

PERCURSOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS SURDAS: ESTIGMA E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL¹

Ingrid D'Avila Francke²
Tonantzin Ribeiro Gonçalves³

Introdução

A garantia de acesso à assistência à saúde e educação de Pessoas Com Deficiências (PCD) de modo equânime é prevista pela Constituição Federal de 1988. Dados do último levantamento apontam que 23,9% da população brasileira é de PCD, sendo que a deficiência auditiva é a terceira deficiência que atinge maior número de indivíduos, cerca de 5% dos brasileiros (Brasil, 2012a). Segundo levantamento inédito realizado em 2019 pelo Instituto Locomotiva e a Semana da Acessibilidade Surda, existem, no Brasil, 10,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva, sendo que 2,3 milhões têm deficiência severa (Gandra, 2019).

Apesar da representatividade da população de pessoas surdas no país, como grupo social, são ainda muito invisibilizadas e estigmatizadas em função do desconhecimento gerado pela falta de interação com a população de ouvintes. Não raro, pessoas Surdas⁴ são maltratadas nos serviços de saúde pois, a forma como a rede se estrutura impõe obstáculos na

1 Este trabalho é oriundo da tese de doutorado de Ingrid D'Avila Francke defendida em setembro de 2018 junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob orientação da professora Tonantzin Ribeiro Gonçalves.

2 Psicóloga Clínica, Mestre em Cognição Humana, Doutora em Saúde Coletiva, professora do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil – Ulbra. E-mail: franckeingrid@gmail.com.

3 Psicóloga, Doutora em Psicologia, professora na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e colíder do LabIES. E-mail: tonantzin@ufcspa.edu.br.

4 Os termos “Surdo” e “Surda” com “s” maiúsculo são aqui utilizados para designar as pessoas com problemas auditivos que adotam a cultura Surda e a Libras como sua forma de expressão linguística natural.

acessibilidade devido ao “déficit de humanização na relação profissional-paciente” (Souza *et al.*, 2017, p. 396). Pela falta de conhecimento sobre a idiosincrasia do Surdo, seu desenvolvimento e funcionamento da expressão linguística, os ouvintes, em algumas situações, acabam estigmatizando-os e, inclusive, indicando diagnósticos de transtornos psiquiátricos, sem fundamento clínico, inconclusivos, elaborados com base em uma comunicação falha e vínculos frágeis (Eleweke; Rodda, 2000; Souza *et al.* 2017; Cole; Cantero, 2015). Seja no âmbito individual, seja no âmbito coletivo, a surdez traz à tona muitos dilemas que requerem pensar não só a inclusão acadêmica e laboral, mas também as relações sociais. É importante reconhecer as “especificidades psicolinguísticas” destes sujeitos, bem como às necessidades de assistência aos cuidados à saúde e cidadania (Ianni; Pereira, 2009, p. 90).

A regularização oficial da Libras no Brasil, reconhecendo que a língua de sinais é tão estruturada e organizante cognitivamente quanto a língua oral o é para o ouvinte (FENEIS, 1993; Pizzio; De Quadros, 2011), promoveu diversas mudanças no âmbito das políticas públicas a fim de garantir o amplo acesso dos Surdos aos mais variados contextos de interação com ouvintes. A Lei Federal n.º 10.436, de 24 de abril de 2002 reconheceu a Libras como meio legal de comunicação e expressão em todo território nacional, dispondo sobre a obrigatoriedade do uso da Libras em instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde e a inclusão do ensino obrigatório da Libras nos Parâmetros Curriculares Nacionais dos cursos de Pedagogia, Fonoaudiologia e Magistério em níveis médio e superior. Em 2005, o Decreto n.º 5.626 regulamentou as disposições de 2002 e incluiu a Libras como disciplina obrigatória para os cursos superiores de licenciatura e optativa nos demais cursos, além de tornar obrigatório o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação (Brasil, 2005). Em 2010, a Lei Federal n.º 12.319 regulamentou a profissão de Tradutor e Intérprete de Libras (Brasil, 2010).

A partir destes dois marcos legais em reconhecimento a Libras, estereótipos e preconceitos em torno dessa minoria sociolinguística podem ser desafiados, valorizando a cultura visual e os códigos linguísticos próprios e facilitando o acesso aos conhecimentos (Rangel, 2005; Schlünzen; Di Benedetto; Santos, 2013; Skliar, 2012). No âmbito da inclusão escolar, por exemplo, um longo caminho foi percorrido, passando de uma abordagem corretiva, que tentava oralizar e adaptar o surdo, até uma perspectiva que tende, hoje, predominantemente, a trabalhar a partir dos potenciais linguísticos e da identidade social dos indivíduos (Dalcin, 2009). Apesar

desses avanços, as instituições continuam excluindo indivíduos e grupos considerados fora dos padrões, criando subgrupos dentro da própria escola inclusiva com professores designados para “alunos difíceis” (Menezes, 2015). Além disso, pouco avanço tem sido percebido em relação aos sistemas de ensino para a garantia do ingresso e acessibilidade dos estudantes com surdez nas escolas comuns (Menezes, 2015).

Não obstante as conquistas relativas ao reconhecimento da Libras, a reestruturação das políticas na área da educação e a regularização do tradutor e intérprete de Libras, restam muitos desafios para atender as necessidades e vulnerabilidades específicas associadas à condição de diferença dos Surdos. Particularmente, no setor da saúde, garantir a acessibilidade aos meios de cuidado ainda é um grande desafio. Do ponto de vista normativo, o Ministério da Saúde estipula disposições sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (Brasil, 2012b) que deveria promover formas de cuidado e atenção diversificadas, multi e interdisciplinares a fim de garantir o “desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania” (Brasil, 2012b, p. 1). A partir destas diretrizes, o atendimento ao PCD deve seguir a lógica do atendimento integral, não apenas voltado à deficiência do usuário, mas a todas as necessidades em saúde que ele possua, incluindo avaliação, reabilitação e promoção da saúde mental.

Estudos indicam que os Surdos ainda passam por muitas dificuldades nos atendimentos em saúde. Na Bahia, uma pesquisa com 26 indivíduos surdos mostrou que o recurso utilizado para se comunicarem com os profissionais nas unidades era a escrita, o que tende a ser uma barreira para muitos Surdos devido a baixa literacia em Português (Pires; Almeida, 2016). Outro estudo de revisão sobre surdez e atendimentos em saúde no Brasil, de 2010 a 2015 mostra evidências sólidas de que o atendimento aos Surdos nos serviços de saúde no Brasil é deficiente quanto à acessibilidade e, do contrário, promovem a dependência do surdo à uma pessoa ouvinte e/ou a quebra o princípio da autonomia e confidencialidade (Moura *et al.*, 2017).

Tais dificuldades se acirraram no contexto dos cuidados em saúde mental baseado num entendimento ampliado, como postulado pela Organização Mundial da Saúde (2002). Nesse cenário, lidar com barreiras de compreensão linguística é mais um desafio que pode implicar em, desde a falta de acesso, até um risco iminente à saúde do usuário Surdo. Barreiras comunicativas comprometem o vínculo a assistência prestada (Chaveiro; Porto; Barbosa, 2009) e incidem em uma lógica restrita de saúde, incluindo-se a saúde mental. Isso porque a linguagem é uma das principais competências mentais observadas pelo profissional e se este não compartilha a mesma língua do usuário, tal situação dificultará uma avaliação clínica

adequada podendo implicar em equívocos diagnósticos (Rieffe, 2012). As pessoas Surdas que vivem algum conflito familiar, acadêmico ou laboral ou mesmo possuem necessidade em saúde, frequentemente são estigmatizadas e encaminhadas a serviços de saúde mental, muitas vezes, sem implicar em qualquer transtorno psiquiátrico subjacente. Assim, problemas corriqueiros na vida de qualquer um podem tomar uma dimensão patológica devido a barreira na comunicação e ao estigma social.

Em particular, as pessoas Surdas com problemas mentais enfrentam um duplo estigma: doença mental e surdez. Como resultado, as tentativas de comunicação com os Surdos geralmente são inadequadas e realizadas sem conhecimento ou compreensão de suas necessidades de comunicação (Sirch; Salvador; Palese, 2017). Com isso, a própria dificuldade de comunicação entre Surdos e ouvintes, muitas vezes vivida no seio da própria família, acaba por engendrar situações de saúde mental que são ao mesmo tempo produtos e produtoras de novos problemas, a partir de diagnósticos errados ou mesmo não existentes, expressando a faceta da produção social de doença mental.

Para além de o profissional conhecer ou não a Libras, entende-se que são lógicas de cuidado essencialmente centradas na concepção biomédica e individualizante que vão contribuir para gerar exclusões e alimentar o estigma social em torno dos Surdos. Assim, ressalta-se a ideia de Cuidado Integrado em Saúde que, conforme Machado *et al.* (2007, p. 336; 338) envolve “o cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.” Neste sentido, em nenhum contexto se imagina que uma comunicação codificada por bilhetes ou legendas possa produzir um cuidado efetivo. No entanto, para além da necessidade de entender ou comunicar-se plenamente em Libras, o acolhimento empático e livre de estereótipos pode fortalecer a relação profissional-paciente diminuindo o impacto das dificuldades de comunicação que, associadas à indiferença e os estereótipos, restringem a atenção em saúde das pessoas Surdas.

