

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E DA SAÚDE DO PIAUÍ-PI
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA
CURSO DE MEDICINA**

**CAROLINA LUSTOSA DE MEDEIROS
SAMUEL BORGES ARANTES
YNDRI FROTA FARIAS MARQUES**

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A ENTREVISTA CLÍNICA:
PERCEPÇÃO DO SURDO**

**PARNAÍBA
2019**

CAROLINA LUSTOSA DE MEDEIROS

SAMUEL BORGES ARANTES

YNDRI FROTA FARIAS MARQUES

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A ENTREVISTA CLÍNICA:
PERCEPÇÃO DO SURDO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí-PI do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (FAHESP-IESVAP), como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos.

PARNAÍBA

2019

CAROLINA LUSTOSA DE MEDEIROS

SAMUEL BORGES ARANTES

YNDRI FROTA FARIAS MARQUES

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A ENTREVISTA CLÍNICA:
PERCEPÇÃO DO SURDO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí-PI do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (FAHESP-IESVAP), como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Dra. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos
(ORIENTADORA)

Prof. Esp. Clesivane do Socorro Silva do Nascimento

Prof. Ma. Khalina Assunção Bezerra Fontenele

Parnaíba, 14 de junho de 2019

Medeiros, Carolina Lustosa de; Arantes, Samuel
Borges; Marques, Yndri Frota Farias

M488r

Relação médico – paciente diante a entrevista
Clínica: percepção dos surdos / Carolina Lustosa
De Medeiros; Samuel Borges Arantes; Yndri Frota
Farias Marques. - Parnaíba. - 2019.
83 f.

Monografia apresentada ao Instituto de
Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP,
Parnaíba-PI, para graduação em Medicina, 2019.

Orientador: Prof.^a Doutora Any Carolina
Cardos Guimarães Vasconcelos.

1. Relação médico-paciente. I. Título.

CDU 614.253.8

Dedicamos este trabalho à comunidade surda pela atenção e fundamental apoio, pois os participantes não mediram esforços para nos auxiliar em nossa experiência acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Eu, Carolina Lustosa de Medeiros, agradeço em especial à comunidade de surdos, que abraçou com dedicação e amor o nosso projeto porque partimos do pressuposto de que as diferenças não constituem obstáculo quando aprendemos a conhecer e aceitar a realidade do outro; faço reverência à Prof. Dra. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos, pela solicitude e atenção às nossas dúvidas e respeito ao trabalho desenvolvido; agradeço imensamente a minha avó Maria Inês Mendes Lustosa (in memoriam), aos meus pais Ana Dulce Mendes Lustosa e Jorge Antônio de Medeiros (in memoriam), aos meus irmãos, as minhas tias Ana Helena Mendes Lustosa e Danusa Maria Cordeiro Tajra, aos tios e aos amigos pelo incentivo ao meu desejo de exercer uma prática médica inclusiva, ética e compromissada com os menos favorecidos em uma sociedade tão desigual.

Eu, Samuel Borges Arantes agradeço à minha mãe, Claudia Borges Arantes Gonçalves, que sempre foi meu alicerce durante minha trajetória. Sou grato ao meu pai Charles Arantes Gonçalves e minha irmã Laiz Sthefanea Borges Andrade, por acreditarem e apoiarem meu sonho sempre sendo minhas fontes de inspirações. À meu amigo Matheus Fernandes, obrigado por ser tão companheiro e pelo incentivo. Agradeço a todos os meus mestres, principalmente a minha orientadora Prof. Dra. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos, que fez toda a diferença nesse projeto.

Eu, Yndri Frota Farias Marques, agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e por ter me dado forças para realização de um trabalho o qual sempre almejei realizar. Sou grata aos meus pais Marta Irene Frota Farias e Manoel Messias Alves Marques que sempre foram muito solícitos e prezaram pela minha educação. Aos meus irmãos Yan Frota Farias Marques e Yvis Frota Farias Marques que me incentivaram a cada momento e não permitiram que eu desistisse. A minha avó Isaura Feitosa de Negreiros que me ensinou valores importantes e contribuiu com minha educação. Agradeço também a minha professora orientadora Dra. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos que durante meses me acompanhou

pontualmente, fornecendo todo auxílio necessário e permitindo a conclusão deste trabalho. Por fim, manifesto minha imensa gratidão aos pacientes surdos pela colaboração e disposição no processo de obtenção de dados.

*“Todas as grandes conquistas humanas
vieram daquilo que parecia impossível.”*

Charles Chaplin

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção do paciente surdo nos entraves existentes na relação médico-paciente durante a entrevista clínica. **Métodos:** Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, de natureza aplicada com caráter de pesquisa exploratória, uma vez que utilizou o conhecimento adquirido para aplicação na sociedade. O método de análise empregado nessa pesquisa foi o de Bardin. Foram entrevistados surdos maiores de 18 anos, do sexo masculino e feminino, com diagnóstico de surdez severa comprovado por laudo médico e que fazem uso da Língua de Sinais para se comunicar. Além disso, as entrevistas foram gravadas em vídeo e posteriormente analisadas pelos pesquisadores. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo de natureza aplicada. **Resultados:** Oito surdos foram entrevistados, sendo dois homens e seis mulheres. Os surdos responderam doze questões referentes às suas percepções e sentimentos. Com relação às respostas, observou-se que todos os pacientes costumam ir acompanhados ao médico, pois não conseguem comunicar-se. Além disso, os sentimentos prevalentes durante o atendimento foram tristeza, medo e insegurança. **Conclusão:** A relação médico-paciente é proveitosa quando existe uma comunicação em que ambas as partes se compreendem. Reconhecer o contexto social dos surdos perante a sociedade, auxiliaria os médicos a entenderem a real situação dos pacientes com surdez e promoveria a redução da barreira comunicacional imposta aos mesmos, com consequente diminuição dos sentimentos negativos presentes durante a consulta. Portanto, é imprescindível que os médicos dominem e se comuniquem em Língua de Sinais, a fim de que haja vínculo e garantia de um atendimento onde os princípios de universalidade, equidade e integralidade sejam efetivados.

Descritores: Atenção à Saúde; Barreiras Comunicacionais; Língua de Sinais; Relação Médico-Paciente; Surdez.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of the deaf patient in the existing obstacles in the doctor-patient relationship during the clinical interview. **Methods:** It is a quantitative-qualitative study, of an implicit nature with an exploratory research character, since the knowledge acquired for applications in society is used. The method of analysis with the research was done by Bardin. Deaf persons over 18 years of age, male and female, with a diagnosis of deafness by medical report, were interviewed and use the Sign Language to communicate. In addition, the interviews were videotaped and later analyzed by the researchers. **Results:** Eight deaf people were interviewed, two men and six women. The deaf answered twelve questions about their perceptions and feelings. Regarding the answers, it was observed that all patients are usually accompanied to the doctor because they can not communicate. In addition, the predominant feelings during the care were sadness, fear and insecurity. **Conclusion:** The doctor-patient relationship is useful when there is communication in which both parties understand each other. Recognizing the social context of deaf people in society would help physicians understand the real situation of patients with deafness and promote the reduction of the communication barrier imposed on them, with a consequent decrease in the negative feelings present during the consultation. Therefore, it is imperative that physicians dominate and communicate in Sign Language, so that there is a link and guarantee of care where the principles of universality, equity and completeness are fulfilled.

Keywords: Health Care; Communication Barriers; Sign Language; Medical-Patient Relationship; Deafness.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	16
3.1.1 A evolução da relação médico-paciente na história.....	16
3.1.2 Tipos de relação médico-paciente.....	16
3.1.3 A construção do atendimento holístico	17
3.1.4 A importância da criação do vínculo no atendimento	18
3.1.5 Os entraves sofridos pelo paciente surdo na falha de comunicação	18
3.1.6 As consequências da falha da comunicação no atendimento	18
3.2 O USO DE LIBRAS E O LOCAL SOCIAL DO SURDO	19
3.2.1 O conceito de LIBRAS	19
3.2.2 A LIBRAS e seus parâmetros.....	19
3.2.3 A história da educação dos surdos associada ao uso da LIBRAS.....	20
3.2.4 Normatização da LIBRAS	22
3.2.5 A prática da Língua de Sinais na área médica	23
3.2.6 O suporte social da pessoa com surdez	23
REFERÊNCIAS	25
4 ARTIGO CIENTÍFICO	29
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
APÊNDICE A	47
APÊNDICE B	49
APÊNDICE C	53
APÊNDICE D	55
APÊNDICE E	56
APÊNDICE F	57
APÊNDICE G	58
APÊNDICE H	59

APÊNDICE I 60

APÊNDICE J 61

ANEXOS.....85

ANEXO A.....86

ANEXO B.....87

ANEXO C 88

INTRODUÇÃO

O atendimento ao usuário dos serviços de saúde envolve aspectos diversos sobre qualidade e humanização, devendo também garantir todos os direitos do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Para isso, faz-se necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento a respeito das necessidades dos usuários. No entanto, o paciente surdo encontra a barreira comunicacional desde o acolhimento até a saída do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), pois o mesmo utiliza a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), língua da modalidade espaço-visual em que os sinais são recebidos pelos olhos e sua produção é realizada pelas mãos, sendo esta incompreendida pelos profissionais de saúde que fazem uso apenas do oralismo (QUADROS; KARNOPP, 2004). Com isso, há um limite na relação harmônica com a equipe multidisciplinar de saúde, bem como a existência de dificuldade na criação de vínculos com a mesma (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

A escassez de conhecimento da Língua de Sinais por parte dos profissionais de saúde, não deveria ser uma problemática, uma vez que está em vigor a Lei Federal Nº 10.436/2002 que regulamenta o uso da LIBRAS na área da saúde, visando um atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva (BRASIL. DECRETO N. 5.626, 2005). Além disso, a comunicação é a essência de um exame clínico eficaz, pois com ela, o médico detecta não somente sintomas, mas também os sinais do paciente, uma vez que estes constituem-se de aspectos subjetivos e só podem ser identificados através de uma relação médico-paciente com qualidade e assistência adequada por meio da interação comunicacional (MUNARI; GODOY, 2004). Somente, dessa forma, a mensagem do paciente surdo será compreendida sem que haja comprometimento do diagnóstico e da ação terapêutica.

A comunidade surda ainda representa uma minoria sociolinguística e cultural e as dificuldades da comunicação poderiam ser sanadas através da compreensão da Língua de Sinais pela equipe de saúde ou por intermédio de uma terceira pessoa (intérprete, parente ou amigo) durante todo o processo de atendimento ao paciente surdo, havendo assim inclusão social das pessoas com surdez na assistência à saúde (AGUIAR; MARCUCCI, 2009). Nesse sentido, há positividade, com a utilização de intérprete, pois a comunicação torna-se viável e o médico pode coletar dados clínicos do paciente, por outro lado, viola o direito de individualidade que todo

paciente deve possuir e causa constrangimento ao surdo por muitas vezes não sentir-se à vontade para falar a respeito de assuntos sigilosos, comprometendo também sua autonomia e independência, inclusive para o autocuidado.

Com a Lei Nº 10.436/02 a LIBRAS é reconhecida como segunda língua oficial do Brasil e o seu uso no espaço de saúde deve ser assegurado (BRASIL, 2002). As pessoas surdas ainda vivenciam situações excludentes devido aos entraves comunicativos, provocando uma perda na autonomia do surdo e da sua privacidade.

Com isso, a falha na comunicação pode gerar graves problemas, colocando em risco a vida do paciente, isso porque o deficiente auditivo tem dificuldade sobre o uso correto do medicamento e sua posologia (CHAVEIRO; PORTO; ALVES, 2008) e os médicos através de uma anamnese pobre em sintomas subjetivos podem provocar erros no diagnóstico.

Sendo assim, se pergunta: Como se configura para o paciente surdo a relação com o seu médico? Acontece um atendimento humanizado e inclusivo? (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

A falta de capacitação comunicativa não-verbal dos médicos dispostos na saúde, faz surgir a limitação na coleta de dados importantes durante a investigação da doença, além de uma conversação dificultosa com os pacientes devido à restrição auditiva dos mesmos, fazendo com que história clínica e exame físico fiquem comprometidos frente à doença. Por isso, é preciso que haja preocupação com os profissionais da saúde, principalmente médicos desconhecedores de LIBRAS frente aos surdos durante uma consulta, pois sem esse conhecimento, não conseguem atuar de forma holística (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015) e apresentam dificuldades em aplicar o MCCC (Método Clínico Centrado na Pessoa).

OBJETIVO GERAL

- Identificar a percepção do paciente surdo acerca da relação médico-paciente estabelecida no atendimento e no cuidado médico durante a anamnese clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico do paciente surdo.
- Apontar os meios de comunicação utilizados durante a consulta médica.
- Identificar os entraves e os facilitadores do processo da anamnese.
- Conhecer os aspectos positivos e negativos na relação médico-paciente apontados pelos pacientes surdos.
- Compreender a percepção da pessoa com surdez quanto à atuação do médico no exame clínico e físico.
- Conhecer a expectativa do paciente surdo utilizando a LIBRAS como um instrumento de comunicação com o médico no decorrer da consulta.

