba por “facilitar” o contato com o usuário surdo.

É importante lembrar que os surdos têm menos instrução em relação à língua oral. Por isso é necessário tomar cuidado na hora de escrever, por exemplo, termos técnicos que possam confundir os usuários surdos. A LIBRAS, sua língua oficial, tem gramática e linguagem diferentes da língua oral (TEDESCO; JUNGES, 2013).

“(...) Chego lá correndo já dou a caneta, já sabe que é pra escrever, pois são alfabetizados, nunca tive contato com quem não fosse.” (Angélica).

Nos casos em que o usuário surdo não é alfabetizado, uma das alternativas encontradas pelos profissionais de saúde foi a gesticulação informal:

“Através de gestos aí a gente acabou se entendendo.” (Vanessa).

“(...) comunicação era basicamente sinais, não sinais formais... era o que mais eu usava.” (Roberta).

“(...) Eu fico utilizando linguagem de sinais bem caseira, de mostrar o objeto, ou tentar descobrir o que o paciente precisa naquele momento.”
(Fernanda).

“(...) aí eu gesticulo da forma que eu acho que ele vai entender... Por exemplo, quando ele vem com dor de garganta aí ele põe a mão próximo a garganta que está com dor aí eu coloco a mão na testa pra ver se está com febre daí ele faz que sim ou que não, assim a gente vai se comunicando.”
(Helena)

Também, uma alternativa para comunicação dos profissionais de saúde com os usuários surdos foi a leitura labial:

“Eu tentei usar leitura labial e ele tentou falar, eu sempre procuro prestar atenção quando ele vem aqui, procuro falar pausadamente pra que ele possa tentar ler o que eu to falando e presto atenção porque ele tenta falar também.”
(Camila)

“(...) a gente fala bem devagar e faz todo um movimento labial devagarzinho ela compreende o que a gente quer dizer.” (Fernanda).

“(...) alguns pacientes conseguem entender meio que uma leitura labial, claro não é gritando que o paciente vai entender, mas pela leitura labial tem paciente que entende (...).” (Pedro).

Observa-se que os profissionais de saúde, sujeitos do estudo, utilizam diversos recursos para se comunicar com os usuários surdos. Segundo Teixeira (2005), os processos de trabalho na área da saúde são essencialmente comunicacionais. Desta forma, o profissional da saúde precisa compreender a importância da comunicação nos cuidados em saúde para poder utilizar a conversa como um instrumento de acolhimento, qualificando o atendimento e organizando os serviços (TEIXEIRA, 2005).

5.2 A dimensão relacional da comunicação

Diante das falas dos sujeitos do estudo, constata-se uma variedade de relações estabelecidas com os usuários surdos. Estas relações estão cheias de subjetividades que podem contribuir ou não para melhorar a comunicação entre usuário surdo e profissional de saúde. A seguir, serão explicitadas algumas singularidades referentes à comunicação utilizada pelos profissionais de saúde entrevistados no estudo.

“(...) Acho que tem muito essa coisa de tu entenderes o que o outro quer, do que o outro espera de ti e claro quando ele vai numa unidade de saúde é porque ele tá precisando e de alguma forma ele tenta se comunicar contigo e de alguma forma tu tem que entender e essa alguma forma acho que conta muito, a pessoa ter a vontade de atender o outro, tentar ao menos.” (Luana).

Devido à dificuldade de atendimento, ao medo, a insegurança e outras questões, os usuários surdos vão até as unidades de saúde muito menos que os usuários ouvintes. Assim, quando um usuário surdo chega até um serviço de saúde, é necessário acolhê-lo de forma que a comunicação possibilite um entendimento.

“(...) Então eu tinha uma sala de acolhimento que era muito boa, eu podia trazer esse paciente ali para aquela sala, oferecer um copo de água, tentar acalmar pra depois tentar entender o que ele precisava, qual era a necessidade dele naquele momento. Eu conseguia criar um vínculo.” (Luana).

As Unidades de Saúde da família têm por característica a proximidade com os usuários e por isso possuem um vínculo maior com os mesmos. Desta forma a comunicação é fundamental para criar este vínculo, que irá mudar a atenção na saúde.