Não há dados oficiais sobre a disponibilidade de profissionais da área da saúde de modo geral ou mesmo na saúde mental que atendam em Libras. Contudo, alguns estudos qualitativos indicam a falta de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento às pessoas Surdas no Brasil (Chaveiro; Porto; Barbosa, 2009; Ianni; Pereira, 2009; Isaac; Manfredi, 2005), assim como observado em muitos países desenvolvidos. Por exemplo, um levantamento norte-americano sobre a acessibilidade dos planos de saúde na perspectiva das pessoas com algum tipo de deficiência sensorial encontrou que

os Surdos enfrentavam maior dificuldade de acesso a informações e para escolha de profissionais e serviços (Hill; Wooldridge, 2006). Ainda, um estudo que avaliou a utilização dos serviços de emergência norte-americanos pelos Surdos, concluiu que eles os utilizavam duas vezes mais, proporcionalmente, do que os pacientes ouvintes, colocando em dúvida a acessibilidade aos serviços primários (McKee *et al.*, 2015). Em outro estudo, sobre a experiência de Surdos da Itália durante a internação hospitalar revelou que a internação hospitalar pode ser crítica para essas pessoas, pois ficavam expostas a uma comunicação falha e prolongada com os profissionais de saúde e em um ambiente despreparado (Sirch; Salvador; Palese, 2017).

Para além da vulnerabilidade usual a que uma pessoa doente está exposta, um Surdo convive com a incongruência entre os cuidados recebidos e suas reais necessidades, podendo vivenciar situações de discriminação e desenvolver uma sensação de perda de poder progressiva (Sirch; Salvador; Palese, 2017). Outros autores indicaram que a comunicação eficaz entre profissionais e pacientes é uma parte vital dos cuidados seguros e eficazes, porém, poucos recebem treinamento sobre como se comunicar com pessoas surdas (Abramovay; Magowan, 2014). Nos Estados Unidos, por exemplo, diversos institutos foram criados a fim de suprir a demanda de estudo e aprimoramento para atendimento aos Surdos, mas persiste uma diversidade de dificuldades nos atendimentos a esta população, principalmente no atendimento clínico e hospitalar (Garberoglio *et al.*, 2019). No geral, verifica-se a fragilidade de propostas de capacitações profissionais voltadas ao atendimento de Surdos.

No que tange à saúde mental, Cole e Cantero (2015) afirmam que as pessoas com deficiência auditiva são uma população frágil em termos de acessibilidade aos cuidados psiquiátricos, principalmente em função dos estereótipos sobre surdez que permeiam os atendimentos. Crowe *et al.* (2016) entendem que o acesso aos cuidados da saúde mental nas comunidades surdas é limitado por considerações culturais e disponibilidade de tradutores e propõem o auxílio da telemedicina no atendimento de Surdos.

Como se pode depreender, dar atenção e suporte a uma pessoa Surda no contexto da saúde mental não é o mesmo que atender um ouvinte ou mesmo alguém que perdeu a capacidade de ouvir. É uma população que apresenta características singulares e que demanda sensibilidade e habilidade do profissional para reconhecer estas características e adequar as intervenções de modo mais efetivo. Contudo, o fato de serem Surdos e fazerem uso do mesmo sistema linguístico, não faz dessas pessoas iguais entre si, sendo importante também reconhecer e direcionar as estratégias de cuidado de acordo com sua diversidade e acolhendo diferentes trajetórias de vida e contextos sociais.

Considerando as dificuldades de acesso e as barreiras linguísticas enfrentadas pelos Surdos com relação aos cuidados em saúde, bem como o duplo estigma social envolvendo a doença mental e a Surdez, entende-se que o acompanhamento das experiências dos Surdos em seus percursos terapêuticos pode contribuir para a compreensão das suas necessidades e colaborar com a construção de novas maneiras de produzir saúde com estas pessoas. Soma-se a esse cenário, a carência de estudos brasileiros sobre a saúde dos Surdos, em especial enfocando a saúde mental. Assim, este estudo se propôs a compreender os percursos terapêuticos em saúde mental de pessoas Surdas, suas crenças e representações sobre a multiplicidade de cuidados disponíveis, bem como os significados e trajetórias de vida relacionadas às suas demandas de saúde.

Método

Tratou-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório, com o uso de etnografia buscando entender os percursos terapêuticos de quatro Surdos em sua busca de cuidados em saúde mental. O trabalho compôs a tese de doutorado da primeira autora (Francke, 2018). A etnografia foi empregada como fonte de constante aproximação aos conteúdos e experiências dos informantes, visando respeitar a dinamicidade do campo de pesquisa e desenvolver entendimentos sobre o objeto de estudo (Knauth, 2000). Observou-se representantes de uma cultura ainda pouco estudada, mas sem a pretensão de aprofundar-se nesta última, pois como característica definidora a “etnografia não é o estudo de uma cultura, mas um estudo dos comportamentos sociais de um grupo identificável de pessoas” (Creswell, 2014, p. 83-85). Assim, ao utilizar a observação participante e entrevistas em profundidade, buscou-se investigar as interpretações que os Surdos fazem a respeito de como vivem, como enxergam a si mesmos, sentem e pensam, visto ser este um dos objetivos da escolha do método (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009).

Para entender os percursos singulares de busca, produção e gestão do cuidado em saúde procurou-se acompanhar os informantes, em diferentes momentos, conforme foram permitindo e/ou solicitando, de julho de 2017 até fevereiro de 2018. Como orienta Minayo (2012, p. 623), “é preciso imergir na realidade empírica na busca de informações previstas ou não previstas no roteiro inicial” e, desta forma, sucedeu-se repetidas vezes. Nessa direção, ao pensar os percursos das pessoas Surdas adotamos uma perspectiva histórica e dialógica, considerando que estes se desenrolam ao longo de suas trajetórias de vida e que a narrativa condensa elementos do

passado e do presente. Na medida em que o trabalho em campo avançou, também pode-se traçar entendimentos de como as questões sociais, familiares, bem como fenômenos discriminatórios influíam na busca por cuidados em saúde.

Com suporte em experiências da pesquisadora como mãe de uma pessoa Surda e psicóloga clínica na atenção de pessoas Surdas, a inserção em campo foi feita a partir do “Projeto Rumo Norte” para que indicassem potenciais participantes. Esta é uma entidade filantrópica, situada no centro de Porto Alegre, que visa oferecer diversas oficinas para PCD tais como: de dança, espanhol, Libras, artesanato, informática, português e matemática, legislação, Braille, massoterapia, auxiliar administrativo e novas tecnologias. Os Surdos em contato com essa instituição frequentam não apenas cursos de preparação para o mercado de trabalho, mas também recebem assistência quanto à adaptação no local de trabalho ou mesmo realocação e reorientação ocupacional em caso de dificuldades. Pelo contato duradouro com as PCD e ao conhecer suas trajetórias e problemas, frequentemente, a instituição também acaba orientando e sobre outras de suas demandas, como de saúde e assistência social. Portanto, a inserção nesse campo foi escolhida por pensar-se que permitiria acessar interlocutores com uma diversidade de demandas em saúde mental considerando as dificuldades cotidianas enfrentadas por pessoas Surdas, sem priorizar, necessariamente, situações mais graves ou que envolvessem diagnósticos psiquiátricos já consolidados, por exemplo.

Para o presente estudo, foram convidadas, por conveniência, pessoas acima de 18 anos que se definissem como Surdas, autônomas para deslocamento e tomada de decisão em geral, e que já tivessem sinalizado algum tipo de demanda ou experiência de cuidado em saúde mental. Tais critérios foram explicitados à instituição que então apresentou possíveis participantes para a pesquisadora.

O processo de indicação de possíveis participantes trouxe elementos importantes para entender os significados negativos e o forte estigma associado à saúde mental entre os Surdos, bem como sobre o resguardo e a evitação que atravessavam seus percursos terapêuticos nesse âmbito. Desde os primeiros contatos, o tema “saúde mental” despertava um sentimento atávico, que remetia a reações similares a quem sofreu maus tratos. Adiante esse ponto será amplamente discutido. Desse modo, embora várias pessoas indicadas tivessem inicialmente concordado em participar de uma pesquisa, três delas não responderam as tentativas de contato e uma não aceitou participar após o esclarecimento sobre a natureza etnográfica da pesquisa. Portanto, restaram quatro participantes que foram contatados por What-

sApp e, em seguida, se marcou um primeiro encontro presencial para esclarecimento dos termos da pesquisa e assinatura do TCLE.