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE

A relação médico-paciente caracteriza-se por uma relação construída de forma espontânea, no entanto, sua qualidade depende dos esforços e das habilidades do profissional de saúde para adequar-se às características subjetivas de cada paciente (RIBEIRO, 2008). Além disso, o médico deve também garantir uma interação comunicacional eficaz, uma vez que assim, o paciente se sentirá confortável e compreendido, havendo consequentemente, o estabelecimento de vínculo com o médico. Dessa forma, pacientes com surdez poderão receber e compreender informações, bem como diminuir a sensação de isolamento e aumentar a satisfação e a participação no tratamento. Além disso, comunicar as questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento é um dever dos médicos e um direito dos pacientes (SOAR, 1998).

3.1.1 A evolução da relação médico-paciente na história

No contexto histórico, a relação médico-paciente passou por diversas transformações. Inicialmente, nos primórdios da medicina, a figura do médico estava relacionada a um ser considerado superior em relação ao paciente, estando ele preocupado com a doença. Essa perspectiva foi sendo modificada e a maior preocupação passou a ser o doente em todos os seus aspectos, sejam estes físicos, psíquicos ou sociais, deixando de ser visto apenas do ponto de vista biológico (CASSEL, 1996). Assim, foi-se construindo o cuidado longitudinal e o vínculo com o paciente. Para isso, foi necessária a prática da humanização da medicina e o cuidado integral ao paciente, culminando no reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento de cada indivíduo (GADAMER, 1994).

3.1.2 Tipos de relação médico-paciente

Ademais, em 1972, um professor chamado Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, definiu quatro modelos de relação médico-paciente, sendo eles o Sacerdotal, o Engenheiro, o Colegial e o Contractualista. O modelo Sacerdotal propõe a submissão do paciente ao médico, sendo este último, o único responsável pela tomada de decisões terapêuticas. Ao contrário deste, no modelo Engenheiro, a decisão é tomada inteiramente pelo paciente, tendo o médico, pouco envolvimento com o mesmo. Já no modelo Colegial, há alto envolvimento entre o profissional e o doente, sendo as decisões compartilhadas de forma igualitária por ambos através de negociação. Por fim, no modelo Contractualista, o conhecimento e as habilidades do médico são valorizados, preservando sua autoridade. Neste modelo, há participação ativa do médico e do paciente, havendo também efetiva troca de informações e comprometimento de ambas as partes (GOLDIN; FRANCISCONE, 2010). Na atualidade, há uma preocupação maior com a decisão em conjunto do médico com o paciente, na busca de um diagnóstico conclusivo, bem como da melhor forma de tratamento (ROCHA, B., et al., 2011).

3.1.3 A construção do atendimento holístico

A construção desse vínculo deve surgir desde a entrada do paciente no consultório médico e depende da abordagem utilizada pelo profissional de saúde, que deve imprimir características humanas e subjetivas do indivíduo doente de forma natural. O médico deve também coletar a anamnese buscando elucidar todas as queixas relatadas pelo doente e procurando conhecê-lo, desenvolvendo o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Esse método, ao contrário do modelo biomédico que parte da doença, propõe que a medicina tenha como ponto de partida o paciente/doente, tendo como base seis princípios: explorar a doença e a experiência do paciente com a mesma, entender o indivíduo de forma global, buscar um projeto de manejo comum entre médico e paciente, incorporar medidas de prevenção e promoção de saúde, melhorar a relação médico-paciente e ser realista no tocante aos custos e ao tempo de atendimento/prestação de serviços (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Além disso, como a relação é um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço, deve-se buscar a personalização da assistência humanizada do

atendimento através do uso de uma comunicação eficaz, reconhecendo a distinção da surdez de outras deficiências devido à dificuldade de estabelecer comunicação entre indivíduos (FELLINGER; et al., 2005).

3.1.4 A importância da criação do vínculo no atendimento

Além do mais, para que uma boa relação médico-paciente seja efetivada, é necessário que o médico seja um ser empático, colocando-se no lugar do paciente e buscando compreendê-lo. É nessa relação que se estabelece o conceito de referência e contra referência, como uma organização dos serviços de saúde em redes sustentadas por fluxos e pactuações de funcionamento, visando assegurar a atenção integral aos indivíduos. Esse sistema em redes deve fomentar e assegurar vínculos entre equipes de saúde e gestores e entre equipes de saúde e usuários (LUMER, 2011).

3.1.5 Os entraves sofridos pelos pacientes surdos na falha de comunicação

No entanto, existem problemas de comunicação interpessoal que estão presentes em todo sistema de saúde e tornam-se mais significantes quando englobam barreiras de língua e cultura. A comunidade surda, por exemplo, que utiliza a Língua de Sinais como meio de comunicação, encontra diversos obstáculos no acesso aos serviços do setor de saúde, implicando assim, na desconstrução de uma relação médico-paciente adequados (FOLKINS, 2005). Com isso, os pacientes surdos relatam sentimentos de medo, desconfiança e frustração perante o atendimento nos serviços de saúde, resultando na redução da busca por assistência médica (STEINBERG et al., 2006). Pode-se dizer ainda que além da barreira comunicacional, as especializações da medicina, geram uma nova problemática na aproximação do doente com o médico, uma vez que o paciente passa a ser assistido apenas no âmbito relacionado àquela especialidade.

3.1.6 As consequências da falha da comunicação no atendimento

Apesar do modelo Contractualista ser considerado ideal, não é isso que ocorre no atendimento de saúde a uma pessoa com surdez, pois no cenário atual,

os médicos não estão capacitados para o cuidado ao paciente surdo, devido ao desconhecimento da LIBRAS (BARNETT, 2002). Assim, com a comunicação inadequada, há ausência da inclusão dos aspectos não-verbais da linguagem, bem como erros no diagnóstico e no tratamento de doenças. Os médicos, então, na tentativa de melhorar a relação/comunicação com o paciente surdo e a qualidade da assistência à saúde, fazem uso de outras formas de comunicação como figuras e desenhos (STEINBERG, 2006).

Portanto, admite-se que o estabelecimento de uma relação médico-paciente eficaz é uma ferramenta complexa, devendo ser iniciado no primeiro contato com o indivíduo e que o conhecimento da Língua de Sinais é um recurso de comunicação que precisa ser conhecido e valorizado na prática das ações em saúde juntamente com a interpretação de seus gestos e expressões faciais/corporais (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

3.2 O USO DA LIBRAS E O LOCAL SOCIAL DO SURDO

3.2.1 O Conceito de LIBRAS

A LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), tem sua origem baseada na língua de sinais francesa e representa a comunicação utilizada por pessoas com surdez, não sendo uma medida paliativa encontrada por essas pessoas para se comunicar, mas sim, caracterizando-se como a língua oficial dos surdos na forma gestual. Assim, por ser a forma natural de comunicação dos surdos, essa língua visual-espacial (RUBIO; QUEIROZ, 2014), permite a transmissão de informações, bem como a interação entre os indivíduos da comunidade surda.

Além disso, a Língua de Sinais não é universal, tendo cada país sua própria língua, assim como ocorre com a língua portuguesa, inglesa, alemã, entre outras. Vale ressaltar também, que a LIBRAS não é a tradução da língua portuguesa, mas sim uma outra língua com características próprias (MUNCINELLI, 2013).

3.2.2 A LIBRAS e seus parâmetros

Assim como as características estruturais do tipo sintáticas, semânticas e morfológicas, a LIBRAS possui cinco parâmetros que auxiliam no momento da

produção dos gestos. Dentre eles estão: Configuração das Mãos (CM), Pontos de Articulação (PA), Movimento (M), Orientação (O) e Expressão facial. No entanto, os parâmetros dominantes são Configuração das Mãos, Pontos de Articulação e Movimento, sendo definidos como unidades mínimas (fonemas) que constituem morfemas nas línguas de sinais, de forma análoga aos fonemas que constituem os morfemas nas línguas orais (QUADROS; KARNOPP, 2004).

A Configuração das Mãos representa a forma que uma ou duas mãos realizam sinais sem se restringir às configurações do alfabeto manual (datilologia). É importante lembrar também, que uma mesma CM, pode ser usada para representar diferentes sinais, isso vai depender dos demais parâmetros. Já o Ponto de Articulação, se refere a região onde os sinais são articulados, podendo ser no espaço neutro ou tocando em alguma parte do corpo. Com relação ao Movimento e a Orientação, os mesmos indicam respectivamente, os movimentos e a direção destes que podem ou não ser feitos na formulação dos sinais. Por fim, a Expressão facial/corporal é a representação dos sentimentos através da expressão que se faz no rosto ou tronco (QUADROS; KARNOPP, 2004).

3.2.3 A história da educação dos surdos associada ao uso da LIBRAS

No decorrer da história, o indivíduo surdo sofreu concepções negativas, pois na antiguidade era visto como um ser penalizado pelos deuses ou alvo de feitiçaria, sendo quase sempre abandonado pela família ou sacrificado. Essa condição desumana a qual a pessoa com surdez estava submetida, era também associada à Bíblia, que alegava que a forma de comunicação com Deus era por meio da voz, sendo os surdos oprimidos por não conseguirem escutar e conseqüentemente, falar (SACKS, 1998).

Posteriormente, no século XV, tinha-se a ideia de que as pessoas surdas não conseguiriam ser educadas, vivendo à margem da sociedade e sem nenhum tipo de cidadania. Então, buscando modificar essa visão, o cientista italiano Girolamo Cardano, preocupou-se em educar os surdos alegando que os mesmos, assim como qualquer pessoa, deveriam ter esse direito garantido. A partir daí, se iniciaram distintas metodologias para incluir as pessoas com surdez, algumas utilizando apenas a linguagem oral, mas outras acreditando na língua espaço-visual, que havia sido criada pela comunidade surda (REIS, 1992). Seguido a isso, durante

o século XVI, na Espanha, o monge beneditino Pedro Ponce de Leon, ensinou 4 crianças surdas a falar/oralizar grego, latim e italiano, bem como os conceitos de física e astronomia, desenvolvendo também a datilologia (representação manual das letras do alfabeto) e criando uma escola de professores surdos juntamente com Juan Martin Pablo Bonet (GOLDFELD, 1997).

Já em 1750, na França, o Abade Charles Michel de L'Epée, aproximou-se dos surdos moradores de rua e com eles aprendeu a Língua de Sinais, criando os chamados "Sinais Metódicos", uma representação da junção da Língua de Sinais com a gramática sinalizada francesa. Em seguida, fundou em sua própria casa uma escola pública para surdos, acreditando na necessidade da educação para todas as pessoas, indiferentemente da sua condição financeira. Nessa mesma época, Samuel Heinick, na Alemanha, trouxe noções da filosofia educacional oralista, rejeitando a Língua de Sinais e acreditando apenas na linguagem oral. Com isso, as ideias de ensino de L'Epée e Heinick se confrontaram, mas as concepções de L'Epée tiveram um maior respaldo (GOLDFELD, 1997).

Por conseguinte, no século XVIII, período de evolução da comunidade surda, houve a criação em larga escala de colégios para surdos, obtendo-se, assim, avanços na integração dos mesmos com relação ao domínio de diversos assuntos e a execução de várias profissões. No ano de 1815, Thomas Hopkins Gallaudet, professor americano com interesse na educação dos surdos, aprendeu o método manual de Abade L'Epée e criou nos Estados Unidos a primeira escola permanente para surdos, na qual ficaria conhecida como Comunicação Total (GOLDFELD, 1997). A partir de 1821, a escola americana começou a introduzir em seu ensino a American Sign Language (ASL), com bastante influência dos sinais franceses, e, dessa forma, o ensino dos surdos progrediu, pois agora poderiam aprender disciplinas ministradas em Língua de Sinais.

Seguido a isso, no ano de 1880, em Milão, houve o Congresso Internacional de Educadores de Surdos, em que por votação, o resultado do mesmo foi a proibição do ensino da Língua de Sinais, sendo o maior defensor da vertente oralista, o cientista Alexander Graham Bell. Então, no século XX, a Língua de Sinais deixa de ser ensinada e inicia-se o oralismo, havendo, portanto, uma queda no nível de escolarização dos surdos, uma vez que não conseguiam obter desenvolvimento como anteriormente com o uso da linguagem não verbal. Por fim, o oralismo teve o seu domínio até a década de 1970, ano em que Willian Stokoe com seu artigo "Sign

Language American Deaf” mostrou para a sociedade que a ASL era uma língua assim como todas as outras e que por isso deveria ser aprendida, reconhecida e valorizada (GOLDFELD, 1997).