Pensando na questão da inclusão do sujeito surdo, não só nos serviços de saúde, mas também na sociedade em geral, um dos relatos foi interessante:

“Não sei se eu usaria atualmente a palavra “excluídos”, eu vejo atualmente eles muito incluídos, a gente pega ônibus eles estão ali, eu vejo eles muito à vontade... às vezes eu pego o ônibus e tem uma escola de surdos e eles estão ali conversam e tal. Eu vejo que eles estão muito bem socialmente.” (Fernanda).

A inclusão social aos poucos substitui a integração social, no qual a sociedade se modifica para atender as necessidades dos indivíduos, sem admitir preconceitos, discriminações, barreiras culturais ou sociais. Desta forma, a inclusão social permite a ampliação do viver do sujeito surdo, que deve ter, por exemplo, acesso aos serviços públicos, culturais, sempre respeitando suas condições e necessidades (BRASIL, 2006).

“Eu conheço a Maria faz 25 anos, mas essa unidade tem 10 anos, então estamos trabalhando faz dez anos na saúde da família. E o importante do agente de saúde ter que morar no bairro, bem na zona onde mora ele trabalha, porque conhece todas as pessoas, além das doenças delas, os hábitos delas.” (Ana).

Através do território, é possível definir a adstrição dos usuários, que acaba criando vínculo, confiança, afetividade e relações que proporcionam entre usuário e equipe um cuidar ampliado, e que será referência para a atenção em saúde, transformando em melhor resolutividade e ações de saúde longitudinais (BRASIL, 2011).

“E agora tem uma que vem bastante aqui no posto, mas aí como a gente tem dificuldade com os sinais que ela faz, a gente tem bastante dificuldade de entendimento, são complexos os assuntos... Não acho fácil não, até fico meio constrangida porque eles não escutam e aí a pessoa tem que ta gesticulando e não sabe gesticular certo.” (Patrícia).

Em alguns espaços ainda existe a ideia que a Atenção Primária cuida de situações simples e básicas. Porém, essa realidade não existe mais, ou nunca existiu. Os cuidados da Atenção Primária têm uma grande complexidade e precisam levar em conta as necessidades dos usuários, para que essas as ações em saúde influenciem na autonomia das pessoas e na própria comunidade (BRASIL, 2011).

“Eu entendo tudo que ela fala. Ela escuta barulhos, eu vou a casa dela e bato na porta, ela sente a vibração da parede, mesmo sendo parede de material. E assim a gente se comunica. E pra assinar eu peço pra ela a identidade e ela não sabe assinar então ela diz que tem que colocar o dedo, aí ela já sabe, dez anos depois ela já sabe que toda vez que eu vou lá ela tem que colocar o dedo na minha folha de assinatura. Eu comento assim às vezes: “ah mas a Maria que me contou”, mas ela não fala, só que ela conta coisas, eu consigo me comunicar muito bem com ela.” (Ana).

Nota-se a importância do vínculo do profissional de saúde com o usuário para acontecer a comunicação da melhor forma possível, mesmo não tendo o preparo técnico para se comunicarem. Essa atenção que ocorre através da comunicação, trará uma melhor acolhida, uma melhor escuta, uma melhor resolução dos problemas da população, assim, minimizando os danos e os sofrimentos, efetivando o cuidado em saúde (BRASIL, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a comunicação entre os profissionais da saúde e os usuários surdos no município de Gravataí/RS foi desenvolvido com o intuito de identificar as possibilidades e dificuldades de comunicação em saúde e analisar as estratégias e desafios utilizados pelos profissionais. As três unidades de saúde escolhidas para o estudo levaram em consideração àquelas unidades que realizam atendimento a usuários surdos no município.

As similaridades observadas no estudo foram basicamente em questões técnicas: a ausência de preparo na LIBRAS; a compreensão da necessidade de uma qualificação para atender melhor os usuários surdos; e as estratégias utilizadas para prestar o cuidado, que predominaram a escrita, gestos informais e a leitura labial. As singularidades notadas no estudo mostraram que os profissionais de saúde obtêm sucesso no atendimento aos usuários surdos, mesmo sem entender a LIBRAS, ou seja, as relações encontradas nas falas dos profissionais de saúde mostraram que a comunicação em saúde vai muito além da técnica, e que demanda de forma extremamente importante se levar em conta as subjetividades, o contexto de vida e a história de cada indivíduo portador de uma deficiência auditiva para que as relações aconteçam da melhor forma possível.