Não foi estabelecido nenhum tipo de roteiro, local ideal para as entrevistas ou limite de horários ou dias para os encontros. A pesquisadora se propôs a acompanhar os participantes em momentos que julgasse pertinentes ao tema da pesquisa e nos quais se sentissem à vontade. Além do acompanhamento ao longo de sete meses, foram realizadas entrevistas em profundidade. A primeira entrevista acontecia logo depois da pessoa concordar em participar e tinha o intuito de promover a aproximação inicial entre o participante e a pesquisadora, focalizando-se nas suas trajetórias de vida. Essa primeira entrevista foi feita em local de preferência de cada um/a, zelando pela privacidade e conforto. Depois, outras conversas foram sendo agendadas a partir da demanda do informante ou de novos contatos da pesquisadora, quando se buscava detalhar aspectos da entrevista precedente, bem como abordar aspectos atuais do cuidado em saúde mental. As comunicações aconteceram também por outros meios como mensagens de texto, e-mail e rápidos encontros oportunos aos participantes, como “um momento de ir às compras” ou um momento de “parada para um café”. Sempre que havia necessidade de esclarecer alguma dúvida ou acrescentar algum detalhe para dar continuidade a uma narrativa, a pesquisadora utilizava-se dessas oportunidades.

As entrevistas eram realizadas em Libras pela primeira autora, que é fluente na língua, e a maior parte delas foi gravada em vídeo para posterior transcrição em tradução para o Português. A pesquisadora também fazia anotações durante as entrevistas, caso necessário. A tradução era enviada para os interlocutores por e-mail para se certificar dos conteúdos e sentidos comunicados, sendo que podiam corrigir e/ou ampliar o que julgassem importante. Embora, nem todos/as respondessem aos e-mails com sugestões e modificações, até pela menor fluência que possuíam no Português, esse processo servia para manter o vínculo com os participantes, facilitando o arranjo de novos momentos de acompanhamento e entrevista, conforme suas indicações. Mensagens no WhatsApp também foram muito utilizadas para conversas e combinações, pois é um recurso de uso contínuo e cotidiano dos Surdos. Ao longo de toda pesquisa foi mantido um diário de campo para o registro das observações e contatos com os interlocutores, assim como das impressões da pesquisadora.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, tendo tido anuência da única instituição participante. Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e assinaram o documento em duas vias. Em razão de o TCLE ser redigido em Português, a pesquisadora fazia a leitura traduzida para Libras para cada participante.

A análise de dados compreendeu três etapas: descrição, análise e interpretação (Creswell, 2014, p. 159). Após a preparação do material, se buscou codificar os dados de acordo com temas oriundos de uma compreensão inicial sobre a experiência no campo e produto da reflexão pessoal. Como refere Minayo (2012, p. 623), a reflexão não se esgota e, para garantir a cientificidade do trabalho, é necessário realizar o que a autora chama de “dialetizar”. Assim, a compreensão do investigador, uma vez esgotada ou “impregnada” das vivências e saberes dos participantes, resulta em unidades empíricas e estas passam a interagir com as referências. O resultado é um diálogo entre a compreensão do investigador com conceitos e teorias discorrem sobre o tema, provocando assim, que o pesquisador saia da sua “aldeia” e amplie o texto para “uma conversa crítica com o mundo e sobre o mundo” (Minayo, 2012, p. 625).

Aqui cabe uma observação importante, sobre um dilema central no trabalho. A análise de conteúdo clássica pressupõe a necessidade de “recortar” trechos das narrativas que devem figurar nas respectivas categorias. Durante a vivência no campo de pesquisa, enquanto os participantes relatavam suas experiências do passado ou presente, era como se a pesquisadora assistisse a um filme narrado em outra língua, mas com tradução simultânea. Mas diferente daquela tradução padronizada e externa ao espectador, essa tradução da Libras para o Português, acontecia particularmente para a pesquisadora, ou seja, privadamente. Todo texto em Português referenciado aos participantes Surdos, na verdade, não consegue ser *ipsis litteris*, pois passa pela interferência da minha forma de interpretar uma língua que, como todas as demais, dá margens para ajustes linguísticos na “passagem” de uma língua para outra.

Assim, amparada pelos vídeos e relatórios revisados pelos participantes, pude construir os relatos da pesquisa permeados pela minha compreensão. Contudo, na forma tradicional de análise de categorias é habitual lançar trechos literais das falas dos participantes. E, neste caso, onde estão estas “falas”? Estas falas estão na minha cabeça, na minha memória visual, ou ainda, nos vídeos. Como inserir trechos de narrativas oriundas de uma língua estruturalmente visual, ou seja, como inserir imagens em um texto essencialmente escrito?

A “Língua de Fronteira” seria o entrave. Este termo utilizado por Perlin (2003, p. 54), se refere a complicada missão de transformar os textos produzidos pelos Surdos em Português, política e epistemologicamente corretos, mas sem perder o sentido dado pelos próprios Surdos, quando originalmente foram “ditos em Libras”. Buscando um método de análise que minimizasse este impasse criado pela/na “Língua de Fronteira”, optou-se pela Análise Temática. Este método, em princípio, seleciona unida-

des de registros, contudo, estas unidades não se restringem a palavras ou frases, mas também incluem temas, situações e acontecimentos, que após exaustiva verificação se mostraram legítimos integrantes de recortes temáticos. Dessa forma, os dados são organizados e apresentados de uma forma sintética e cuidadosa (Creswell, 2014, p. 150-152; Braun; Clarke, 2006), procurando estabelecer um modelo de análise de dados interpretativo, via a descrição de padrões ou temas.

Resultados e discussão

Os quatro interlocutores que participaram da pesquisa eram adultos jovens, com ensino médio completo ou mais e apenas um era homem, conforme mostra o Quadro 1. Todos adquiriram a Libras na infância, com exceção de Sofia que também era a única que não estava trabalhando no momento.

Ao se disponibilizarem em participar da pesquisa, manifestaram diferentes motivações. Por exemplo, um via a possibilidade de ser “ouvido”, outra pensou que o trabalho poderia gerar mudanças no sistema de saúde, enquanto outra entendeu que era necessário “ajudar os estudantes” e, por fim, a última achou que esta seria uma possibilidade de se distrair e preencher um tempo ocioso. Tais peculiaridades ficaram marcantes também com relação aos percursos de acompanhamento engendrados na pesquisa. Enquanto Luci se reservou aos momentos de entrevista de modo profundo e detalhado, Mariana foi a que acompanhei mais em diferentes locais, como em um salão de festas e restaurantes. Ela ainda solicitou que a acompanhasse para resolver um problema no banco e em uma loja. Com Raul e Sofia foi possível perceber suas reações após atendimentos psicológicos de casal, já que marcavam os encontros depois disso.

Quadro 1. Características dos participantes⁵

	Idade	Escolaridade	Cor auto declarada	Situação Laboral	Situação Conjugal	Aquisição de Libras	Pais
Mariana	36	Superior	Parda	Trabalha	Separada	Aos 5 anos	Ouvintes
Luci	37	Técnico	Branca	Trabalha	Separada	Aos 11 anos	Ouvintes
Rui	37	Ensino médio	Branca	Trabalha	União estável	Aos 7 anos	Ouvintes
Sofia	32	Ensino médio	Branca	Não trabalha	União estável	Aos 17 anos	Ouvintes

Fonte: elaborado pelas autoras.

5 Os nomes são fictícios e informações que eventualmente pudessem identificar as/o interlocutoras/r foram alteradas ao longo do texto.

O material das entrevistas e do relatório de campo foi lido exaustivamente a fim de elaborar eixos temáticos em torno do objetivo do estudo. A seguir, serão apresentados os dois eixos analíticos produzidos, ilustrando-os com vinhetas traduzidas da Libras para o Português pela pesquisadora, descrições sobre os casos, discutindo-os a luz de uma concepção ampliada de Saúde Mental (World Health Organization, 2002) e dos conceitos de estigma (Goffman, 1988) e ouvicentrismo (Perlin, 2003; Skliar, 2016).

Experiências, estigma e representações sobre saúde e saúde mental entre pessoas Surdas

Durante as entrevistas, observações e conversas informais com os participantes, a falta de entendimento, desconfiças e várias marcas de experiências estigmatizantes perpassaram a relação da pesquisadora com as interlocutoras e o interlocutor. Isso fez com que, inevitavelmente, a pesquisadora tivesse que reformular suas intervenções e, ao mesmo tempo, zelar para que isso não prejudicasse o vínculo com os interlocutores. Por exemplo, logo na primeira entrevista, Sofia questionou o que seria “percurso terapêutico” e “o porquê de saúde mental”. Por um lado, isso forçou explicações e a busca por outros termos que melhor correspondessem aos sentidos atribuídos na Libras para assegurar uma comunicação eficaz. Nesse sentido, Bentes, Vidal e Maia (2011, p. 2) afirmam que “a troca de informações, inerente à comunicação, pode não ocorrer ou acontecer apenas parcialmente...as línguas, oral e de sinais, não devem ser vistas como opostas e sim como canais diferentes para transmissão/recepção de mensagens.”

Por outro lado, “mental”, longe de designar algo positivo, revelava o forte estigma vivido pelos Surdos em suas experiências sociais, ocasionando uma reação de estranhamento e evitação entre os interlocutores. Segundo Goffman (1988, p. 6-20), o estigma social parte de uma tentativa de manutenção do normal e restauração do que está “quebrado”, onde um meio social compartilha as mesmas expectativas normativas e repudia aquilo que é estranho. O impacto deste repúdio, implícito ou explícito, produz uma marca no estigmatizado e que lhe coloca em situação de desvantagem em relação aos outros membros da sociedade. A discriminação e os preconceitos, decorrentes do processo de estigmatização, muitas vezes, provoca um processo subjetivo de incorporação deste estigma. Assim, passam a esquivar-se de experiências associadas às situações discriminatórias já vividas por si ou outros.