3.2.4 Normatização da LIBRAS

A LIBRAS foi estabelecida, na lei nº 10.436/2002 como a língua oficial para as pessoas surdas, sendo fundamental no entendimento dos direitos da pessoa surda e criada para uso apenas no Brasil (BRASIL, 2002). Essa lei, define a LIBRAS como um sistema “de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria” para “transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil” (BRASIL, 2002), além de dar indícios da institucionalização do apoio ao uso e à difusão da Língua de Sinais, bem como da garantia de atendimento/tratamento adequado às pessoas com surdez. Além disso, aborda sobre os sistemas de formação superior que devem ter a disciplina de LIBRAS como parte integrante do currículo. Vale ressaltar, que a lei nº 10.436/2002, foi regulamentada por meio do Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL. DECRETO N. 5.626, 2005), que priorizou mudanças essenciais para inclusão social do surdo.

Com relação a acessibilidade dos surdos, está em vigor o Decreto Federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que estabelece, especificamente no artigo 6º, que deve haver tratamento diferenciado para as pessoas surdas dar por meio de intérpretes ou de pessoas capacitadas em Libras nos órgãos públicos, nas empresas prestadoras de serviços públicos e nas instituições financeiras (BRASIL. DECRETO N. 5.296, 2004).

É importante salientar também, a existência da Lei nº 8.160/1991, que tem como principal destaque a caracterização de símbolo para identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva, o Símbolo Internacional de Surdez (BRASIL, 1991). A intenção é identificar publicamente os locais que possibilitem acesso, circulação e utilização de surdos, bem como os serviços postos à disposição destes. Com relação ao estado do Piauí, o mesmo garante por meio da Constituição Federal, o direito dos surdos nas áreas da educação e no meio da comunidade ouvinte, declarando que a experiência visual do surdo não pode ser um obstáculo para sua participação social, pois possuem uma língua como qualquer outro

cidadão, podendo, assim, participar das atividades diárias dos ouvintes, por meio do uso da Língua de Sinais (FERREIRA; ARAÚJO; BORGES, 2006).

3.2.5 A prática da Língua de Sinais na área médica

Há um prejuízo enorme na saúde da comunidade surda, quando um médico de qualquer nível de complexidade, não possui domínio da LIBRAS, pois, dessa forma, há déficit no atendimento, acompanhamento e tratamento da população. Portanto, empreender o uso das LIBRAS no ato médico, contribui para eliminar a predisposição do surdo em ser um portador de deficiência, voltando-se para um aspecto de integração social de sua condição, em que o profissional de saúde deve atender a todos os pacientes de forma humanizada e inclusiva.

Com isso, a preocupação com o bem-estar das pessoas com surdez, antes desassistidas pelos distintos setores sociais, vem sendo ampliada, inclusive pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, observa-se que tanto médicos quanto outros profissionais da saúde, estão buscando aperfeiçoamento em LIBRAS, a fim de melhor atender/acolher as pessoas com surdez (DIAS, 2017).

Portanto, o profissional moderno deve possuir uma visão holística do ser com o intuito de proporcionar estabilidade emocional ao usuário, para que ocorra promoção, proteção e recuperação da saúde. Além de saber utilizar a comunicação eficaz, o médico necessita ter um pensamento ético e humanizado, conscientizando-se de suas carências profissionais e buscando a cada dia uma maior capacitação, pois assim conseguirá agir como agente transformador na instituição de saúde (CHAVEIRO; PORTO; ALVES, 2008).

3.2.6 O suporte social da pessoa com surdez

Presume-se que a família é a principal fonte incentivadora para que a criança surda tenha contato com sua língua natural, sendo crucial o apoio da mesma quando essa criança é diagnosticada com surdez (KELMAN, 2010). No entanto, muitas vezes os pais possuem um misto de resistência e preconceito em admitir que seus filhos sejam surdos e conseqüentemente, aceitar que aprendam a Língua de Sinais,

o que acaba prejudicando o desenvolvimento cognitivo, emocional e inclusive a formação de valores culturais e morais imprescindíveis para a criação do indivíduo (COSTA, 2011). Nesse contexto, muitas crianças são acompanhadas por fonoaudiólogos com o objetivo único de oralizar, e, como isso não ocorre, ao serem inseridas nas escolas, as mesmas têm dificuldade de aprendizado e não conseguem seguir o raciocínio do restante da turma, sentindo-se desassistidas e excluídas socialmente, bem como estendendo esses sentimentos para a adolescência e vida adulta (KELMAN, 2010).

Destarte, a participação de todos os pilares familiares é importante na construção da identidade do indivíduo, (SCHEMBERG; GUARINELLO; MASSI, 2012), pois é no meio familiar que ocorre o primeiro estabelecimento de vínculos e relações, sendo os parentes também, a base de formação dos pensamentos e perspectivas de vida do sujeito frente à sociedade (STELLING, 1999). Para isso, a família precisa ter consciência da importância da valorização da Língua de Sinais perante o desenvolvimento da pessoa com surdez e desacreditar que o português oralizado consiste em uma língua imperativa e que por isso, todos os meios devem se adequar a ele, sendo qualquer outra forma de comunicação considerada como inferior.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, F.S.; MARCUCCI, R.M.B. Uso da Linguagem Brasileira de Sinais na comunicação enfermeiro-paciente portador de deficiência auditiva. *Rev Enferm UNISA*, 2009;10(2), p.144-8.

BARNETT, S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education. **Acad Med**, 2002;77(7), p. 694-700.

BRASIL. (1991). Lei Federal N.8.160 de 8 de janeiro de 1991:. Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8160.htm>. Acesso em: 10 mar. de 2018.

BRASIL. (2002). Lei Federal N. 10436 de 24 de abril de 2002: Oficializa a Língua Brasileira de Sinais em território nacional. Brasília 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm>. Acesso em: 15 mar. de 2018.

BRASIL. (2004). Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 - DOU de 03/122004. Acesso em: 20 out. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em 16 mar. 2018.

COSTA, RITA M. R. Relato da influência da família no processo de inclusão de uma aluna surda. Brasília, 2011. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2932/1/2011_RitaMaraReisCosta.pdf . Acesso em: 15 de maio de 2019.

Decreto n. 5.626, de 22 de dezembro de 2005: regulamenta a Lei n. 10.436, sancionada em 24 de abril de 2002, a qual dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais Libras e o art. 18 da Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 dez. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.o 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília; 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. Enferm.**, USP 2005, v. 39, p. 417-22.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; ALVES, B. M. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, set. 2008, pp. 578-583. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a22.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

CASSEL, E., 1982. The nature of suffering and the goals of medicine. **New England Journal of Medicine**, pp. 639-645. Disponível em:

<<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198203183061104>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

DIAS, A.; RESENDE et al. Libras na formação médica: possibilidade de quebra da barreira comunicativa e melhora na relação médico-paciente surdo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 209-214, dec. 2017. ISSN 1679-9836. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/131619/136633>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

FELLINGER, J.; HOLZINGER, D.; DOBNER, U.; GERICH, J.; LEHNER, R.; LENZ, G. et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. **Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** Setembro 2005, v. 40, p. 737-42. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-005-0936-8>>. Acesso em 12 abr. 2018.

FERREIRA, A. C. D. A.; ARAÚJO, X.; BORGES, C. S. S. O INTÉRPRETE DE LIBRAS NO SISTEMA EDUCACIONAL DE TERESINA-PIAUÍ.

FOLKINS, A; SADLER, G.R.; KO, C; BRANZ, P.; MARSH, S.; BOVEE, M. Improving the deaf community's access to prostate and testicular cancer information: a survey study. **BMC Public Health**. 2005, v.5, n.63, p.1-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1180455/pdf/1471-2458-5-63.pdf>>. Acesso em: 16 maio 18.

GADAMER, H. G. **Dove si Nasconde la Salute**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.

GOLDFELD, M. A criança surda. São Paulo: Pexus, 1997.

GOLDIN, J.R.; FRANCISCONE, C.F. Modelos de relação médico-paciente [homepage na Internet]. [Atualizada em 07 Set 1999]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>>. Acesso em 04 abr. 2018.

KELMAN, C.A et al. Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar. Brasília: Editora UnB, 2010.

MUNCINELLI, S. E. (2013). Libras: Língua Brasileira de Sinais. Revista Extensão em Foco, Caçador, 1(1), 27-33.

QUADROS, R. M.; KARNOPP, L. B. **Língua de sinais brasileira**: estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIS, V.P.F. **A criança surda e seu mundo**: o estado da arte, as políticas e as intervenções necessárias. 246f. Dissertação de Mestrado (n.p.). Vitória, UFES, 1992.

RIBEIRO M.M.F., AMARAL C.F.S. Cuidado centrado no paciente e ensino médico: a importância de cuidar e compartilhar . Rev Bras Educ Med 2008; 32 (1) 90-97.

ROCHA, B., GAZIN, C. C., PASETTO, C. V., & Simões, J. C. (2011). Relação médico-paciente. Revista do Médico Residente, 13(2), 114-118.

RUBIO, J. A. S.; QUEIROZ, L. S. A aquisição da Linguagem e Integração Social: a LIBRAS como formadora de identidade do surdo. São Roque (SP): Faculdade de São Roque, **Revista Eletrônica Saberes da Educação**, vol. 5, nº 1, 2014. Disponível em <<http://docplayer.com.br/4730661-A-aquisicao-da-linguagem-e-a-integracao-social-a-libras-como-formadora-da-identidade-do-surdo.html>>. Acesso em: 04 abr. 2018.

SACKS, Oliver. **Vendo vozes**: uma viagem ao mundo dos surdos. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SCHEMBERG, S.; GUARINELLO, A. C.; MASSI, G. O ponto de vista de pais e professores a respeito das interações linguísticas de crianças surdas. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília (SP), v.18, n.1, Jan./Mar. 2012, p.07-32.

STELLING, E. P. A relação da pessoa surda com sua família. **Revista Espaço**, v.23, n.11, 1995, p. 45-47.

STEINBERG, A.G; BARNETT, S.; MEADOR, H,E; WIGGINS, E.A; ZAZOVE, P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. **J Gen Intern Med**, v. 21, n. 3, Mar. 2006, p.260-266.

SOAR FILHO EJ. The client-doctor interaction. *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44:35-42.

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A ENTREVISTA CLÍNICA:
PERCEPÇÃO DO SURDO/ MEDICAL-PATIENT RELATIONSHIP DURING
CLINICAL INTERVIEW: PERCEPTION OF DEAF**

INTRODUÇÃO

A comunicação é a essência de um exame clínico eficaz, pois através dela, o médico detecta não somente sintomas, mas também os sinais do paciente, uma vez que estes constituem-se de aspectos subjetivos e só podem ser identificados através de uma relação médico-paciente com qualidade e assistência adequada por meio da interação comunicacional ⁽¹⁾. Somente dessa forma, a mensagem do paciente surdo será compreendida sem que haja comprometimento do diagnóstico e da ação terapêutica.

Compreender a importância da comunicação verbal e não verbal é de suma relevância para todos os profissionais, pois é a partir disso que se consegue alcançar as relações interpessoais, acarretando no compartilhamento de

informações entre o emissor e o receptor ⁽²⁾. Além disso, no entendimento desse compartilhamento, alcança-se experiência, sendo esta, a base essencial para adquirir o conhecimento. Percebe-se assim, que o compartilhamento de informações se faz necessário em qualquer tipo de interação, especialmente quando se diz respeito a relação médico-paciente, visando um atendimento holístico e humanizado, bem como diálogo eficaz com o usuário do serviço de saúde para uma medicina mais resolutiva. Dessa forma, uma pessoa diagnosticada com surdez, necessita deste tipo de atendimento principalmente no que diz respeito a equidade e integralidade ⁽³⁾.

A LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), como uma forma de comunicação e expressão que utiliza o sistema linguístico de natureza visual-motora com a sua própria gramática, é reconhecida como meio legal de comunicação, representando um marco na luta da comunidade surda e a garantia de inclusão social ^(4,5). A lei rege que as instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva de acordo com as normas legais. Apesar disso, observa-se no cenário atual, a escassez do conhecimento da Língua de Sinais pelos profissionais médicos e a falta de intérpretes dentro de Unidades Básicas e Hospitais, o que deveria ser garantido por lei e que gera, conseqüentemente, desafios de acessibilidade, especialmente no que tange os princípios doutrinários e organizativos do SUS (Sistema Único de Saúde), defendidos pela Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela lei nº 8.080/1990 ⁽⁶⁾.

O paciente surdo deve ter a garantia do direito à ética médica com relação ao sigilo médico ⁽⁷⁾. As informações fornecidas ao profissional de saúde e mantidas em prontuário se revestem em caráter de confidência, podendo o paciente transmitir

todas as suas intimidades, sem constrangimento ou medo de ter exposição para o meio social.

Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010, contabilizaram 9,7 milhões de pessoas com características de perda auditiva, sendo um fato preocupante, visto que a maioria desses indivíduos, cerca de um milhão, são jovens com menos de 19 anos de idade ⁽⁸⁾. Ou seja, há um número alarmante de pessoas com surdez que buscam os serviços de saúde e que para comunicar-se utilizam a LIBRAS, sendo esta língua pouco ou não utilizada por médicos. Em virtude disso, é pertinente que esses profissionais adquiram proficiência na Língua de Sinais, como forma de integração dos surdos não somente no âmbito da saúde, mas também da educação e da cultura.