Nesse sentido, quando colocamos as análises em meio à reflexão, é necessário levar em consideração uma questão muito importante quando tratamos de indivíduos e coletivos: compreender a surdez. É fundamental compreender o movimento de lados e suas concepções a respeito da surdez, para assim, conseguirmos analisar os sujeitos com um olhar ampliado e que leve em consideração todas as possibilidades. Não existem apenas indivíduos totalmente surdos que se comunicam por gestos, assim como não existem apenas indivíduos com perda auditiva que se comunicam oralmente, e, ainda mais além, estas duas formas se transversalizam, mostrando que existem muitas e tantas outras possibilidades de ser e existir. É imprescindível reconhecer essas diferenças.

Reconhecer o corpo como uma expressão da diversidade do ser humano ainda é desafiador para a sociedade e para as políticas públicas. A história mostra que ainda é considerável o entendimento de que o corpo precisa ser medicalizado e normalizado. A compreensão de deficiência só começou a mudar a pouco tempo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que reconheceu essas demandas como assunto de direitos humanos. Garantir a vida saudável não é mais apenas ofertar o cuidado médico, mas sim transpor as barreiras e assegurar um ambiente social aberto para compreender os corpos com algum tipo de impedimento (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Pensando nisso, a Portaria GM/MS nº 2.073 de 28 de setembro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, pensou na importância do cuidado específico para deficientes auditivos, mostrando que é necessário criar estruturas capazes de um cuidado em saúde integral vinculado às particularidades dessa população. E ainda, prevê que o SUS tenha cobertura ampla para esta população, considerando os princípios do SUS e envolvendo os profissionais da saúde na implantação na PNAS (BRASIL, 2004).

Mais recentemente, a Política Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (2011), diz que é necessário não apenas lutar por direitos, mas também produzir práticas de saúde que sejam apropriadas para qualificar e abranger o acesso das pessoas com deficiência (BRASIL, 2014).

Compreendendo toda esta complexidade que é lidar com a diversidade humana, e no caso com as várias formas de ser dos sujeitos surdos, é de suma importância os profissionais de saúde saberem se comunicar com os usuários surdos a partir da compreensão de quem é o surdo e da cultura surda. Esta comunicação precisa levar em consideração as necessidades técnicas, ou seja, da fala não verbal, da qualificação, da capacitação, do entendimento da língua, mas também é necessário incorporar nos processos de trabalho e nas relações as especificidades de cada indivíduo, como ser humano único que é, e que precisa de cuidados singulares.

Este estudo teve suas limitações por tratar de um público específico de profissionais que atuam nos serviços de saúde, no qual mostra o retrato de uma parcela de trabalhadores que lidam com usuários surdos, não abrangendo uma população como um todo. Enfim, é necessário aprofundar os estudos em relação à comunicação dos profissionais de saúde com os usuários surdos, levando em consideração uma visão ampliada sobre o tema.

Espera-se que este estudo sirva de incentivo para a realização de novas pesquisas que contribuam para a produção de conhecimentos em saúde, que colaborem para a criação de mecanismos de cuidado capazes de atingir toda a população surda, através de políticas públicas de saúde que incorporem as necessidades de forma equânime, integral e universal.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**. Diário Oficial, Brasília, DF, 25 de ago. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diálogo (bio) político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br. Acesso em 22 de nov. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**. Disponível em: www.portalsaude.saude.gov.br. Acesso em 19 de set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. (2006). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 05 ago. 2015.

CARDOSO, A. H. A. RODRIGUES, K. G. BACHION, M. M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, n. 14, v. 4, 2006.

CAVALCANTI, M. C. **Economia da cultura: a força da indústria cultural no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, FAPERJ e COPPE / UFRJ, 2002.

CHAVEIRO, N. et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enferm**. Goiânia, n. 15, v. 4, p. 639-45, out. – dez. 2010.

CHAVEIRO, N. PORTO, C. C. BARBOSA, M. A. Concepções de surdez: a visão do surdo que se comunica em língua de sinais. **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**. Goiás, n. 75, v. 1, p. 147-50, jan./fev., 2009.