Desta forma, mesmo com a experiência de anos atendendo Surdos adultos em psicoterapia, recolocava-se para a pesquisadora o desafio de

transpor a barreira linguística com o Surdo. Existia um estado de atenção e preocupação em não reforçar situações que pudessem reproduzir de alguma forma, estigmas. De tal modo, a preocupação não ficou restrita à tradução e analogias linguísticas, mas ao significado subjetivo atribuído às palavras, como aconteceu logo nos primeiros encontros com Sofia e Mariana, por exemplo.

No primeiro encontro, Mariana questionou insistentemente “*Por que saúde mental? Mental?*” Embora a pesquisadora estivesse falando de “Saúde Mental”, a designação “Mental” era uma noção perpassada por significados muito negativos em Libras, sendo uma forma abreviada para se referir a “Retardo Mental” ou deficiência intelectual. Explicou-se que saúde mental era uma forma de se referir não só a ausência de doença, mas também à qualidade de vida, tranquilidade para viver e resolver seus problemas buscando recursos sempre que preciso. Assim, a atitude de estranhamento de Sofia e Mariana refletiam, na verdade, sua recusa do binômio surdez-doença mental, diante da qual demarcavam claramente uma posição de rechaço a ideia de deficiência.

Isso, novamente me fez pensar nos contornos específicos, historicamente demarcados, do estigma com relação a Saúde Mental para os Surdos, que os participantes antecipavam e, portanto, buscam esquivar-se (Goffman, 1988). Quantas vezes estas pessoas teriam vivenciado situações de rotulação e inferências sobre a capacidade mental dos Surdos? Goffman (1988, p. 9) assinalou que existem “termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado”, que são usados para identificar estigmatizados. Desse modo, se passaria a atribuir outras imperfeições a partir da imperfeição original. Diante de representações sociais corriqueiras como “todo surdo é mudo” e “todo mudinho é retardado”, percebe-se a insistência em manter essa relação entre surdez e (dis)capacidade mental. Segundo Witkoski (2011), na Grécia antiga, surdos eram condenados à morte em decorrência do estigma de incapazes, enfatizando a produção histórica de uma perspectiva em torno dos surdos “como indivíduos sem inteligência e incapazes de desenvolverem a fala” (p. 23).

Assim, a reboque da surdez, já tomada como marca da deficiência, muitas vezes, são imputados aos Surdos outros “estigmas” e incapacidades ligadas as dificuldades de (con)viver com uma sociedade ouvinte que os ignora. Ao longo da pesquisa, os participantes da pesquisa foram citando diversas dessas situações em que eram chamados de “surdo-mudo” ou quando eram taxados como “retardados mentais” porque muitos escrevem o Português com outra estrutura gramatical, seguindo a lógica da Libras. Por exemplo, em uma ocasião em que acompanhava Mariana, fomos pagar a conta no restaurante e a senhora do caixa respondeu ao seu sorriso com

o sinal de 'oi' em Libras. Ela olhou para mim e disse: “Ela almoça aqui há tanto tempo que resolvi criar vergonha na cara e aprender alguma coisa nessa linguagem de surdo-mudo”. Mariana queria saber o que conversávamos e, com vergonha, omiti o detalhe do ‘surdo-mudo’.

Ao longo do trabalho de campo percebeu-se a dificuldade, quase generalizada, de dirigir um olhar sobre a diferença do Surdo e suas potencialidades ao invés desse olhar pautado pela ótica da deficiência que é reforçado pelo paradigma biomédico e por processos sociais de exclusão. Diante de uma pessoa que se comunica em outra língua, não seria de se esperar que pessoas vissem a oportunidade de ampliar seus conhecimentos com ela? Pelo contrário, assim como nessa experiência com Mariana, parece que o(a) ouvinte limita-se a minimizar o desconforto de não poder comunicar-se, colocando no outro a falta. Sobre isso, Perlin (2003), em defesa da identidade do surdo, explica: “Ser surdo na experiência implica em uma resposta aqueles que se refugiam comodamente sob a palavra deficiência e a nomeiam em sua epistemologia. Equivale a uma recusa a ser na diversidade, um assumir a diferença” (p. 92). Por conta de estar fora do “padrão de normalidade”, o Surdo é visto tão somente como um paciente dos especialistas capazes de lidar com seu problema relacionado à audição (Nobrega; Munguba; Pontes, 2017), ou ainda, como alguém que precisa ser protegido por ser menos apto a sobreviver em uma sociedade baseada no ouvicentrismo.

Os estigmas se estendem para além do julgamento sobre a “competência” dos Surdos implicando, muitas vezes, na medicalização desnecessária ou no “desinvestimento” sobre seus potenciais. Porquanto, ao terem uma crise de ansiedade, raiva ou tristeza, por exemplo, lhes são atribuídos transtornos mentais porque manifestam seus sofrimentos de forma diferente, ou simplesmente porque se expressam diferente dos ouvintes, como “uma espécie de mente selvagem” (Perlin, 2003, p. 145). Assim, o(s) estigma(s) imposto(s) ao Surdo se expressa(m) através das relações sociais em diversos momentos de suas vidas e de diversas formas (Moreira, 2015). A vivência de Rui retratou muito bem esta banalização da doença mental atribuída ao Surdo como se fosse uma comorbidade inevitável. Como seu relato ilustra, esse processo passa ao largo de qualquer tentativa de engajar o Surdo seja na avaliação clínica seja no tratamento, o que nem chega a ser explicado ou entendido pelo principal interessado.

Na época da escola, Rui tinha uma professora que atendia na sua sala quando tinha crises de raiva ou brigava com os colegas. Uma vez a mãe o levou em um médico, que não era um psiquiatra; ele achava que era um pediatra porque o consultó-

rio era infantil. Não entendeu bem por que a mãe tinha levado ele lá, porque já tinha uns 16 anos. Depois descobriu que era porque estava muito nervoso e a escola tinha pedido para levá-lo no médico e para tomar um remédio para se acalmar. Saiu do consultório com umas “caixas de remédio com faixa preta” que tomava antes de dormir, mas que o deixavam sonolento no outro dia (Diário de campo, setembro de 2017).

A falta de conhecimento, a carência de profissionais especializados e o despreparo são alguns dos fatores apontados como responsáveis por diagnósticos equivocados ou tendenciosos e pelo “sobrediagnóstico” do Surdo (Scheier, 2009). É claro que a atenção integral é um desafio em diversos contextos de cuidado (Moreira; Onocko-Campos, 2017), mas entende-se que os Surdos vivem cronicamente essa exclusão e estigmatização que é amplificada por uma lógica predominantemente biomédica, marcando suas concepções de cuidado e afetando suas trajetórias de saúde. Felizmente, a mãe de Rui percebeu que ele não conseguia mais acompanhar a escola e ele parou de tomar seus remédios tarja-preta: “Não copiava as coisas do quadro, não concluía os temas e estava tirando notas baixas”. Disse que depois que parou com esse remédio ficou “normal de novo”, mas que “não tinha mais tantas confusões na escola”. Nesse ponto, teve um maravilhoso insight que reflete sua construção sobre sua situação e afirmou: “Acho que estava crescendo”.

Além da dificuldade de acesso aos serviços para os mais diversos cuidados em saúde, o cidadão Surdo, ainda vive a insegurança de vivenciar o preconceito e hostilidade nos atendimentos. Isso implica na necessidade de se submeter a um acompanhante ouvinte, buscando minimizar essa sensação de vulnerabilidade, como relataram Sofia, Rui, Mariana e Luci. A partir dos relatos dos interlocutores sobre suas experiências com profissionais de saúde ao longo da vida, depreende-se que o Surdo fica, em grande parte, dependente da disponibilidade de um acompanhante, do grau de confiança e do tipo e qualidade das relações que tem com essa pessoa para intermediar os atendimentos no mundo ouvinte, sendo mínimos os esforços dos profissionais em estabelecer uma interlocução direta e efetiva com o Surdo, como ilustra-se a seguir.

Quando Luci ia à uma consulta para algo simples como um problema na pele, ia sozinha e escrevia os sintomas antes de sair de casa. Entregava para o médico e este costumava só prescrever uma medicação, às vezes, escrevendo o nome do problema em um papel e já se despedindo. Porém, se fosse um problema mais grave, que pudesse, segundo ela, indicar uma

cirurgia, como o exame de rotina do câncer de mama, então ela preferia levar um acompanhante ouvinte “pela segurança”
(Diário de campo, novembro de 2017).

Percebeu-se recorrente a intenção de impor as normas do ouvcentrismo por parte dos dispositivos de saúde acessados. Tal situação vulnerabiliza grandemente a autonomia do Surdo, influenciando também a possibilidade de reconhecer os profissionais de saúde como recursos para cuidar de sua saúde. Dos entrevistados, todos relataram desconforto frente a essa subjugação que novamente lhes coloca em um lugar de invalidez (Perlin, 2003). Algumas vezes essa subalternização quanto à própria saúde ia ao extremo, deixando consequências difíceis de serem desfeitas, como no caso de Sofia, que foi dada como mentalmente incapaz a partir de uma consulta com um psiquiatra que sequer tentou comunicar-se com ela. Sem saber ao menos o motivo da consulta e a partir do desespero da sua mãe em garantir-lhe a subsistência financeira após sua eminente morte, Sofia foi judicialmente interditada e despendia agora de tempo, dinheiro e muito esforço para provar o erro diagnóstico. Obviamente, a pensão já havia sido suspensa mesmo que não tivesse ainda, oficialmente, conseguido resgatar o direito de trabalhar e assinar em nome próprio.