Diante desse cenário, se faz necessário a análise e construção discursiva do vínculo estabelecido entre médico e o paciente surdo, além de investigar como essa relação acontece, para viabilizar um atendimento humanizado ⁽⁹⁾.

OBJETIVO

Identificar a percepção do paciente surdo acerca da relação médico-paciente estabelecida no atendimento e no cuidado médico durante a anamnese clínica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, de natureza aplicada com caráter de pesquisa exploratória, uma vez que utilizou o conhecimento adquirido para aplicação na sociedade ⁽¹⁰⁾. O método de análise empregado nessa pesquisa foi o de Bardin, devido ao uso da análise da comunicação através de técnicas que permitem a inferência de conhecimentos relativos existentes na interação entre os indivíduos.

Nessa situação, foi utilizado fechamento por saturação teórica, onde aconteceu a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos começaram a apresentar redundância ⁽¹¹⁾.

No que se refere à coleta de informações, esta foi realizada através de entrevista com a comunidade surda da cidade de Parnaíba, Piauí. O grupo de pesquisados foi constituído por pacientes maiores de 18 anos, do sexo masculino e feminino, com diagnóstico de surdez severa comprovado por laudo médico e que fazem uso da LIBRAS.

Inicialmente os pesquisadores foram a campo implementar as ações previstas no projeto referentes à coleta de dados através da busca ativa de pacientes surdos em suas residências e no IESVAP (Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba) na cidade de Parnaíba. Posteriormente, em reunião, as pessoas com surdez foram convidadas a participar da pesquisa, bem como foram esclarecidas em relação aos objetivos da mesma, e, manifestando seu aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil com o CAAE 96423118.3.0000.0014. Nesse contexto, foram marcadas data e hora para a entrevista, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Os dados foram coletados pelos pesquisadores através de entrevista utilizando a LIBRAS para subseqüentes respostas em questionário sociodemográfico e em roteiro de entrevista semiestruturado.

Seguindo a isso, as respostas foram transcritas em português para o *Miscrosoft Word 2010* respeitando a construção sintática dos entrevistados e analisados segundo análise temática do conteúdo ⁽¹²⁾. O procedimento de busca de informações, baseou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, número 466, de 2012.

Por fim, os pesquisadores preencheram o roteiro e as descrições de atendimento foram registradas por meio de vídeos, em que os surdos assinaram o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz. Mais tarde, todas as informações coletadas foram mantidas sob a guarda da orientadora responsável pelo projeto. Ademais, a identidade dos entrevistados foi mantida sob sigilo e confidencialidade.

RESULTADOS

A pesquisa teve um grupo de trabalho de oito entrevistados, sendo dois homens e seis mulheres, com idade entre 29 e 41 anos, procedentes da cidade de Parnaíba, Piauí, possuindo diagnóstico de surdez comprovada, sendo um paciente portador da forma adquirida. Dos entrevistados, cinco eram solteiros, dois casados e um divorciado. Aliado a isso, apenas três entrevistados trabalham e somente um possui ensino superior completo, sendo este o paciente com surdez adquirida, os outros cinco entrevistados estão desempregados, nos quais quatro têm ensino fundamental incompleto, dois, ensino médio incompleto e um, ensino superior incompleto. Ademais, cinco pacientes recebem aposentaria por invalidez, o que os “impede” de trabalhar e nenhum deles reconhece a UBS como porta de entrada na rede de atenção. Esse desconhecimento, ocorre devido à redução de busca ativa por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como da equipe multidisciplinar aos pacientes vulneráveis, implicando na procura reduzida das pessoas com surdez ao atendimento médico.

Foram feitas um total de 12 perguntas baseadas em questionário semiestruturado a respeito da percepção do paciente com surdez sobre a

assistência médica. Com isso, foram categorizadas nos seguintes temas: 1) Sentimentos frente à barreira comunicacional; 2) Comunicação médico – paciente surdo durante a entrevista clínica e exame físico; 3) Inexistência da abordagem centrada na pessoa; 4) Presença ou ausência de acompanhante na consulta; 5) Sentimentos e expectativas frente a um médico fluente em LIBRAS; 6) Meios de comunicação utilizados pelos médicos durante a consulta.

CATEGORIA 1: SENTIMENTOS FRENTE À BARREIRA COMUNICACIONAL

A falta do conhecimento da LIBRAS pelos médicos dificultou a comunicação com os surdos. Os entrevistados relataram alguns sentimentos durante a entrevista clínica, sendo prevalentes a tristeza, o medo e a insegurança, evidenciado nas falas a seguir.

Entrevistado 1: *“Se estou me sentindo mal por uma doença, me sinto ainda pior durante o atendimento por não ser compreendido. ”*

Entrevistado 4: *“Me sinto triste, pois o médico não olha para mim do início ao fim da consulta. Ele apenas fala com minha mãe e eu não entendo absolutamente nada.”*

Entrevistado 7 *“Eu sinto tristeza, não por estar doente, mas porque o médico não olha para mim e então me sinto mal por ser surda”.*

Entrevistado 8: *“Me sinto triste e insegura porque o médico não fala comigo.”*

CATEGORIA 2: COMUNICAÇÃO MÉDICO – PACIENTE SURDO DURANTE A ENTREVISTA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Dos oito entrevistados, a maioria relatou que a relação com o médico era distante, pois este não entendia o que o paciente surdo estava sentindo. Além disso, foram evidenciados sentimentos de desprezo e indignação por parte dos surdos pelo fato dos médicos conversarem e olharem diretamente para o acompanhante, excluindo o paciente da consulta.

Entrevistado 1: *“A relação com o médico foi ruim desde o início. A comunicação estava difícil e não tinha como ele ser meu amigo. Eu gosto apenas quando vai um intérprete comigo.”*

Entrevistado 2: *“Espere, eu sou surda, pare por favor!” (Ele continuava falando e em seguida, fez o exame físico e algumas anotações).”*

Entrevistado 3: *“O médico fala com minha mãe, não comigo. Ele fala com ela e eu fico esperando, observando, sem entender nada. Quando vou ao médico ele faz o exame físico às vezes, mas não me explica sobre.”*

Entrevistado 4: *“No passado, eu considerava os médicos como amigos, acho que isso acontecia porque nos entendíamos, mas agora os médicos falam e eu não entendo. Então, acho isso ruim, não tenho como criar vínculo com alguém que não me entende (face de raiva).”*

Entrevistado 5: *“O médico não falou quando foi fazer o exame, quando chegou na hora, ele só colocou um aparelho em mim, sem explicar nada sobre isso.”*

Entrevistado 6: *“Meu marido tem vínculo com o médico, eu não. Eu me sinto desprezada pelos médicos ouvintes.”*

Entrevistado 7: *“Eu realmente me sinto ignorada. Preciso de um intérprete em todas as consultas, não sei quando isso vai mudar, por isso não sou amiga dos médicos.”*

CATEGORIA 3: INEXISTÊNCIA DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Durante a consulta, foi referido por todos os surdos que os médicos não questionavam sobre os vínculos e as relações familiares, despertando nos pacientes sentimentos negativos.

Entrevistado 1: *“O médico não perguntou sobre minha família (face de tristeza). Eu e minha mãe brigamos muito, tem muita briga em casa, mas o médico não quis saber disso.”*

Entrevistado 4: *“Nunca nenhum médico me perguntou se eu passava por problemas familiares ou problemas pessoais.”*

Entrevistado 7: *“Na minha família tenho vários problemas porque eu sou a única surda, me sinto incompreendida, mas o médico nunca perguntou sobre isso.”*

Entrevistado 8: *“A comunicação com o médico é ruim e ele não pergunta nada de família, pergunta apenas o que eu sinto para minha amiga intérprete e depois me manda embora.”*

CATEGORIA 4: PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ACOMPANHANTE NA CONSULTA

A presença no momento da consulta de um acompanhante, teve aspecto positivo, pois os surdos não se sentiam envergonhados e ficavam mais seguros devido ao acompanhante servir como um facilitador da comunicação entre o médico e o entrevistado.

Entrevistado 1: *“Não costumo ir sozinho, mas sim com um amigo ou com minha mãe, eles que falam com o médico por mim. Não tenho vergonha deles, pois me ajudam.”*

Entrevistado 2: *“Quando vou sozinha, cumprimento o médico e explico o que estou sentindo, mas ele não entende nada. Digo que estou fraca, mas ele continua sem entender. Então, é necessário que minha mãe me acompanhe para que ela me explique tudo depois. Não tenho vergonha dela, na verdade eu gosto quando ela vai comigo.”*

Entrevistado 4: *“Vou ao médico junto com minha mãe e não tenho vergonha dela.”*

Entrevistado 6: *“Costumo ir acompanhada com o meu marido e não tenho vergonha dele, pois ele me ajuda a entender tudo depois da consulta.”*

CATEGORIA 5: SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS FRENTE A UM MÉDICO FLUENTE EM LIBRAS

Os entrevistados relataram como se sentiriam sendo atendidos por médicos fluentes em LIBRAS e nesse questionamento, demonstraram que ficariam felizes se fossem avaliados por médicos que utilizassem a Língua de Sinais para se comunicar.

Entrevistado 1: *“Seria muito melhor, eu adoraria. É muito importante que os médicos saibam LIBRAS.”*

Entrevistado 2: *“Me sentiria muito feliz (face de alegria). Quando eu percebo que o médico não sabe LIBRAS, eu fico muito triste, com medo de morrer. Mas quando tem um intérprete ou o médico sabe, fico emocionada!”*

Entrevistado 3: *“Gostaria muito que o médico soubesse LIBRAS, seria ótimo.”*

Entrevistado 4: *“É muito importante que o médico saiba LIBRAS, não somente por saber, mas para aprender a se comunicar com outro tipo de paciente, aquele que possui surdez.”*

Entrevistado 5: *“É meio complicado, eu não conheço nenhum médico que saiba LIBRAS e até já me acostumei com isso. Acho que se o médico souber LIBRAS, é apenas um “pouquinho”, mas mesmo assim é importante saber, eu ficaria muito feliz.”*

Entrevistado 7: *“Eu me sentiria feliz se os médicos pudessem falar comigo, olhar para mim e explicar tudo o que preciso saber. Os médicos precisam parar de ficar somente oralizando e aprender pelo menos um pouco de LIBRAS.”*

CATEGORIA 6: MEIOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS PELOS MÉDICOS DURANTE O ATENDIMENTO

Os meios de comunicação de uso mais prevalente pelo médico foram a verbalização e a escrita. Apenas um paciente surdo foi atendido por um médico que sabia LIBRAS, mas ainda assim, este preferia verbalizar e comunicar-se com a acompanhante do paciente, tornando inviável a comunicação eficaz e a formação de vínculo.

Entrevistado 1: *“O médico usou apenas a escrita, no receituário. Não olhou para mim, apenas para o meu acompanhante.”*

Entrevistado 3: *“O médico de Teresina, sabia um pouco de LIBRAS e a utilizou, mas falava mais com minha mãe.”*

Entrevistado 6: *“O médico não usou LIBRAS e isso foi muito difícil. Ele escreveu, mas mesmo assim não entendi.”*

Entrevistado 7: *“Quando vou ao médico ele apenas fala e escreve, utiliza o papel mostrando como tenho que usar o remédio, eu não entendo nada, mas já me acostumei com essa situação de desprezo.”*

Entrevistado 8: *“O médico não sabe LIBRAS. Ele não escreveu, não desenhou, não olhou para mim nenhuma vez, apenas falava.”*

DISCUSSÃO

Foi observado que os entrevistados têm sentimentos de medo e frustração por não serem compreendidos por uma figura que na teoria deveria curá-los. Esses sentimentos surgem, pois não há comunicação efetiva entre o médico e o paciente surdo, prejudicando o atendimento e a criação de vínculo. Além disso, a ausência dessa comunicação efetiva, com o compartilhamento de informações adequado, não contribui com a resolução de problemas do paciente e dificulta a entrevista clínica, especialmente pelo déficit dos profissionais de saúde em LIBRAS ⁽¹³⁾.

O decreto 5.626/2005 que regulamentou a lei nº 10.436/2002, estabelece no artigo 25 do capítulo VII, que o SUS deve garantir atenção integral à saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando o atendimento às pessoas com surdez na rede de serviços por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS ou para sua tradução e interpretação, bem como o apoio à capacitação e formação de profissionais do SUS para o uso da Língua de Sinais e sua tradução e interpretação ⁽¹⁴⁾. Apesar disso, como os médicos relacionados à pesquisa não sabiam LIBRAS, foi observado que não houve explicações para os pacientes surdos durante a anamnese e/ou o exame físico. Isso faz com que os entrevistados busquem menos os serviços de saúde, tanto por essa falta de conhecimento em LIBRAS por parte dos médicos, quanto pela ausência de intérprete que pudesse intermediar a comunicação ⁽¹⁵⁾.