COSTA, L. S. M. et al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Rev. Bras Clin Med**. Rio de Janeiro, n. 7, p. 166-170, 2009.

DINIZ, D. BARBOSA, L. SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. N. 11, v. 6, p. 65-77, dez 2009.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DIZEU, L. T. B. CAPORALI, S. A. A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. **Educ. Soc**. Campinas, v. 26, n. 91, p. 583-597, mai-ago, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 15 de Nov. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2004. 269 p.

MORAES, A. **Cultura**. Londrina, Editora Clube de Autores, 2012.

OLIVEIRA, Y. C. A. et al. Comunicação entre profissionais de saúde-pessoas surdas: revisão integrativa. *Rev. Enf. Recife*, n. 9, supl 2, p. 957-64, fev., 2015.

OTHERO, M. B. DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. V. 13, n. 28, p. 177-88, jan-mar 2009.

PAGLIUCA, L. M. F. FIÚZA, N. L. G. REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 411-8, 2007.

PERLIN, G.; STROBEL, K. História cultural dos surdos: desafio contemporâneo. **Educar em Revista**, Curitiba, Edição Especial, n. 2, p. 17-31, 2014.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SOUZA, M. T. PORROZZI, R. Ensino de Libras para profissionais de saúde: uma necessidade premente. **Revista Práxis**. Ano 1, n. 2, ago 2009.

THOMA, A. S. Representações sobre os Surdos, Comunidades, Cultura e Movimento Surdo. In: Maura Corcini Lopes. (Org.). **Cultura Surda e Libras**. São Leopoldo - RS: Editora Unisinos, 2012, p. 87-100.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Curso de Graduação Tecnológica Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre, 2009. 120 p.

Apêndice A – Entrevista semiestruturada

Data:

Início:

Término:

Local:

O profissional será convidado a relatar as experiências vivenciadas no estabelecimento de saúde quanto à assistência prestada aos usuários surdos de forma aberta com base nas seguintes questões:

- Você poderia me contar suas experiências nesta Unidade de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos usuários surdos?

- Em quais situações houve facilidade para compreender e ser compreendido?

- Em quais situações houve dificuldade para compreender e ser compreendido?

- Exponha o(s) método(s) de comunicação que utiliza com os usuários surdos que foram atendidos por você (Libras, gestos, leitura labial, mímica, expressão corporal, escrita, através do acompanhante, desenhos, figuras, outros) e relate experiências vivenciadas com as estratégias de comunicação utilizadas.

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para participar do estudo realizado pelo Graduando **Jaime Barbosa Batista**, do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. **Tatiana Engel Gerhardt**. O estudo desenvolvido é intitulado “**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DA SAÚDE E USUÁRIOS SURDOS: estratégias e desafios**” cujo objetivo é analisar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários surdos em Unidades de Saúde da Família do município de Gravataí/RS.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com profissionais das Unidades de Saúde da Família do município de Gravataí, que tenham vínculo territorial e profissional com usuários surdos atendidos na USF, por meio de entrevista semiestruturada, e que esta pesquisa dará origem a uma monografia que será apresentada a Instituição de Ensino supracitada. Também estou ciente que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita.

Fui informado que mesmo após o início da entrevista, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Também fui informado da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados a essa investigação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como, a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa. Fui informado de que esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, não apresentando danos físicos e considerando os riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder a entrevista. No entanto, me foi garantido respeito à ocorrência destes possíveis desconfortos e diálogo para que a pesquisa ocorra nos momentos mais confortáveis e seguros para mim. As informações coletadas ficarão armazenadas num banco de dados na universidade durante o período de cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, sob a forma de uma ficha com código. A lista dos participantes, com os respectivos códigos, ficará sob a guarda do pesquisador responsável para evitar a identificação dos participantes durante o manuseio das informações.