Assim, vislumbra-se um processo contínuo de reedição do estigma nas relações cotidianas dos Surdos que implica em representações negativas sobre o cuidado em saúde e, particularmente, sobre o cuidado em saúde mental, determinando um percurso terapêutico de evitação e afastamento. Para Alves e Souza (1999), nas tomadas de decisões relativas à saúde, as representações orientam o processo de escolha terapêutica que refletem a imagem apreendida do que seja um tratamento e das interações sociais que a constituem.

No geral, os interlocutores da pesquisa relataram poucas histórias de busca de recursos formais de cuidados à saúde. Como se viu, é plausível que isso se relacione às experiências negativas e a intensa estigmatização vivida em oportunidades de contato com profissionais de saúde, o que faz com que tenham um baixo grau de autonomia para lidar com essas situações. Porém, também foi possível identificar uma descrição bastante inespecífica dos Surdos em relação aos sintomas, doenças e transtornos já experimentados. Ao contrário, grande parte dos relatos descreviam desconfortos e conflitos sociais e existenciais, ou ainda desordens emocionais que, muitas vezes, eram relacionados às condutas desviantes, com conotações de desvio moral, cultural e até religioso, e suscetíveis a intervenções corretivas e de punição, tal como refere Luci:

Luci reforçou que durante o tempo que frequentou a escola regular ficava muito isolada e sentia-se triste. A mãe era a responsável por incentivá-la todas às vezes que não queria mais ir a aula e buscava para ela atividades complementares, como aula de dança e ginástica, para ver se “se animava mais”. Eventualmente, na pré-adolescência, refere que foi “bem nervosa” e, certa vez, a mãe a levou a uma “benzedeira” dizendo que era para se acalmar. Seguidamente, a mãe a fazia ajoelhar e rezar para “deixar de ser mal-educada e ficar calma” (Diário de campo, setembro de 2017)

Parece operar aí um mecanismo de tentar proteger aquele que seria o “desacreditável” da sobreposição de mais um problema e estigma, nesse caso relacionado aos aspectos mentais, os quais são cercados de estereótipos e preconceitos específicos. Segundo Goffman (1988, p. 38) a pessoa é desacreditável “quando a diferença não está imediatamente aparente e não se tem dela um conhecimento prévio (ou, pelo menos, ela não sabe que os outros a conhecem)”. Assim, se associa a dificuldade de nomear potenciais conflitos emocionais que, na ausência da surdez e dos estigmas relacionados, não seriam um problema de maior vulto.

Não obstante, a aquisição do repertório linguístico baseia-se nas experiências e as relações com a família, com outras pessoas e com o ambiente a que estão expostas, sendo que a aquisição e a expansão deste dependerá do desenvolvimento de sentidos e utilidades para estas palavras (Ferreira *et al.*, 2012). Em que pese a importância da família no cuidado e desenvolvimento de qualquer criança, a superproteção parental em relação aos Surdos pode impactar sua capacidade de nomear sentimentos e sintomas. Uma “nomeação generalista” para vários “fenômenos da vida e da natureza”, talvez pela própria falta de conhecimento da Libras da parte dos familiares, poderá refletir na forma como o Surdo nomeará ou traduzirá, na língua de Sinais, suas emoções, sentimentos, comportamentos e os sintomas, ficando vulnerável a rotulações externas. Segundo Behares e Peluso, a criança surda, filha de ouvintes, inicia seu contato com o mundo através de uma língua oral “e logo será sujeitada a ela, língua que nunca lhe poderia devolver a imagem de que é dono de seu dizer. Esta situação continuará por muito tempo sem conseguir constituir-se em um locutor” (*apud* Dalcin, 2009, p. 23).

Nessa direção, Rui relatou experiências com desconforto emocional ou comportamental na infância, mas que não conseguia explicar, ensinando que não teve acesso à informação precisa ou nomeação alternativa sobre o que estaria lhe acontecendo por parte dos familiares ou da escola.

Na escola havia uma “chefe que pedia respeito e educação” e Rui tinha muito medo dela. Apesar disso, não conseguia segurar a raiva de vez em quando e os conflitos aconteciam. Ele disse que as professoras e a mãe repetiam: “Surdo é mal-educado”. Mas, segundo Rui, isso era normal porque “Surdo é nervoso”, o que sugere um processo de naturalização de problemas comportamentais e emocionais entre os Surdos que seriam frequentemente definidos como “difíceis”, “nervosos”, “agitados” e “teimosos”.

As barreiras de comunicação experimentadas pelos Surdos pareciam operar, portanto, como pano de fundo para outras barreiras. Além da dificuldade de interação pela falta do conhecimento da Libras e pelos estereótipos que resultavam em condutas preconceituosas, os entrevistados relataram outros elementos associados aos cuidados em saúde como o desconhecimento dos serviços ofertados, formas de acesso e fatores interpessoais como timidez, assertividade e insegurança, muitas vezes reforçados pelo cerceamento da sua autonomia. Por exemplo, para além das escassas opções e possibilidades de escolha, Sofia herdou um inconsistente histórico de saúde. A dificuldade de comunicação e, talvez, de confiança na capacidade de compartilhar e entender os “códigos” dos ouvintes em torno de seu corpo e do que sentia, gerava angústia e limitava sua legitimidade para referir o que sentia ou questionar algo.

Sofia contou que sua mãe nunca lhe dissera o porquê da surdez e que sempre foi surda. Conta que nunca usou prótese auditiva, pois a mãe nunca procurou qualquer atendimento voltado para a surdez, embora tivesse vontade de saber como seria usar uma prótese. Durante a infância e adolescência, Sofia teve muitas idas ao médico, pois tinha “um estômago e/ou fígado fraco”. Fez cirurgia, que inferia ser do apêndice, e sofria de constantes gripes, que poderiam ser problemas na garganta ou alergia (Diário de campo, agosto de 2017).

Desse modo, no geral, os entrevistados relataram diversas intromissões como a constante presença de familiares como intermediários nas consultas, a indiferença dos profissionais de saúde e a falta de esforço para explicar e dar nome para seus sintomas. Outros estudos já apontaram que a falta de acesso à informação de campanhas da mídia, o comprometimento dos processos diagnósticos pela rapidez do atendimento e, principalmente, pela falta de conhecimento dos Surdos sobre seu histórico de saúde impactam nos atendimentos e, por consequência, na sua descrença nos recursos formais de cuidado à saúde em geral (Bentes; Vidal; Maia, 2011).

Ser privado de participar das experiências das pessoas ao seu redor também colabora para o baixo repertório relacionado à identificação dos sin-

tomas e na busca pelo tratamento adequado e crítica ao tratamento que está recebendo. Sobre isso, Sofia contou que, quando tinha 22 anos, a sua mãe ia seguidamente ao médico e não lhe contava nada até que estar em estágio terminal de câncer. Assim, em alguns dos relatos, ficou patente o descrédito dos familiares frente a capacidade do entendimento dos fenômenos da vida e da morte, o que pode repercutir na relação do Surdo com seu próprio cuidado. Consequentemente, ao não saber se comunicar com os termos que os profissionais talvez esperem sobre saúde, os Surdos novamente tenderiam a ser considerados na perspectiva da insuficiência, como evidencia o relato de Luci.

Luci nunca buscou nenhum profissional para resolver seus conflitos e tensões psicológicas, mas sua mãe a levava ao médico para tratar “uma gripe ou dor de barriga” muito raramente. Luci disse que não gostava dessas ocasiões porque “ficava de braços cruzados só olhando o médico e a mãe falar” (Diário de campo, outubro de 2017).

Assim, não se trata simplesmente de uma dificuldade individual dos Surdos de nomear/significar, o que acabaria por enfatizar a lógica da deficiência, mas de uma falta primária de possibilidades de compartilhar códigos linguísticos com sua rede social que, pelo menos inicialmente, é majoritariamente ouvinte e, muitas vezes, refratária à Libras. Sobre isso Mariana denuncia: “Menosprezam minha capacidade de dar nome ao que sinto”. Ela referiu o descaso e indiferença que sente dos profissionais de saúde quando tentava questionar algo sobre sua saúde ou seus exames: “Muitas vezes eles olham para o exame, pensam, olham em um livro ou na internet, mas quando eu pergunto dizem que não é nada importante.” Com isso, entende-se que as práticas de cuidado relatadas oprimiam a expressão da autonomia e da reflexão crítica, requisitos importantes para a busca pelo autoconhecimento e o bem-estar psíquico. Como diria Perlin (2003, p. 95) “...está-se diante de uma responsabilidade com o outro, responsabilidade que não é baseada na vitimização e no sofrimento, mas no voltar-se contra a opressão colonialista”. Assim, os relatos de Mariana e Luci demonstram percursos marcados pelo descrédito, a desistência ou falta de motivação para continuar os tratamentos.