O MCCP ((Método Clínico Centrado na Pessoa) deve ser aplicado em toda consulta e ele descrito como uma metodologia que visa alcançar a humanização da medicina ⁽¹⁶⁾. Esse método, é importante dado que compreende um atendimento de maneira integral, considerando as necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde dos pacientes, em que os usuários poderão relatar dados

subjetivos como sentimentos, expectativas e conhecimentos a respeito da saúde/doença. Diante disso, uma das abordagens desse método é sobre o contexto familiar e o mesmo não foi abordado por nenhum dos médicos da pesquisa, sendo mais uma causa do distanciamento e da formação de sentimentos negativos dos pacientes surdos em relação aos médicos. Dessa forma, os pacientes procuram atendimento acompanhados de uma terceira pessoa, que apesar de culminar na ausência de privacidade, atua como mediador/facilitador do diálogo médico-paciente.

Como a comunicação é um instrumento de fundamental importância no acolhimento dos serviços de saúde, a escassez ou falha na mesma, impossibilitam o trabalho dos profissionais, dificultando o atendimento inclusivo e humanizado ⁽¹⁷⁾. Dessa forma, os pacientes surdos da pesquisa, demonstraram que sentiriam grande satisfação, caso os médicos conversassem com eles em LIBRAS, uma vez que uma boa comunicação é relevante para a eficácia do exame clínico.

A falta de habilidade da utilização da língua de sinais associada com a falta de conhecimento de quem é a pessoa surda é um dos fatores que interferem na qualidade e assistência prestada pelos médicos. Ficou evidente nos depoimentos dos entrevistados a falta de conhecimento dos médicos sobre a utilização da LIBRAS no momento da consulta, utilizando na maior parte do atendimento a comunicação verbal. Outros entrevistados relataram que os médicos escreveram para explicar sobre o tratamento e conduta, porém os pacientes não entenderam, pois para estas pessoas o português é uma segunda língua, e como uma língua estrangeira, seu aprendizado é difícil ⁽¹⁸⁾.

Portanto, é perceptível que a comunicação com os surdos é negligenciada nos sistemas de saúde, sendo indiscutível a necessidade de conhecimento da

Língua de Sinais pelos médicos e outros profissionais da área para que haja avanços na assistência à saúde de forma integral e, conseqüentemente, ampliação da busca por atendimento ⁽¹⁹⁾. É preciso que os profissionais da saúde reconheçam os pacientes com surdez e busquem habilidades comunicacionais adequadas a eles, pois esses fatores interferem na qualidade do atendimento ⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Ficou perceptível a partir deste trabalho, como os pacientes surdos se sentem diante do atendimento médico, tendo em vista a presença de uma barreira comunicacional que impede a formação de vínculo durante as consultas e, conseqüentemente, acolhimento holístico e inclusivo, interferindo de forma negativa no diagnóstico, tratamento e prognóstico do usuário de saúde.

Dessa forma, foi possível compreender os aspectos subjetivos de uma consulta na visão do paciente, bem como realizar uma auto-análise a respeito da importância do reconhecimento da LIBRAS para atender com qualidade as pessoas com surdez, servindo como facilitadores do acesso dos surdos aos serviços de saúde e garantindo que os princípios de universalidade, equidade e integralidade sejam garantidos.

Aliado a isso, reconheceu-se o contexto social dos pacientes surdos que utilizam os serviços de saúde e as expectativas dos mesmos com relação ao processo comunicacional e garantia de seus direitos. Os pesquisadores, ao fazerem uso da LIBRAS durante as entrevistas, puderam de certa forma, reduzir a barreira comunicacional existente entre pessoas da área da saúde e pacientes surdos, sendo visualizado também a diminuição de sentimentos como tristeza e insegurança que estavam presentes nestes pacientes. Pretende-se com isso, proporcionar melhoria

do atendimento médico a médio prazo, garantindo inclusão e assistência plena das necessidades das pessoas com surdez.

REFERÊNCIAS

¹ MUNARI, D. B.; GODOY, M. T. H. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais de Maria Tereza Maldonado e Paulo Canella. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, P. 689-690, jul./ago. 2004. Disponível em: Acesso em 12 mar. 2013.

² SCHELLES, Suraia. A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações, Revista Esfera, Brasília, n. 1 Jan./Jun. 2008, p.01-08.

³ GROSSEMAN S, PATRÍCIO ZM. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da educação médica. Rev Bras Educ Méd. 2004 ; 28(2):99-105.

⁴ BRASIL. (2002). Lei n 10.436, 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,

Brasília, DF, 24 abr. 2002. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/99492/lei-de-libras-lei-10436-02>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

⁵ BRASIL. (2002) Lei. nº 10.436, 2002. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/revdia/article/viewFile/2851/1972>>. Acesso em: 12 março. 2018.

⁶ NORONHA, J.C.; PEREIRA, T.R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2013, vol. 3. p. 19-32. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kjwt/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

⁷ SAMPAIO, S.S.; RODRIGUES, F.W. Ética e Sigilo Profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, jan./mar. 201, p. 84-93.

⁸ BRASIL (2010). CARTILHA DO CENSO 2010. Pessoas com Deficiência. OLIVEIRA, Luiza Maria Borges. 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; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

⁹ CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; ALVES, B. M. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, set. 2008, pp. 578-583. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a22.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

¹⁰ GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

- ¹¹ FONTANELLA, B.J. RICAS, J. & TURATO, E.R. (2008). Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (1), 17-27.
- ¹² BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.
- ¹³ ABREU, J. C.; FREITAS, J. M. R.; ROCHA, L. L. V. A percepção dos surdos em relação ao sistema de comunicação das unidades de atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 9, n. 1, p. 06-11, 2015.
- ¹⁴ BRASIL. (2005). Decreto n. 5.626, de 22 de dezembro de 2005: regulamenta a Lei n. 10.436, sancionada em 24 de abril de 2002, a qual dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais Libras e o art. 18 da Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 23 dez. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 14 mar. 2018.
- ¹⁵ STEINBERG, A.G; BARNETT, S.; MEADOR, H,E; WIGGINS, E.A; ZAZOVE, P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. **J Gen Intern Med**, v. 21, n. 3, Mar. 2006, p.260-266.
- ¹⁶ McWhinney IR. Clinical Method. In: McWhinney. A textbook of family medicine. New York:Oxford;1997. p.129-178.
- ¹⁷ OLIVEIRA, I. L.; PAULA, M.A. LIMA, F.; Para além das ideias e planos: processos e estratégias de comunicação. *Propostas Conceituais para a Comunicação no Contexto Organizacional*. São Caetano do Sul: Difusão Editora; Editora Senac Rio. P.67-77, 2012.
- ¹⁸ CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; ALVES BARBOSA, Maria. Relação do paciente surdo com o médico. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 75, n. 1, 2009.
- ¹⁹ CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev. Esc. Enferm.**, USP 2005, v. 39, p. 417-22.

²⁰ McAleer M. Communicating effectively with deaf patients. Nurs Stand 2005; 20(19):51-4.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados pessoais

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: () M () F

Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Renda: _____ Cor: _____

Endereço: _____

Usuário da UBS: _____

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?
2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?
3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?
4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento? Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?
5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?
6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?
7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família? Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?
8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?
9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?
10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?
11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?
12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado colaborador (a),

Convidamos o (a) Sr (a). Para participar como voluntário da pesquisa intitulada como “A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO PROCESSO DE ANAMNESE CLÍNICA: O OLHAR DA COMUNIDADE SURDA” que se refere a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do (s) participante (s) Carolina Lustosa de Medeiros, Samuel Borges Arantes e Yndri Frota Farias Marques da graduação, o qual pertence ao Curso de Medicina do

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO PARNAÍBA, sob responsabilidade da Orientadora: Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos.

O(s) objetivo(s) deste estudo é identificar a percepção do paciente surdo acerca da relação médico-paciente estabelecida no atendimento e no cuidado médico durante a anamnese clínica.

Esperamos que os resultados deste trabalho contribuam para compreender a importância da LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) na relação entre o médico e o paciente surdo, alcançando-se assim, a troca eficaz de informações entre o emissor e o receptor. Além disso, notamos a relevância do atendimento holístico e humanizado para que o Sr(a). seja acolhido, compreendido e tenha seu direito de privacidade preservado.

Sua forma de participação consiste que nos ajude a entender melhor sobre sua percepção frente ao atendimento médico em sua comunidade. Para tanto, convidamos o(a) Sr(a). a participar voluntariamente deste projeto de pesquisa.

Caso o(a) Sr(a). Aceite, deverá passar por uma entrevista com os pesquisadores Carolina Lustosa de Medeiros, Samuel Borges Arantes e Yndri Frota Farias Marques. Durante a entrevista, um desses pesquisadores sentarão com o Sr(a). Em um local de sua escolha, que garanta conforto e privacidade e o (a) Sr(a). Responderá um questionário. No decorrer da entrevista, a conversa será filmada mediante sua autorização através da assinatura em Termo de Autorização de Uso de Imagem onde as imagens poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação áudio-visual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

Se o (a) Sr(a). Não desejar responder quaisquer uma das perguntas durante a entrevista, o(a) Sr(a). Pode dizer isso e o entrevistador passará para próxima pergunta. Apenas os três entrevistadores estarão presentes, a menos que o(a) Sr(a). Queira que outra pessoa esteja junta. As informações registradas e documentadas durante a pesquisa serão analisadas e estudadas por Carolina Lustosa de Medeiros, Samuel Borges Arantes, Yndri Frota Farias Marques e nossa orientadora Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos.

O Sr (a). Tem o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, daremos todas as informações que solicitar. Não será cobrado nada e não haverá gastos, decorrentes de sua participação e se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei. Além disso, seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Os resultados poderão

ser veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: O risco que a pesquisa oferece ao Sr(a)., seria relacionado ao desconforto e constrangimento no compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. No entanto, deixaremos claro que o (a) Sr(a). não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas em entrevista, caso sinta que a mesma é incômoda ou muito pessoal, assegurando que Sr(a). tenha o conforto sobre suas informações confidenciais.

São esperados benefícios de médio/longo prazo da sua participação nesta pesquisa, como a melhoria da comunicação e, conseqüentemente, da relação entre médico e paciente, favorecendo, assim, condutas diagnósticas e terapêuticas. Além disso, o Sr(a)., nos ajudará a compreender sua visão sobre o atendimento médico, a fim de que a mesma torne-se conhecida e valorizada pela comunidade científica.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos, Rua Antônio Gutemberg, N°1069, CEP 64204150, Parnaíba-PI.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador (a) da cédula de identidade/CPF de número _____, abaixo assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa/estudo A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO PROCESSO DE ANAMNESE CLÍNICA: O OLHAR DA COMUNIDADE SURDA, como VOLUNTÁRIO. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa. Eu discuti com o Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos ou qualquer um dos demais membros da equipe de

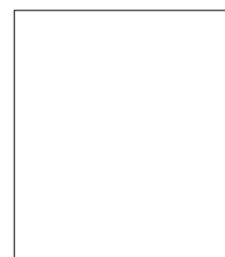
pesquisadores sobre minha decisão em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus possíveis desconfortos e riscos, e as garantias de sigilo e de esclarecimentos. Também ficou claro que minha participação é isenta de despesas. Concordo VOLUNTARIAMENTE em participar da pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido e receberei uma cópia deste documento.

E por estar de acordo, assino o presente termo.

Parnaíba, _____ de _____ de _____

Nome: _____

RG/CPF: _____



Impressão Digital

(Assinatura do sujeito participante da pesquisa ou representante legal)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa: Av. Filadélfia, 568, Setor Oeste - Araguaína/TO - CEP 77.816-540 – 63. Número: 3411 8588

Parnaíba, _____ de _____ de _____

Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos, autorizo expressamente a utilização da minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos e filmagens decorrentes da minha participação no Projeto de Pesquisa do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (IESVAP).

Programa: Trabalho de Conclusão de Curso.

Título do Projeto: “A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO PROCESSO DE ANAMNESE CLÍNICA: O OLHAR DA COMUNIDADE SURDA”.

Pesquisadores: Carolina Lustosa de Medeiros, Samuel Borges Arantes e Yndri Frota Farias Marques.

Orientador(a): Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos.

Objetivos principais: Identificar a percepção do paciente surdo acerca da relação médico-paciente estabelecida no atendimento e no cuidado médico durante a anamnese clínica.

As imagens e a voz poderão ser exibidas: nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação audiovisual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, em festivais e premiações nacionais e internacionais, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

Os acadêmicos estão autorizados a executar a edição e montagem das fotos e filmagens, conduzindo as reproduções que entenderem necessárias, bem como a produzirem os respectivos materiais de comunicação, respeitando sempre os fins aqui estipulados.

Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos a minha imagem e voz ou qualquer outro.

Parnaíba, ____ de _____ de ____

Assinatura

Nome: _____

RG.: _____

CPF: _____

Telefone1: () _____ Telefone 2: () _____

Endereço:

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO SOBRE OS RESULTADOS DA PESQUISA

DECLARAÇÃO SOBRE OS RESULTADOS DA PESQUISA

Eu, Any Carolina C. G. Vasconcelos, pesquisador (a) responsável pela pesquisa intitulada: "A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO PROCESSO DE ANAMNESE CLÍNICA: O OLHAR DA COMUNIDADE SURDA" declaro que os resultados da pesquisa serão publicados sendo favoráveis ou não. Vale ressaltar que o sujeito da pesquisa tomará conhecimento dos resultados anteriormente à publicação da mesma.