Os benefícios desta pesquisa aos participantes são indiretos, pois a compreensão da relação de comunicação entre profissionais de saúde e

usuários surdos pode contribuir para posteriores melhorias nas formas de se comunicar.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar a pesquisadora responsável Tatiana Gerhardt, no endereço que segue : Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 99979248 ou se desejar entrar em contato com o pesquisador Jaime Barbosa Batista (51) 91462882.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

_____, ____/____/____.

Assinatura do pesquisador

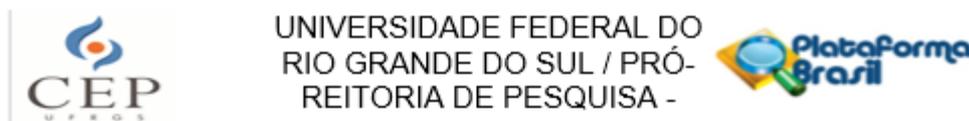
Jaime Barbosa Batista

Assinatura do participante ou

representante legal

Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS
Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317
Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060
Telefone: (51) 3308-3738

Anexo B – Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DA SAÚDE E USUÁRIOS SURDOS: estratégias e desafios

Pesquisador: Tatiana Engel Gerhardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53069516.5.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.472.423

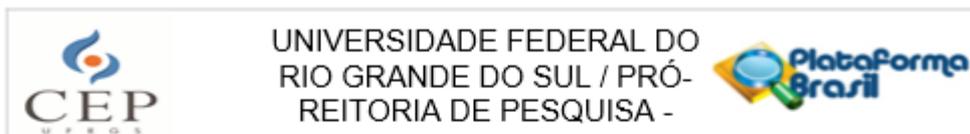
Apresentação do Projeto:

Ao lidar com questões relacionadas à área da saúde, o contato do profissional através da comunicação é fundamental para criar uma relação com o usuário. Neste sentido, as relações humanas tem papel importante no trabalho dos profissionais de saúde, o que necessita uma compreensão cada vez maior do relacionamento profissional-usuário (CHAVEIRO, 2010). E para construir essas relações é necessário conhecer o contexto no qual o usuário está inserido. Portanto, é fundamental compreender o contexto histórico, político e social dos surdos, para que os serviços de saúde saibam se comunicar de forma satisfatória com os usuários e coloquem na prática o real sentido de saúde com qualidade de vida. Assim, esse estudo é sensível a esta necessidade de compreender a importância da comunicação entre os profissionais de saúde

e usuários surdos. O contato do profissional de saúde com o usuário surdo foge da rotina, quando percebem as limitações impostas entre um e outro, o que dificulta o vínculo que pode ser formado entre eles (CHAVEIRO et al, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários surdos em Unidades de Saúde da Família do município de Gravataí/RS.



Continuação do Parecer: 1.472.423

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos, visto que o estudo será realizado por meio de entrevistas com profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas que pretendem verificar como se dão as interações entre trabalhadores de saúde e usuários de serviços de saúde surdos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

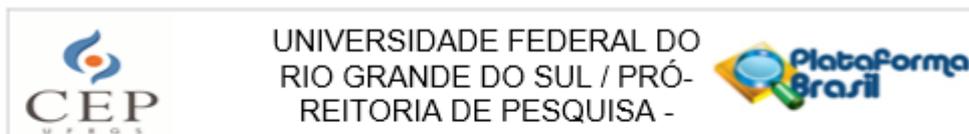
Todas as pendências previamente listadas foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_655570.pdf	12/03/2016 10:12:02		Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias.pdf	12/03/2016 10:10:04	Jaime Barbosa Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_modificado.pdf	12/03/2016 10:02:00	Jaime Barbosa Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_modificado.pdf	12/03/2016 10:00:00	Jaime Barbosa Batista	Aceito
Outros	Parecer_COMPESQ_Projeto_de_Pesquisa.pdf	03/02/2016 22:13:45	Jaime Barbosa Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MEU_TCC.pdf	28/01/2016 21:50:50	Jaime Barbosa Batista	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/01/2016 21:45:21	Jaime Barbosa Batista	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	28/01/2016 21:29:53	Jaime Barbosa Batista	Aceito



Continuação do Parecer: 1.472.423

Outros	carta_de_anuenciac.pdf	28/01/2016 21:28:48	Jaime Barbosa Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista.pdf	28/01/2016 21:27:40	Jaime Barbosa Batista	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/01/2016 21:05:35	Jaime Barbosa Batista	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 31 de Março de 2016

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)