Mariana diz que segue fazendo exames periódicos, mas confessa que está atrasada no momento porque se incomoda de ir ao médico e ele só lhe diz que está bem: “Mas eu vejo que ele olha para os exames, pensa e compara com outros, mas eu pergunto o que está acontecendo e ele diz que não é para se preocupar, faz uma receita e se despede” (Diário de campo, agosto de 2017).

Acrescentei minha percepção de que essa parecia ter sido uma experiência paradoxal para Luci, pois ao mesmo tempo que sua mãe se colocava como mediadora para ela, numa posição de controle e, em certa medida, de saber mais do que ela sobre suas dores e desconfortos diante do médico, agora sua própria filha também ocupava esse papel privando-a de uma relação mais autônoma e sigilosa com seu próprio médico, o que parecia incomodá-la. Luci simplesmente concordou com a cabeça e diz que isso é recorrente com os Surdos (Diário de campo, novembro de 2017).

Assim, a busca por cuidados em saúde dos Surdos, em vez de estar associado às lembranças de alívio e restabelecimento do bem-estar, pelo contrário, retoma sensações de frustração, impotência e desesperança. Além disso, a constante dependência de um ouvinte reforça a falta de autonomia e privacidade. Parece que a prevalência da “ouvintização” acaba por amalgamar a sensação de fracasso e descontentamento em suas investidas na busca de cuidados, obscurecendo a percepção de comunicação e gerando sentimentos como timidez e insegurança, como o relato de Rui reforça:

Lembrou que o médico fez muitas perguntas e que se comunicou por escrito o tempo todo. Rui comentou que era muito chato e demorado conversar por escrito e que, muitas vezes, evitava ir ao médico pois era ruim levar a mãe junto e sozinho tinha medo de não ser entendido e “os remédios serem errados” (Diário de campo, agosto de 2017).

Tais relatos ajudam a compreender como se reforçam situações de falta de motivação e desconfiança que, por vezes, provocam um distanciamento completo dos Surdos dos cuidados em saúde de modo geral (Pires; Almeida, 2016; Scheier, 2009). Isso poderá resultar problemas para acessar com sucesso os serviços de saúde e a continuidade do tratamento adequado quando necessário (Kritzinger *et al.*, 2014; Mckee *et al.*, 2015; Sirch; Salvador; Palese, 2017; Steinberg *et al.*, 2006; Tamaskar *et al.*, 2000). Mariana expressou diversas vezes tristeza, mágoa e insegurança pelas inúmeras experiências frustrantes de cuidado em saúde. Rui parecia personificar essa tendência de modo mais radical, pois manifestava uma verdadeira aversão aos cuidados consigo mesmo. Rui inclusive não tinha muito claro que as sessões na psicoterapia que fazia seriam uma estratégia de cuidado ou busca de resolver problemas. Por exemplo, quando o questionei sobre o que fazia para cuidar de sua saúde mental ele disse que nunca tivera problemas e que nunca procurou qualquer tipo de assistência, apesar de meu contato com

ele estar ocorrendo logo após a sua psicoterapia. Isso me faz questionar por que ele não consideraria a psicoterapia como um cuidado à saúde mental ou, ainda, o que significava para ele esse espaço. Além do duplo estigma associado ao “mental” para os surdos, especula-se que a dificuldade de nomear os problemas e a baixa participação nos próprios atendimentos de saúde ao longo da vida dificultassem a identificação da psicoterapia como um recurso de cuidado. Posteriormente, ao longo do nosso contato, Rui relatou sobre os problemas que teve na escola e perguntei se ele entendia que esse seria um momento em que estava precisando de cuidados em saúde mental. Então, Rui fez uma expressão de surpresa, disse que nunca tinha pensado nisso e que então a crise que estava tratando com a terapeuta também seria para cuidar da sua saúde mental: “Legal!”. Tal insight mostra que a construção de significados quanto aos cuidados em saúde se baseia, primordialmente, em relações de reciprocidade que considerem a situacionalidade dos interlocutores.

A rede que me apoia: entre direitos e esperança, o que é possível

Qualquer pessoa é desafiada a construir uma rede de cuidados, acolhendo a necessidade de assistência e segurança, principalmente quando ocorre um problema de saúde. Nesse processo, as pessoas mudam seus percursos continuamente a partir de experiências, expectativas, prioridades, padrões e influências culturais, ou seja, elementos circunscritos na história da sua existência (Alves, 2015; Alves; Souza, 1999). A presente categoria procurou descrever como os participantes Surdos tentavam construir percursos de cuidado à saúde mobilizando esforços acessíveis na rede formal e informal de apoio como alternativas a pura evitação demarcada pelas intensas e diversificadas experiências de estigma descritas anteriormente. Fundamentalmente, os interlocutores trataram de situações de cuidado, prevenção e promoção em saúde e não de reabilitação ou cura, o que, por outro lado, parece ser o oposto do que lhe é frequentemente oferecido como diagnóstico e tratamento de caráter biomédico.

O percurso de cuidado em saúde de Mariana é ilustrativo de um processo não linear, tramado a partir de negociações entre o que ela esperava/desejava e do que era possível com o amparo e suporte disponível, no caso dela, possibilitado por maior poder aquisitivo. A partir disso é interessante pensar que sendo uma das interlocutoras que tinha mais recursos financeiros e de conhecimento, Mariana só consultava com profissionais ouvintes. Refletindo sobre isso, nos reportamos a noção de identidade social (Goffman, 1988) e de cidadania doméstica (Das; Addlakha, 2001). Maria-

na sempre se referia a família como seu esteio mas, ao mesmo tempo, como aqueles que exigiam dela atitudes e iniciativas de uma pessoa 'normal'. Eles se referiam a ter que ser e parecer uma ouvinte, tanto que ela frequentou escola não-inclusiva e sempre teve muitos atendimentos com profissionais de saúde para "compensar" as dificuldades. Ensejada por uma trajetória de "normalidade", tracejada no seio das relações familiares, parece-nos que Mariana procurava se apresentar como alguém que ultrapassa a barreira da comunicação e supera qualquer obstáculo, possibilitando dissimular o estigma e evitar, ao máximo, suas consequências. Ainda, é possível pensar que ela buscasse também assegurar sua privacidade, visto que são poucos os psicólogos que atendem em Libras na cidade e usuários e profissionais compõem uma rede restrita em que todos acabam se conhecendo e que, novamente, facilitaria "ser reconhecida" como Surda.

Assim, durante muito tempo ela fez psicoterapia com a mesma psicóloga, que apesar de ser mãe de uma pessoa Surda e, surpreendentemente não saber Libras, a fazia se sentir muito bem. Depois disso, procurou outro profissional por quase um ano e quando encontrou um psicólogo também ouvinte, ficou apenas cinco ou seis meses com ele e desistiu por dificuldade de comunicação, pois constantemente tinha que escrever o que estava tentando explicar ou usar de cansativas tentativas de oralizar. Voltou para a primeira psicóloga apenas uma ou duas vezes por mês e passou a experimentar alívio com outros recursos terapêuticos como com um acupunturista que não usava Libras e nem tinha qualquer contato com o universo dos Surdos. Ela argumentava não achar ruim porque só entrava em contato com estes profissionais uma ou duas vezes por mês. Desde que começou as sessões, Mariana dizia estar mais calma e relaxada e que passaram suas dores nas costas. Quanto a uma doença crônica que tinha no trato digestivo, disse ter uma alimentação bem restrita e que já deveria ter feito novos exames de rotina. Entretanto, ficava muito triste ao pensar em todos os empecilhos a enfrentar e que não achava certo ter que chamar sua empregada doméstica para acompanhá-la na consulta ao médico. Assim, apesar de conseguir traçar percursos efetivos, a necessidade de um acompanhante era vista como problemática, pois dificultava seu protagonismo quanto à sua própria saúde. O sentimento de injustiça e frustração que essas repetições geraram para Mariana, a fazia estar "cansada" e ela resistia quando precisava de uma consulta ou procedimento específico.

Por outro lado, a exemplo do evidenciado em outro estudo (Kritzinger *et al.*, 2014), alguns Surdos encontram diferentes formas de lidar com essas barreiras ao buscar apoio na comunidade Surda. Luci referiu sua preocupação com a recorrência de problemas relacionados à saúde mental entre os Surdos e as diferentes formas de lidar com as barreiras para acessar

ajuda: “*Conheço muitos e muitos Surdos com problemas de ansiedade, depressão e uso de drogas. Sei que todo Brasil passa por uma crise, mas com Surdo é pior porque não tem a quem procurar para ajudar*”. Ela referiu que muitos surdos têm formado grupos no Facebook para tentar resolver questões privadas, pois não têm apoio profissional fora da internet. Ao mesmo tempo em que esta é uma ferramenta importante para a troca de informação em um contexto de falta de acesso a profissionais de saúde e do ouvicultismo generalizado, Luci vê esse uso com cautela e diz que muitas vezes dá conselhos aos mais jovens:

Têm surdos perguntando e pedindo conselhos para outros surdos em vídeos sobre relacionamentos amorosos, sexualidade, AIDS, sentimentos e estados de humor. Luci disse que fica admirada e preocupada, porque algumas respostas/conselhos ela até concordava, mas outros achava equivocados e que precisaria de ajuda de profissionais para responder corretamente. Completou que as pessoas tentavam se ajudar através das redes sociais porque não tinham outro recurso e faltava acessibilidade (Diário de campo, novembro de 2017).