Parnaíba – PI, 18 de junho de 2018.

Atenciosamente,



Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

APÊNDICE E – DECLARAÇÃO SOBRE USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL



DECLARAÇÃO SOBRE USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL COLETADOS

Eu, Any Carolina C. G. Vasconcelos, responsável pela pesquisa intitulada A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO PROCESSO DE ANAMNESE CLÍNICA: O OLHAR DA COMUNIDADE SURDA declaro fazer uso dos materiais e dados coletados somente para fins acadêmicos.

Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais. Somente o pesquisador (a) responsável e os acadêmicos participantes terão conhecimento dos dados.

Parnaíba – PI, 18 de junho de 2018

Prof. Ma. Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

COLETADOS

APÊNDICE F – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR



TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Any Carolina C.G. Vasconcelos, (Fisioterapeuta, CREFITO 37117-F Crefito 3) responsável principal pelo projeto de graduação do(s) participante(s), Carolina Lustosa de Medeiros, Samuel Borges Arantes e Yndri Frota Farias Marques o qual pertence ao curso de Medicina da venho, por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o trabalho intitulado Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba, bem como, manter sob sigilo a identificação dos participantes, a cujas informações terei acesso.

Respeitando, assim os preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde.

Parnaíba – PI, 18 de junho de 2018

Atenciosamente,

Prof. M^a Any Carolina Cardoso
Guimarães Vasconcelos

APÊNDICE G – CARTA DE ENCAMINHAMENTO**CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

Parnaíba, 09 de agosto de 2018.

De: Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

Para: Uana Saraiva Braga Valtuille

Encaminho a Vossa Senhoria o projeto de pesquisa intitulado: “Relação médico paciente no processo de anamnese clínica: o olhar da comunidade surda”, de minha autoria, com o objetivo de que seja analisado e feitas as considerações necessárias para o desenvolvimento do mesmo.

Segue em anexo os seguintes documentos:

- Folha de Rosto
- Projeto de Pesquisa
- Termo de Anuência
- Declaração sobre os resultados da pesquisa.
- Termo de Consentimento Livre Esclarecimento
- Questionário de Pesquisa (se houver)
- Roteiro de Entrevistas (se houver)
- Declaração sobre uso e destinação de material e dados coletados.

Aguardo resposta para os futuros encaminhamentos.

Atenciosamente,


Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

APÊNDICE H – ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

De: Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

Para: Sr. José Francisco Pereira de Castro

Diretor (a) da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí/Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba

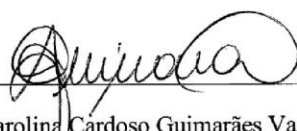
Assunto: Solicitação de Anuência.

Prezado Senhor(a) Diretor(a),

Eu, Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos, pesquisador(a) responsável pelo estudo intitulado “Relação médico paciente no processo de anamnese clínica: o olhar da comunidade surda”, solicito a Vossa Senhoria ANUÊNCIA para executar a coleta de dados para minha pesquisa, junto a esta instituição, sob sua gestão.

Na expectativa de um pronunciamento favorável, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente.


Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos

APÊNDICE I – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu Jose Francisco Pereira de Castro exercendo a função de responsável Diretor Geral autorizo a professora Any Carolina Cardoso Guimarães Vasconcelos a coletar dados ou aplicar sua pesquisa intitulada como "Relação médico paciente no processo de anamnese clínica: o olhar da comunidade surda", na referida Instituição.

A Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí possui infraestrutura adequada para a realização da pesquisa, e declaro estar ciente e informada a respeito dos métodos e procedimentos para a realização da pesquisa.

Autorizo a publicação do nome desta Instituição nos resultados da pesquisa ☒

Peço sigilo do nome da Instituição ()

Parnaíba-PI, 09 de agosto de 2018.



Assinatura e carimbo do responsável

APÊNDICE J – ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

Dados pessoais

Nome: Marcelo Costa Araújo

Data de Nascimento: 11/04/1977 **Idade:** 41 anos **Sexo:** (X) M () F

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino superior incompleto

Profissão: Estudante

Renda: Aposentadoria por invalidez e aposentadoria da mãe (em média 2 salários mínimos)

Cor: Branca

Endereço: Rua Bolívia, Nº 33

Usuário da UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção). Diz que vai para ao hospital público da cidade.

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

Não costumo ir sozinho, mas sim com um amigo ou com minha mãe, eles que falam com o médico por mim. Não tenho vergonha deles, pois me ajudam.

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Clínico geral. Procuro o médico somente quando estou doente, minha mãe fica bastante preocupada. Porém, quando chegamos no hospital e minha mãe explica que sou surdo, os médicos não querem me atender, me desprezam, isso é muito difícil. O hospital daqui (Parnaíba) é muito ruim, em Teresina é melhor, as pessoas não me compreendem, mas olham para mim, fazem exames, aferem minha pressão e me ajudam.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Em Parnaíba não gostei, mas em Teresina sim. Ao saberem que sou surdo, eles (médicos) mudam as expressões. Se estou me sentindo mal por uma doença, me sinto ainda pior durante

o atendimento por não ser compreendido. Minha mãe ou um amigo que me ajudam, não o médico.

**4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento?
Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?**

O médico coletou e anotou as informações que meu/minha acompanhante relatou. Ele apenas falava e eu ficava com cara de “bobo”, sem entender nada.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Não, ele entendeu o ouvinte, meu/minha acompanhante. O que eu sentia de verdade ele não entendeu.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

O médico usou apenas a escrita, no receituário. Não olhou para mim, apenas para o meu acompanhante.

**7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família?
Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?**

O médico não perguntou sobre minha família (*face de tristeza*). Eu e minha mãe brigamos muito, tem muita briga em casa, mas o médico não quis saber disso.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

O médico não explicou nada sobre o exame físico, apenas o fez. A consulta é sempre muito rápida, às vezes o médico não me toca, faz tudo muito rápido e chama o próximo paciente.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

A relação com o médico foi ruim desde o início. A comunicação estava difícil e não tinha como ele ser meu amigo. Eu gosto apenas quando vai um intérprete comigo.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Não, do o início ao fim da consulta permaneci com todas as minhas dúvidas.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim, isso aproxima o paciente surdo do médico, ajuda na compreensão da consulta.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Seria muito melhor, eu adoraria. É muito importante que os médicos saibam LIBRAS.

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa do paciente.

Moradores da residência do paciente: Paciente e mãe. A mãe é ouvinte e conhece pouco a LIBRAS.

Tempo de entrevista (cronometrado): 20 minutos.

Repetição de perguntas: A pergunta 5 e 7 foi repetida 2 vezes.

Intercorrências importantes: Antes da entrevista, os discentes conversaram com a mãe do paciente, que a todo momento o tratava como incapaz e solicitou aos acadêmicos que fizessem perguntas ao paciente a respeito de diversos assuntos aos quais não sabia os sinais em LIBRAS.

ENTREVISTA 2

Dados pessoais

Nome: Joseane Maria Vasconcelos Rocha

Data de Nascimento: 08/05/1988 **Idade:** anos **Sexo:** () M (X) F

Estado civil: Solteira

Escolaridade: Ensino médio incompleto

Profissão: Serviços gerais de um supermercado

Renda: Salário mínimo

Cor: Branca

Endereço: Rua Anhanguera, nº 2095

UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção).

1.Você costuma ir ao médico sozinha? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

Quando vou sozinha, cumprimento o médico e explico o que estou sentindo, mas ele não entende nada. Digo que estou fraca, mas ele continua sem entender. Então, é necessário que minha mãe me acompanhe para que ela me explique tudo depois. Não tenho vergonha dela, na verdade eu gosto quando ela vai comigo.

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Quando a minha menstruação não veio, procurei uma médica obstetra (Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba), pois acreditava que estava grávida. Então eu fiz exames cujos resultados foram negativos. No entanto, continuei entendendo que a gravidez estava presente, uma vez que ninguém conseguia se comunicar comigo. Em seguida, procurei uma médica de Parnaíba (ginecologista que conhece a LIBRAS) juntamente com minha mãe. Ela me explicou que eu possuía cisto uterino e que eu necessitava de cirurgia.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Na consulta com a obstetra eu estava sozinha e muito ansiosa e preocupada. Não tinha nenhum amigo comigo, eu me sentia insegura.

**4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento?
Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?**

Não. O médico não me entende e eu não entendo o que ele fala. Ele sempre utiliza somente a escrita, me mostra, mas não entendo. Então, peço desculpas e levo a receita para minha mãe, que me explica tudo.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Quando vou sozinha o médico não entende o que eu sinto, apenas quando vou com minha mãe que ele conversa com ela sobre meus sintomas.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

Não, para que eu o entenda, preciso levar um acompanhante que repasse as informações para mim e assim fico feliz. O médico apenas escreve, somente e não usa a LIBRAS.

**7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família?
Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?**

(Inicialmente a paciente não havia compreendido a pergunta, respondeu que o irmão e a mãe trabalham e que ela comumente vai sozinha ao atendimento. Após repetir a pergunta duas vezes, a paciente compreendeu). Não, ele não perguntou nada sobre a família.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

O médico falou! Eu disse que era surda e ele continuava falando! “Espere, eu sou surda, pare por favor!” Ele continuava falando e em seguida, fez o exame físico e algumas anotações.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

Gostei apenas de uma médica, uma ginecologista que conhece a LIBRAS. Os outros só falam e não gosto de nenhum.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

O médico explicou, mas eu achei muito difícil, porque o médico usava comunicação verbal. Ele começou a escrever, mas eu entendia pouco as palavras (*face de surpresa e atenção*). Em outra vez, quando eu senti dor de cabeça e febre e procurei o médico, ele anotou tudo, tentou me ajudar, mas eu entendi pouco, tive muitas dúvidas. Então, minha amiga ouvinte me ajudou.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim, pois é muito importante. Os médicos só falam (*verbalmente*) e assim a comunicação torna-se muito difícil.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Me sentiria muito feliz (*face de alegria*). Quando eu percebo que o médico não sabe LIBRAS, eu fico muito triste, com medo de morrer. Mas quando tem um intérprete ou o médico sabe, fico emocionada!

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa da Joseane.

Moradores da residência do paciente: Paciente, mãe e irmão. A mãe e o irmão são ouvintes, a mãe conhece pouco a LIBRAS, mas o irmão desconhece.

Tempo de entrevista (cronometrado): 30 minutos.

Repetição de perguntas: A pergunta 7 foi repetida 2 vezes.

Intercorrências importantes: Estavam presentes durante a entrevista, 3 amigos surdos da paciente. No entanto, foi perguntado se a mesma não preferia ir para um cômodo mais reservado da casa e ela disse que não.

ENTREVISTA 3

Dados pessoais

Nome: Joana Dark Fontenele de Araújo Carneiro

Data de Nascimento: 08/05/1989

Idade: 29 anos

Sexo: () M (X) F

Estado civil: Solteira

Escolaridade: Ensino médio incompleto

Profissão: Desempregada

Renda: Aposentadoria por invalidez, pensão do pai e renda da mãe (trabalho informal), sendo em média 2 salários mínimos

Cor: Branca

Endereço: Rua Tabajara, Nº 781

Usuário da UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção).

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

(Paciente relatou que ia sozinha, mas mãe informou que sempre a acompanha).

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

O clínico geral e o médico que cuida da cabeça *(A mãe da paciente informou que a filha faz uso de fármacos anti-depressivos)*. Vai ao médico apenas quando necessário.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Lembro de uma vez que estava doente, sentindo dor na garganta, costas e cabeça, estava com muito frio, então, fui ao clínico geral e ele me passou remédio para que eu melhorasse. Mas o atendimento foi muito ruim, o médico falava muito e não utilizava LIBRAS, me senti mal com isso. Após isso, ainda no mesmo dia, chamei uma amiga para me ajudar, ela sabia LIBRAS e português, foi ótimo, entendi tudo. *(A paciente elogiou os acadêmicos e disse que se sentiria muito feliz se fosse atendida por eles, pois somente assim seria compreendida).*

**4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento?
Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?**

O médico só falava, eu não entendia, ele não utiliza LIBRAS. Preciso ir com minha mãe para que ela traduza para mim o que ele está dizendo.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Não conseguiu, ele entendia o que minha mãe falava, não a mim. No entanto, uma vez fui ao médico em Teresina, ele sabia um pouco de LIBRAS, conseguiu me entender um pouco.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

Sim, o médico de Teresina, sabia um pouco de LIBRAS e a utilizou, mas falava mais com minha mãe.

**7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família?
Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?**

A minha família é composta por mim, minha mãe e minhas duas irmãs. Os meus pais são divorciados. O médico não quis saber nada sobre minha família.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

O médico fala com minha mãe, não comigo. Ele fala com ela e eu fico esperando, observando, sem entender nada. Quando vou ao médico ele faz o exame físico às vezes, mas não me explica sobre.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

Não tem como criar vínculo, o médico escreve e fala, mas não a minha língua. Eu vou pra casa e me sinto desprezada.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Não, saí da consulta com dúvidas. Eu sabia que tinha que usar medicação, mas lia e não entendia.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim, com certeza precisa.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Gostaria muito que o médico soubesse LIBRAS, seria ótimo.

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa da paciente.

Moradores da residência do paciente: Paciente, mãe, e 2 irmãs. A mãe e as irmãs são ouvintes e conhecem a LIBRAS.

Tempo de entrevista (cronometrado): 19:15 (segunda filmagem, pois a primeira foi interrompida aos 10 minutos).

Repetição de perguntas: As perguntas 2, 6 e 11 foram repetidas 3 vezes. As perguntas 7 e 12 foram repetidas 2 vezes.

Intercorrências importantes: A entrevista foi feita em um local muito movimentado da casa da paciente (varanda) em que constantemente a família transitava pelo ambiente. A entrevista já havia iniciado e os discentes tiveram que repeti-la devido a mãe da entrevistada ter interrompido. Aliado a isso, a sobrinha da paciente estava presente e queria ir para os braços da mesma, sendo impedida pela mãe. Seguido a isso, os acadêmicos foram deixados a sós com a paciente e não houve mais interrupções. Ademais, a paciente tinha pouco conhecimento de datilologia, o que aumentou o tempo da entrevista.

ENTREVISTA 4

Dados pessoais

Nome: Antônio Michel de Jesus de Oliveira Miranda

Data de Nascimento: 13/04/1981 **Idade:** 37 anos **Sexo:** (X) M () F

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Ensino superior completo (mestrando)

Profissão: Professor

Renda: Em média 20 mil reais

Cor: Branca

Endereço: Avenida Álvaro Mendes, Nº 1681

Usuário da UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção).

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

Vou ao médico junto com minha mãe e não tenho vergonha dela.

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Como perdi a audição recentemente, sempre buscava me consultar com o otorrinolaringologista em Parnaíba e em Teresina, mas também procurei o neurologista para entender porque havia parado de ouvir.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Me sinto triste, pois o médico não olha para mim do início ao fim da consulta. Ele apenas fala com minha mãe e eu não entendo absolutamente nada.

**4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento?
Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?**

Coletou, mas não conseguiu se comunicar comigo.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Sim, o médico me entendeu porque eu falo a mesma língua que ele, mas eu não escuto, então eu não o entendi.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

O médico não utilizou nada para facilitar a comunicação, apenas falava muito.

**7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família?
Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?**

Não. Nunca nenhum médico me perguntou se eu passava por problemas familiares ou problemas pessoais.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

Ele me explicou, mas foi pouco. Era melhor quando eu não era surdo, pois os médicos explicavam, davam mais atenção.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

No passado, eu considerava os médicos como amigos, acho que isso acontecia porque nos entendíamos, mas agora os médicos falam e eu não entendo. Então, acho isso ruim, não tenho como criar vínculo com alguém que não me entende (*face de raiva*).

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Não, eu tive dúvidas no começo, no fim e depois da consulta. Eram dúvidas diferentes, por exemplo, quando saí de uma das consultas, o médico me prescreveu um remédio de uso

contínuo e eu comecei a engordar muito e não entendia aquilo. Mesmo voltando ao médico posteriormente e fazendo perguntas relacionadas a isso, eu continuava sem entender.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim, é muito importante que o médico saiba LIBRAS, não somente por saber, mas para aprender a se comunicar com outro tipo de paciente, aquele que possui surdez.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Seria melhor, eu ficaria feliz, mas também espantado por ver isso (*risos e face de felicidade*).

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa do paciente.

Moradores da residência do paciente: Paciente, mãe, pai e avó. A mãe, o pai e a avó desconhecem a LIBRAS.

Tempo de entrevista (cronometrado): 12 minutos e 22 segundos.

Repetição de perguntas: Nenhuma pergunta precisou ser repetida, mas o paciente não entendeu o sinal de “relação”, então o entrevistador fez uso de datilologia para que o mesmo compreendesse.

Intercorrências importantes: Não houve intercorrências durante a entrevista. Mas ao fim, a mãe e o paciente mostraram-se muito felizes com a pesquisa. Além disso, a mãe relatou que não tem interesse em aprender LIBRAS, pois acredita que seu filho um dia será curado.

Outras observações:

1. O paciente falava, mas não ouvia, pois havia perdido a audição há 4 anos, sendo diagnosticado com neurofibromatose.
2. O paciente possui um site de apoio aos surdos (www.sousurdosim.com.br).

ENTREVISTA 5

Dados pessoais

Nome: Francisca Elaína Pereira Brito

Data de Nascimento: 12/04/1987 **Idade:** anos Sexo: () M (X) F

Estado civil: Namorando

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto (até o 6º ano)

Profissão: Desempregada

Renda: Aposentadoria por invalidez

Cor: Branca

Endereço: Rua Travessa Armando Cajubar, Bairro: Rodoviária. Nº 105

UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção).

1. Você costuma ir ao médico sozinha? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

Não, a minha mãe vai comigo ao médico. Quando eu nasci, eu nasci surda e doente. *(A paciente não entendeu o contexto, porém deixou claro que vai junto com a mãe).*

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Clínico geral, mas eu já fui a um neurologista quando estive doente. Procuro mais o médico para fazer exames.

Uma vez fui ao médico para fazer exame de sangue e fiquei com muito medo e nervosismo, logo depois colocaram um soro para melhorar meu estado e eu fiquei bem.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Eu me sinto muito raivosa quando estou junto com um amigo, fico muito nervosa, fico preocupada. Mas logo eu entendo a situação, sei que não pode ser dessa forma e por isso tenho paciência e me acalmo.

4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento? Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?

Eu fico sempre zangada e nervosa, porque quando eu chego no médico, estou com muita dor, a cabeça dói, o coração fica palpitando. Eu não entendo o que o médico fala, é muito difícil. Bem, o médico somente escreveu no momento da consulta.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Eu não entendo o que o médico fala, é muito difícil, muito difícil.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

Não. O médico escreveu e tentou me mostrar o que tinha escrito.

7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família? Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?

(Eu e minha mãe brigamos, mas depois temos a paciência, conversamos e matamos a calma, ela faz carinho e ficamos bem, mas briga de verdade não). A paciente não entendeu o contexto muito bem.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

O médico não falou quando foi fazer o exame, quando chegou na hora, ele só colocou um aparelho em mim, sem explicar nada sobre isso.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

Eu amiga de um médico? Não, nunca.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Não entendo quase nada sobre o tratamento feito pelo médico.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Eu acho muito importante o médico saber LIBRAS, seria muito bom.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

É meio complicado, eu não conheço nenhum médico que saiba LIBRAS e até já me acostumei com isso. Acho que se o médico souber LIBRAS, é apenas um “pouquinho”, mas mesmo assim é importante saber, eu ficaria muito feliz.

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa da paciente.

Moradores da residência do paciente: Paciente, mãe, pai, sobrinha e avô. A mãe, o pai e o avô são ouvintes e desconhecem a LIBRAS, diferentemente da sobrinha.

Tempo de entrevista (cronometrado): 30 minutos.

Repetição de perguntas: Nenhuma perguntou precisou ser repetida.

Intercorrências importantes: Estavam presentes durante a entrevista, o pai, a mãe e a sobrinha. Foi perguntado se a paciente não teria preferência em ir para um cômodo mais reservado da casa e a mesma negou, pois afirmou não incomodar-se com a presença dos familiares.

Entrevista 6

Dados pessoais

Nome: Maria Denice Barros

Data de nascimento: 25/10/1980 **Idade:** 38 anos **Sexo:** (X) F () M

Estado civil: Casada

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Profissão: Desempregada

Renda: Aposentadoria por invalidez (salário mínimo)

Cor: Branca

Endereço: Rua esperança, N° 644

Usuário da UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção).

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

Costumo ir acompanhada com o meu marido e não tenho vergonha dele, pois ele me ajuda a entender tudo depois da consulta.

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Procuro o ginecologista. A última vez que procurei foi em 2017, acompanhada de meu marido. Neste mesmo ano também fui ao cardiologista.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Durante o atendimento eu ficava apenas calada e me sentia triste.

4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento? Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?

Mais ou menos. Ele apenas se comunicava com meu marido e eu ficava triste com isso.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Não, ele não entendeu nada, somente o que meu marido falou pra ele.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

O médico não usou LIBRAS e isso foi muito difícil. Ele escreveu, mas mesmo assim não entendi.

7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família? Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?

Não. Aqui em casa, mora apenas eu e meu marido. Tenho duas filhas que moram com a avó em outra casa. Elas me desprezavam desde pequenas, pois sou surda, então, foram morar com a avó. Além disso, eu e meu marido brigamos as vezes, pois ele é muito nervoso. Quando brigamos ele sai de moto e me deixa aqui, mas o médico nunca me perguntou sobre nada disso.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

O médico não explicou nada disso para mim.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

Não, meu marido tem vínculo com o médico, eu não. Eu me sinto desprezada pelos médicos ouvintes.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Não. Eu saí da consulta sem entender nada.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim, ele precisa saber.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Eu gostaria muito de ter a comunicação em LIBRAS com o médico.

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa da paciente.

Moradores da residência do paciente: Paciente e marido. O marido é ouvinte e conhece pouco a LIBRAS.

Tempo de entrevista (cronometrado): 10 minutos e 19 segundos.

Repetição de perguntas: A pergunta 7 foi repetida 2 vezes, a pergunta 10 foi repetida 3 vezes e 11 foram repetidas 3 vezes.

Intercorrência importantes: Não houve intercorrências durante a entrevista.

ENTREVISTA 7

Dados pessoais

Nome: Maria Elisângela Santos Sousa

Data de nascimento: 25/04/1986 **Idade:** 32 anos **Sexo:** () M (X) F

Estado civil: Casada

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Profissão: Empacotadora de empresa de eletrodomésticos

Renda: Salário mínimo

Cor: Branca

Endereço: Rua José Firmino da Cruz, N° 405

Usuário da UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção).

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

No passado, quando era solteira, eu ia ao médico acompanhada de minha mãe e os dois conversavam entre eles, eu nunca entendia o que falavam, apenas olhava. Então, quando a consulta terminava, minha mãe explicava o que eu deveria fazer, como eu deveria tomar os medicamentos, a hora, a forma. Depois que casei, passei a ir acompanhada de um intérprete ou da minha sogra que é ouvinte. Apenas uma vez fui acompanhada de meu marido, também surdo, mas o médico não sabia o que falar. Ele percebeu que éramos surdos, chamou alguém para ajudar, mas como ninguém sabia LIBRAS, fomos para casa. Nunca fui ao médico sozinha, porque me sinto desprezada quando vou acompanhada e se eu fosse sozinha sei que seria pior. Lembro também quando engravidei, foi uma época muito difícil, eu levava uma amiga intérprete e o médico conversava com ela sobre minha filha.

Eu não tenho vergonha da minha acompanhante, pois ela me ajuda e me entende.

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Sempre que estou doente procuro o clínico geral, fico com medo, pois não sei o que eu tenho e não entendo o médico, sempre preciso de alguém para me ajudar nas consultas. Eu sei que é importante se cuidar e ter um médico quando estamos doentes, mas é ruim precisar de um interprete durante as consultas, pois o médico não olha para mim, só explica para o meu acompanhante. Os médicos precisam se organizar para saber nos atender.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Eu sinto tristeza, não por estar doente, mas porque o médico não olha para mim e então me sinto mal por ser surda.

4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento? Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?

Não. O médico sempre pergunta para a pessoa que está ao meu lado e essa pessoa pergunta para mim. Então eu apenas respondo, eu fico preocupada, pergunto para o médico, mas ele não me responde. Esse é o grande problema!

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Não. Eu sou a doente e não posso falar com o médico, então, não tem como ele me entender.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

Quando vou ao médico ele apenas fala e escreve, utiliza o papel mostrando como tenho que usar o remédio, eu não entendo nada, mas já me acostumei com essa situação de desprezo.

7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família? Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?

Na minha família tenho vários problemas porque eu sou a única surda, me sinto incompreendida, mas o médico nunca perguntou sobre isso.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

Nenhum médico explicou que iria me examinar.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

Eu realmente me sinto ignorada. Preciso de um intérprete em todas as consultas, não sei quando isso vai mudar, por isso não sou amiga dos médicos.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Não. Os médicos acham que os surdos não são inteligentes porque não escutam e não sabem falar a língua deles. Como ninguém se entende, eu tenho muitas dúvidas e sei apenas o que minha amiga intérprete me diz. O português é muito difícil, principalmente aquele papel de remédios.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim. O médico deve saber LIBRAS para facilitar a comunicação, isso é muito importante. O médico precisa explicar sobre doença e remédio para todos os pacientes, então por que os surdos precisam de um intérprete? O médico precisa aprender, pode fazer um curso básico de LIBRAS para se comunicar.

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Eu me sentiria feliz se os médicos pudessem falar comigo, olhar para mim e explicar tudo o que preciso saber. Os médicos precisam parar de ficar somente oralizando e aprender pelo menos um pouco de LIBRAS.