Nestas narrativas, percebe-se que a necessidade do cuidado precede a necessidade da cura. Como referido por Ayres (2007), falar em saúde não significa falar sobre não estar doente e falar em doença não significa falar sobre “não-saúde”, sendo necessário reconstruir as práticas de modo a enfatizar a produção de saúde. Neste sentido, reforça-se a necessidade de se pensar na saúde mental dos Surdos em qualquer contexto de saúde e contemplar a sua capacidade de transversalidade.

De modo geral, observou-se nos relatos a busca pelo não adoecer, pelo manter-se saudável e pelo cuidar-se. Percebeu-se a pouca diversidade em termos de alternativas de cuidado em saúde mental relatadas pelas/o interlocutoras/r, com baixo acionamento de sistemas informais de apoio. Uma sugestão de Luci seria ampliar o acesso ao que ela chamou de “grupos terapêuticos” que, na sua experiência, favoreciam espaço de compartilhamento de vivências e de esclarecimentos de dúvidas. Quando estudava havia uma professora de uma escola para Surdos, que fazia um grupo semanal sobre assuntos como Bullying, sexo e gravidez, contaminação e relacionamentos de família. Este grupo era aberto para qualquer um, independente de ser da escola ou não, e disse que estava sempre cheio. Ela não sabe por que o grupo acabou e não conhecia nenhum outro deste tipo na cidade. Para ela, faziam falta iniciativas como esta: “Tem muito Surdo confuso, ansioso, precisando de orientação”.

Luci corrobora com a percepção de que pouco se tem feito em relação à prevenção dos problemas de saúde dos Surdos e muito menos em relação à saúde mental. Apesar dos relatos apresentarem poucas queixas e cobranças em relação a este cuidado, a saúde mental do Surdo vem sendo escorchada a partir das relações opressoras advindas do ouvicentrismo, como visto no eixo analítico anterior. Inclusive, pode-se pensar na forma como as campanhas de prevenção e promoção à saúde em geral são divulgadas de modo que não são acessíveis aos Surdos. Como revela o relato de Luci, descortina-se a grande demanda e necessidade dessa população por medidas de cuidado, assistência e informação sobre a saúde que, embora não seja uma demanda específica dos Surdos (Moreira; Onocko-Campos, 2017), é atravessada pelos desafios particulares dessa comunidade em acessar os serviços de saúde.

Por outro lado, a partir do caso de Rui, entende-se que não basta levar os recursos e oferecer cuidados se o indivíduo recusa essa possibilidade em função de representações e experiências negativas. Pensa-se em cuidados em saúde que não auxiliaram a constituir Rui como protagonista de seu próprio cuidado, produzindo-se situações de subalternidade e, potencialmente, afetando sua saúde mental. Rui parecia distanciar-se em todo momento da possibilidade de o que estaria passando consigo fosse algo associado ao 'mental', devido ao forte estigma. Além disso, havia a possibilidade real reforçada pela trajetória da sua companheira Sofia, de ser imputado a ele um "distúrbio mental". Embora tivesse experiência anterior com psiquiatra e de queixas emocionais, bem como estivesse em atendimento psicoterápico, ele precisava negar a ligação com qualquer cuidado do tipo, sugerindo novamente o mecanismo de acobertamento do estigma, mas de modo diferente de Mariana (Goffman, 1988).

Enquanto para Mariana qualquer cuidado de saúde que a associasse a deficiência (como buscar um profissional que usasse Libras) não era atrativo, para Rui, ainda que tencionado pelos percursos em saúde mental que fizera, precisava se afastar do estigma que ligava a surdez a doença/deficiência mental, estando ainda muito atrelado à proteção materna. Em comum, pode-se pensar que ambos os percursos acabaram os afastando de redes de apoio e referência com a comunidade de pares que, por sua vez, poderia proteger e promover sua saúde mental. Por outro lado, Luci nos revela que esse é um percurso muito recorrente entre os Surdos que tentam se apoiar uns aos outros na busca por informações e cuidados em saúde. Tal possibilidade pode ter um impacto especialmente importante no sentido da equidade. A trajetória de Sofia, a mais vulnerável em termos socioeconômicos e familiares, é ilustrativa desse argumento. Foi apenas ao se integrar a um grupo de Surdos religiosos que ela conseguiu se articular de

modo mais autônomo para resistir ao processo crônico de estigmatização e vitimização que lhe impôs uma interdição judicial e subjetiva, reivindicando e construindo um lugar de protagonismo a partir de sua diferença.

Considerações finais

Partindo do ruído na comunicação ao anunciar essa pesquisa aos Surdos, somados às suas vivências cotidianas em torno do acolhimento de problemas de saúde, emocionais ou comportamentais, entende-se que as experiências negativas destes relacionadas ao sentido que se dá/deu à saúde mental, bem como o ouvicentrismo banalizado nas práticas dos profissionais acabam por minar a possibilidade de produzir saúde. As interpretações equivocadas a respeito das (dis)capacidades mentais sobre estes indivíduos, acabam por gerar “modelos explicativos” baseados em estereótipos, mas que justificavam diagnósticos e condutas iatrogênicas e estigmatizantes. As narrativas e impressões geradas por essas experiências revelam um entendimento dos Surdos sobre saúde mental entretecido pelas marcas da deficiência e do estigma. Tais condutas, baseadas na ideia da deficiência seja do corpo seja da mente, não são coerentes com um modelo de cuidado à saúde integral e contrariam as premissas do atendimento humanizado, provocando desconforto e insegurança aos que buscam cuidados em saúde (Kritzinger *et al.*, 2014; Pires; Almeida, 2016).

O cuidado em saúde mental se ligava ao estereótipo de desajustamento e as alternativas terapêuticas baseadas no modelo médico tradicional eram vistas como uma via de estigmatização. Tal processo era acompanhado de atitudes de discriminação e preconceito que afastavam os profissionais daquilo no outro que não entendiam e despertava o que de mais deficitário tinham. Nessa direção, Gesser afirma que “a surdez é muito mais um problema para os ouvintes do que para os surdos” (*apud* Silva; Severo, 2014, p. 1198).

Assim, o recorrente desafio revelado pelas narrativas não estava apenas no porquê de os cuidados em saúde mental serem isolados, descontinuados e restritos a sintomas agudos, muitas vezes necessitando exigindo atenção emergencial, mas na forma como esses cuidados se davam, pois os Surdos eram constantemente privados, discriminados e impossibilitados de expressar seus desconfortos psíquicos de modo legítimo (Murta *et al.*, 2015). Assim como os profissionais especialistas, em geral, limitam-se a diagnosticar e proferir prognósticos restritos às especialidades, também as políticas públicas são insuficientes para contemplar e prestar serviços em

saúde para os indivíduos a partir de modelos que contemplem as experiências singulares da saúde e do adoecer (Czeresnia, 2003).

Entendemos que a integralidade e a equidade no cuidado sempre será um ideal a ser buscado cotidianamente, exigindo abertura, empatia, articulação da rede de cuidado e enfrentamento das barreiras programáticas impostas pelo sistema de saúde a partir de uma abordagem participativa e democrática que integre as pessoas Surdas em sua diversidade na construção do seu cuidado como sujeitos políticos. Tal aproximação vai exigir não apenas a ampliação dos recursos linguísticos (como o acesso a tradutores, a capacitação de profissionais em Libras e até a formação e incorporação de profissionais Surdos nos serviços de Saúde), mas a ampliação de espaços de participação e produção de cuidado compartilhado com as comunidades Surdas existentes.

Referências

- ABRAMOVAY, Megan; MAGOWAN, Ruth. Meeting deaf patients' communication needs. *Nursing Times*, v. 110, n. 49, p. 12-15, 2014.
- ALVES, Paulo Cesar. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, v. 42, p. 29-43, 2015.
- ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, Iara Maria (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- AYRES, José Ricardo. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 4362, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- BENTES, Iratyenne Maia da Silva; VIDAL, Eglídia Carla Figueirêdo; MAIA, Evanira Rodrigues. Deaf person's perception on health care in a midsize city: a descriptive-exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3210.2>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto n.º 5.626, de 22 de dezembro de 2005*. Regulamenta a Lei n.º 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. Brasília: Presidência da República, 2005.