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa da paciente.

Moradores da residência: Paciente, esposo (surdo) e filha (ouvinte). O esposo e a filha conhecem a LIBRAS.

Tempo de entrevista (cronometrado): 26 minutos e 34 segundos.

Repetição de perguntas: A pergunta 2 foi 2 vezes e a pergunta 10 foi repetida 3 vezes. Além disso, a paciente não entendeu o sinal de “especialidade”, sendo compreendido posteriormente com datilologia e exemplos.

Intercorrências importantes: Não houve intercorrências durante a entrevista. A paciente mostrou-se receptiva e compreendeu a importância da pesquisa. No entanto, tentou-se entrevistar o marido da paciente posteriormente, e o mesmo negou, afirmando que por ter necessitado muitas vezes do auxílio dos ouvintes e nunca ter sido ajudado, também não iria contribuir.

ENTREVISTA 8

Dados pessoais

Nome: Irlandia Cristina da Costa Meneses

Data de nascimento: 22/11/1985 **Idade:** 33 anos **Sexo:** () M (X) F

Estado civil: Divorciada

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto **Profissão:** Desempregada

Renda: Salário mínimo **Cor:** branca

Endereço: Não soube informar

Usuária da UBS: Não sabe (não reconhece a UBS como porta de entrada na Rede de Atenção)

1. Você costuma ir ao médico sozinho? Se não, o fato de um acompanhante presente inibiu o diálogo com o médico?

Já fui ao médico sozinha, mas prefiro ir acompanhada de uma amiga intérprete e não tenho vergonha dela.

2. Qual a especialidade do médico que mais procura? Com que frequência isso ocorre?

Clínico geral, mas apenas quando estou doente. Também já fui ao ginecologista, mas somente por conta da gravidez.

3. Como você se sentiu durante o atendimento médico?

Me sinto triste e insegura porque o médico não fala comigo.

4. O médico coletou adequadamente a história do seu problema durante o atendimento? Ele tentou de alguma forma se comunicar com você?

Não. Ele falava com minha amiga intérprete, mas não comigo.

5. O médico conseguiu entender o que você estava sentindo?

Ele entendeu mais ou menos, pois minha amiga intérprete falava para ele o que eu sentia.

6. O médico se comunicou através da LIBRAS? Se não, utilizou outros recursos como escrita ou desenhos?

Não, o médico não sabe LIBRAS. Ele não escreveu, não desenhou, não olhou para mim nenhuma vez, apenas falava.

7. Durante o atendimento, o médico indagou como era sua relação com a família? Perguntou se você estava passando por alguma dificuldade?

A comunicação com o médico é ruim e ele não pergunta nada de família, pergunta apenas o que eu sinto para minha amiga intérprete e depois me manda embora.

8. Como o médico explicou para você que iria fazer o exame físico?

Ele não explicou nada.

9. Você conseguiu criar vínculo com o médico?

Não, nenhum.

10. Ao sair da consulta médica você sentiu que o profissional sanou todas as suas dúvidas a respeito do seu problema, tratamento e exames?

Mais ou menos, eu tinha algumas dúvidas no final da consulta.

11. Você acha que o médico deve conhecer e se comunicar em LIBRAS?

Sim (*face de felicidade*).

12. Como você se sentiria se fosse avaliado por um médico fluente em LIBRAS?

Eu gostaria, pois considero isso importante, mas é difícil de acontecer.

OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista: Casa de uma amiga da paciente.

Moradores da residência do paciente: Paciente e filha. A filha é ouvinte e conhece a LIBRAS.

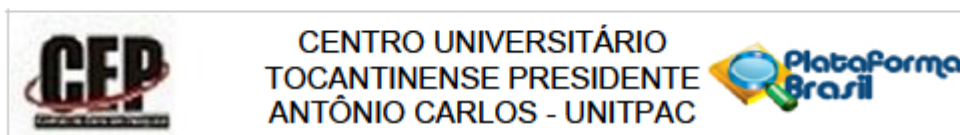
Tempo de entrevista (cronometrado): 8 minutos.

Repetição de perguntas: A pergunta 5, 11 e 12 foram repetida 2 vezes.

Intercorrências importantes: A paciente era bastante tímida e apresentava dificuldades em expressar seus sentimentos, fazendo com que as respostas fossem rápidas e sucintas.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação médico paciente no processo de anamnese clínica: o olhar da comunidade surda.

Pesquisador: ANY CAROLINA CARDOSO GUIMARAES VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06423118.3.0000.0014

Instituição Proponente: INSTITUTO DE EDUCACAO SUPERIOR DO VALE DO PARNAIBA LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.888.597

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste artigo é problematizar e identificar a percepção do surdo quanto à comunicação com médico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar a percepção do paciente surdo acerca da relação médico-paciente estabelecida no atendimento e no cuidado médico durante a anamnese clínica.

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil sociodemográfico do paciente surdo
- Conhecer os aspectos positivos e negativos na relação médico-paciente apontados pelos pacientes surdos.
- Compreender a percepção da pessoa com surdez quanto à atuação do médico no exame clínico e físico.
- Identificar os entraves e os facilitadores do processo da anamnese.
- Apontar os meios de comunicação utilizados durante a consulta médica.
- Conhecer a expectativa do paciente surdo utilizando a LIBRAS como um instrumento de comunicação com o médico no decorrer da consulta.

Endereço: Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.

Bairro: Araguaína

UF: TO

Município: ARAGUAÍNA

CEP: 77.816-540

Telefone: (63)3411-8500

E-mail: cep@itpac.br

Fwd: Recebimento de artigo - revista einstein

----- Mensagem encaminhada -----

De: <revista@einstein.br>

Data: sex, 31 de mai de 2019 às 00:33

Assunto: Recebimento de artigo - revista einstein

Para: <medeiroslustosa@gmail.com>

São Paulo, 31 de maio de 2019.

Ilmo(a). Sr(a). Carolina Lustosa de Medeiros,

Confirmamos e agradecemos o recebimento de seu artigo **RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE DURANTE A ENTREVISTA CLÍNICA: PERCEPÇÃO DO SURDO** que foi protocolado sob o número AO-5195, para a seção Artigo Original. Esse número deverá ser utilizado para obter qualquer informação sobre a sua submissão.

Informamos ainda que será feita completa revisão por pares de seu manuscrito e que V.S^a. será notificado de nossas decisões.

Para acompanhamento de seu artigo acesse o sistema através do endereço eletrônico: <http://apps.einstein.br/revista/index2.asp>

Para se autenticar deverá digitar seu e-mail e senha.

Gratos pela sua colaboração, dispomo-nos.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Sidney Glina
Editor Responsável

ANEXO C – INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

einstein (São Paulo) é uma publicação oficial de divulgação científica do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, ISSN 1679-4508, com periodicidade trimestral, e cujo objetivo é registrar a produção e as contribuições da comunidade científica na área da saúde.

Serão aceitos artigos originais, em português e/ou inglês. Todos os artigos, após aprovação dos editores, serão encaminhados para análise e avaliação de no mínimo dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de submissão. Os comentários serão devolvidos aos autores, para modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deve ser reencaminhada para a revista **einstein** (São Paulo), por meio do Sistema Gerenciador da Revista, no endereço eletrônico <http://apps.einstein.br/revista>. Somente após as aprovações finais dos revisores e editores, os artigos serão encaminhados para publicação. A responsabilidade pelos conceitos emitidos nos artigos é exclusiva dos autores. Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista. Somente o editor da **einstein** (São Paulo) pode autorizar a reprodução dos artigos em outro periódico.

O conteúdo da **einstein** (São Paulo) está sob licença da *Creative Commons* (CC BY) Atribuição 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>).

A revista adota o sistema *Turnitin* para identificação de plágio. Os casos de má conduta na publicação serão avaliados conforme critérios e recomendações do *Committee on Publication Ethics* (COPE; <http://publicationethics.org>).

A **einstein** (São Paulo) é uma revista de acesso aberto e não cobra nenhuma taxa para submissão, revisão, tradução e publicação de artigo. Todos os processos são executados eletronicamente e podem ser acessados no endereço eletrônico <http://apps.einstein.br/revista>.

SEÇÕES

A **einstein** (São Paulo) possui as seguintes seções: Artigo Original, Gestão e Economia em Saúde, Relato de Caso, Revisão, Revendo Ciências Básicas, Aprendendo por Imagem, Avanços Médicos e Cartas ao Editor. A revista publica também uma subseção de revisões temáticas.

ARTIGO ORIGINAL

Destinado à divulgação de resultados da pesquisa científica. Os trabalhos devem ser originais e inéditos, e sua estrutura deve conter os seguintes itens: resumo estruturado (em português e inglês para artigos submetidos em português, e em inglês para artigos submetidos em inglês), introdução, objetivo, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. O Artigo Original deve ter, no máximo, 3.000 palavras e até 30 referências.

GESTÃO E ECONOMIA EM SAÚDE

Artigos destinados à divulgação de conhecimento, que expressem conceitos e reflitam as práticas vigentes em gerenciamento, administração e economia em saúde. Devem conter os seguintes itens: resumo estruturado (em português e inglês para artigos submetidos em português, e em inglês para artigos submetidos em inglês), introdução, objetivo, métodos, resultados, discussão, conclusão e

referências. Devem ter, no máximo, 3.000 palavras e até 30 referências.

RELATO DE CASO

Relata casos de uma determinada situação médica, especialmente rara e com dados novos para o leitor, descrevendo seus aspectos, história, condutas etc., incluindo breve revisão da literatura, descrição do caso e discussão pertinente. Deve ter, no máximo, 1.000 palavras e até 10 referências.

REVISÃO

Artigos de revisão podem ser narrativas e/ou sistemáticas, incluindo avaliação crítica da literatura sobre determinado assunto, devendo descrever os procedimentos adotados bem como a delimitação e os limites do tema, além de apresentar conclusões e referências. O texto deve ter, no máximo, 3.000 palavras e até 40 referências. Todas as revisões devem ser encaminhadas somente a convite do editor.

REVENDO CIÊNCIAS BÁSICAS

Artigos de revisão sobre temas de ciência básica cujo conhecimento tem repercussão clínica relevante. Deve ter, no máximo, 2.000 palavras e 30 referências.

APRENDENDO POR IMAGEM

Uma imagem patognomônica típica de ultrassonografia, tomografia computadorizada, raio X, ressonância magnética, foto de cirurgia, microscopia ou sinal clínico, seguida de um texto explicativo, de, no máximo, 300 palavras e com até 10 referências.

AVANÇOS MÉDICOS

Seção destinada à publicação, nas diferentes áreas da saúde, de novidades diagnósticas e/ou terapêuticas de aplicação corrente. Discutem-se progressos já incorporados. O texto é livre e deve conter, no máximo, 1.000 palavras e 10 referências.

CARTAS AO EDITOR

Tem por objetivo comentar ou discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento, achados científicos etc. Deve ter, no máximo, 150 palavras e 5 referências. As cartas ao Editor não passarão por revisão de pares e serão publicadas de acordo com a avaliação dos Editores.

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, publicado no artigo *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation>.

REQUISITOS TÉCNICOS

Os autores devem submeter os artigos contendo:

- Texto digitado em espaço duplo, fonte Arial, tamanho 12, margem 2,5cm de cada lado, destacando cada seção do artigo.
- Permissão para reprodução do material e carta de transferência dos direitos autorais (disponível no sistema de submissão eletrônica).
- Declaração dos autores de que o manuscrito não está sendo avaliado e nem será submetido à publicação em outro periódico (disponível no sistema de submissão eletrônica).
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos ou Animais da instituição onde o trabalho foi realizado, indicando número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE; www.saude.gov.br/plataformabrasil).

- Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), quando referente a artigos de pesquisa envolvendo seres humanos.
- Declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor (disponível no sistema de submissão eletrônica).

PREPARO DO MANUSCRITO

- **Título:** título do artigo, em português e inglês, que deve ser conciso, porém informativo.
- **Resumo:** resumo, em português e inglês, de não mais que 250 palavras. Para os artigos originais, devem ser estruturados (Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão), contendo as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Para os artigos das demais seções, o resumo não deve ser estruturado.
- **Descritores:** especificar, no mínimo, cinco e, no máximo, dez descritores, em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Os descritores devem ser baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do *Medical Subject Headings (MeSH)*, da *National Library of Medicine*, e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.
- **Registro na base de Ensaios Clínicos:** indicar, para os Ensaios Clínicos, o número de registro em uma base de Ensaios Clínicos, como por exemplo, <https://clinicaltrials.gov>.
- **Texto:** deve obedecer a estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias de artigos, a citação dos autores no texto deve ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos. As abreviaturas e siglas devem ser precedidas dos termos por extenso, quando citadas pela primeira vez no texto, e não devem ser usadas no título e no resumo. As abreviaturas nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu significado.
- **Agradecimentos:** inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor. Inserir agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc.
- **Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deve estar baseada no formato denominado *Vancouver Style*, e os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journals Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine*, disponibilizados no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>.