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei n.º 12.319, de 1º de setembro de 2010*. Regulamenta a profissão de tradutor e intérprete da Língua Brasileira de Sinais – Libras. Brasília: Presidência da República, 2010.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência*. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Relatório de atividades 1992*. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1993. Disponível em: <https://memoria.capes.gov.br/index.php/relatorio-anual-de-atividades-de-1992>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012*. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRAUN, Virginia; CLARKE, Vitoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; BARBOSA, Maria Alves. Relação do paciente surdo com o médico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 75, n. 1, p. 147-150, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992009000100023>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- COLE, P.; CANTERO, O. [Deaf stigma in mental health, the example of mental health]. *Revue Médicale Suisse*, v. 11, n. 461, p. 398-400, 2015.
- CRESWELL, John. *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens*. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- CROWE, Teresa; JANI, Suni; JANI, Sushma; JANI, Niranjani; JANIE, Raja. A pilot program in rural telepsychiatry for deaf and hard of hearing populations. *Heliyon*, v. 2, n. 3, e00077, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2016.e00077>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

- DALCIN, Gladis. *Psicologia da Educação de Surdos*. Módulo do Curso de Licenciatura em Letras-Libras na Modalidade a Distância. Florianópolis: UFSC/Centro de Comunicação e Expressão, 2009. Disponível em: http://www.libras.ufsc.br/colecaoLetrasLibras/eixoFormacaoPedagogico/psicologiaDaEducacaoDeSurdos/assets/558/TEXTOBASE_Psicologia_2011.pdf. Acesso em: 26 jul. 2016.
- DAS, Veena; ADDLAKHA, Rena. Disability and domestic citizenship: voice, gender, and the making of the subject. *Public Culture*, v. 13, n. 3, p. 511-531, 2001. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/26253>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- ELEWEKE, C. Jonah; RODDA, Michael. Factors contributing to parents' selection of a communication mode to use with their deaf children. *American Annals of Deaf*, v. 145, n. 4, p. 375-383, 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/44393224>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- FEDERAÇÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS SURDOS (FENEIS). *Relatório de atividades 1992*. Belo Horizonte: FENEIS, 1993.
- FERREIRA, Michelle Imaculada Otaviani; DORNELAS, Sabrina Araújo; TEÓFILO, Márcia Miliane Maciel; ALVES, Luciana Mendonça. Avaliação do vocabulário expressivo em crianças surdas usuárias da língua brasileira de sinais. *Revista CEFAC*, v. 14, n. 1, p. 9-17, jan./fev. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000059>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- FRANCKE, Ingrid D'Avila. *Itinerários terapêuticos de surdos em busca de cuidados em saúde mental*. 2018. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2018. Disponível em: http://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/10229/Ingrid+D%27Avila+Francke_.pdf?sequence=1. Acesso em: 26 jul. 2016.
- GARBEROGLIO, C. L.; PALMER, J. L.; CAWTHON, S.; SALES, A. Deaf People and Employment in the United States: 2019. Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Special Education Programs, National Deaf Center on Postsecondary Outcomes, 2019. Disponível em: https://nationaldeafcenter.org/wp-content/uploads/2022/11/Deaf-People-and-Employment-in-the-United-States_-2019-7.26.19ENGLISHWEB.pdf. Acesso em: 8 abr. 2024.

- GANDRA, Alana. País tem 10,7 milhões de pessoas com deficiência auditiva, diz estudo. *Agência Brasil*, 3 out. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-10/brasil-tem-107-milhoes-de-deficientes-auditivos-diz-estudo>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- GOFFMAN, Erwin. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução Mathias Lambert. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- HARRINGTON, Tom. Deaf employment in the U.S. *LibGuides, Deaf Statistics*, Washington, abr. 2017. Disponível em: <http://libguides.gallaudet.edu/content.php?pid=119476&sid=4741212>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- HILL, Stephen Conrad; WOOLDRIDGE, Judith. Informed Participation in TennCare by People with Disabilities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v. 17, n. 4, p. 851-875, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0124>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- IANNI, Aurea; PEREIRA, Patricia Cristina Andrade. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. supl. 2, p. 89-92, 2009.
- ISAAC, Myriam de Lima; MANFREDI, Alessandra K. S. Diagnóstico precoce da surdez na infância. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 38, n. 3/4, p. 235-244, 2005.
- KNAUTH, Daniela Riva. A Etnografia na Saúde Coletiva, Desafios e Perspectivas. In: VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria Nazareth Agra (org.). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 109-114.
- KRITZINGER, Janis; SCHNEIDER, Marguerite; SWARTZ, Leslie; BRAATHEN, Stine Hellum. “I just answer ‘yes’ to everything they say”: access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient Education and Counseling*, v. 94, n. 3, p. 379-383, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.006>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integração, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 26 jul. 2016.

- MCKEE, Michael; WINTERS, Paul; SEN, Ananda; ZAZOVE, Philip; FISCELLA, Kevin. Emergency Department utilization among Deaf American Sign Language users. *Disability and Health Journal*, v. 8, n. 4, p. 573-578, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.004>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MENEZES, Vania. Educação: inclusão ou exclusão? *Revista Vernáculo*, n. 36, p. 274-288, jan. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rv.v0i36.36661>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- MOREIRA, Daniele Lemos. O estigma do surdo: implicações e manipulações. *Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade*, ano 5, n. 10, p. 27, 2015. Disponível em: <https://silو. tips/download/o-estigma-do-surdo-implicacoes-e-manipulacoes>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 462-474, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MOURA, Reinaldo dos Santos; TAVARES, Nubia Vanessa da Silva; JUNIOR-LACERDA, Bernardo; SANTOS, Inaiane da Silva; SANTOS, Rose Fabiana de Medeiros; SARAIVA, Francisco Joilson Carvalho. O silêncio das mãos na assistência aos surdos nos serviços de saúde pública. *Olhares Plurais*, v. 2, n. 17, p. 94-104, 2017. Disponível em: <https://sistema.funarte.gov.br/tainacan/periodicos/o-silencio-das-maos-na-assistencia-aos-surdos-nos-servicos-de-saude-publica/>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- MURTA, Sheila Giardini; LEANDRO-FRANÇA, Cristineide; SANTOS, Karine Brito; POLEJACK, Larissa. *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. Novo Hamburgo/RS: Sinopsys, 2015.

- NOBREGA, Juliana Donato; MUNGUBA, Marilene Calderano; PONTES, Ricardo José Soares. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6176>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- PERLIN, Gladis Teresinha. *O ser e o estar sendo surdos*: alteridade, diferença e identidade. 2003. 156 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre Almeida. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 1, p. 68-77, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.912>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- PIZZIO, Aline Lemos; DE QUADROS, Ronice Muller. *Aquisição da Língua de Sinais*. Texto-base para o curso de licenciatura em Letras-Libras à distância. Florianópolis: UFSC, 2011. Disponível em: https://www.libras.ufsc.br/colecaoLetrasLibras/eixoFormacaoEspecifica/aquisicaoDeLinguaDeSinais/assets/748/Texto_Base_Aquisi_o_de_l_nguas_de_sinais_.pdf. Acesso em: 26 jul. 2016.
- RANGEL, Gisele Maciel Monteiro. *História do Povo Surdo em Porto Alegre*: Imagens e Sinais de uma Trajetória Cultural. 2004. 157 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5148/000510697.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- RIEFFE, Carolien. Awareness and regulation of emotions in deaf children: Emotion regulation in deaf children. *British Journal of Developmental Psychology*, v. 30, n. 4, p. 477-492, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.2011.02057.x>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- SCHEIER, Donna. Barriers to health care for people with hearing loss: a review of the literature. *The Journal of the New York State Nurses Association*, v. 40, n. 1, p. 4-10, 2009.

- SCHLÜNZEN, Elisa Tomoe Moriya; DI BENEDETTO, Laís dos Santos; SANTOS, Danielle Aparecida do Nascimento. *História das pessoas surdas: da exclusão à política educacional brasileira atual*. São Paulo: Unesp/UNIVESP, 2013. p. 49-55. Disponível em: https://acervo.digital.unesp.br/bitstream/123456789/47935/1/u1_d24_v21_t02.pdf. Acesso em: 26 jul. 2016.
- SILVA, Kleber Aparecido; SEVERO, Joseane. Que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, v. 14, n. 4, p. 1197-1202, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-639820145507>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- SIRCH, Linda; SALVADOR, Linda; PALESE, Alvisa. Communication difficulties experienced by deaf male patients during their in-hospital stay: Findings from a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 31, n.2, p. 368-377, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12356>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- SKLIAR, Carlos Bernardo. *Educação e Exclusão – Abordagens Socio-Antropológicas em Educação Especial*. 7. ed. Porto Alegre: Mediação, 2012.
- SKLIAR, Carlos Bernardo (org.). *A Surdez: um olhar sobre as diferenças*. 3. ed. Porto Alegre: Mediação, 2016.
- SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira; ARAÚJO, Amanda Miranda Brito; SANDES, Luiza Fernandes Fonseca; FREITAS, Daniel Antunes; SOARES, Wellington Danilo; VIANNA, Raquel Schwenck de Mello; SOUSA, Árlen Almeida Duarte. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Revista CEFAC*, v. 19, n. 3, p. 395-405, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719317116>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- STEINBERG, Annie; BARNETT, Steven; MEADOR, Helen; WIGGINS, Erin; ZAZONE, Philip. G. *et al.* Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. 3, p. 260-266, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00340.x>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- TAMASKAR, Prashant; MALIA, Timothy; STERN, Carolyn; GORENFLO, Daniel; MEADOR, Helen; ZAZOVE, Philip. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of Family Medicine*, v. 9, n. 6, p. 518-526, 1 jun. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archfami.9.6.518>. Acesso em: 26 jul. 2016.

WITKOSKI, Silvia Andreis. *Educação de surdos e preconceito: Bilinguismo na Vitrine e Bimodalismo Precário no Estoque*. 2011. 255 f. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa, Portugal: WHO, 2002.