

A COMUNICAÇÃO COMO LIMITAÇÃO PARA O CUIDADO: PERCEPÇÕES DE DEFICIENTES AUDITIVOS

Amanda Geisy Hoeckele^a, Maria Antônia Ramos Costa^b, Heloá Costa Borim Christinelli^c, Élen Ferraz Teston^d, Verusca Soares de Souza^e, Dandara Novakowski Spigolon^f, Gabriela Michel dos Santos Benedetti^g, Tereza Maria Mageroska Vieira^h.

- a) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
- b) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
- c) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
e-mail para correspondência: heloa.borim@hotmail.com
- d) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
- e) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
- f) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
- g) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.
- h) Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção dos Deficientes Auditivos a respeito do processo de comunicação com os profissionais de saúde. **Métodos:** Participaram 19 Deficientes Auditivos, cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de um município do noroeste do Paraná. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2017 em salões comunitários, residências e nas próprias Unidades de Saúde. As entrevistas foram realizadas mediante formulário de elaboração própria que podia ser respondido diretamente pelo participante ou, por intermédio de uma intérprete. Após a transcrição das informações foi aplicado a Análise de Conteúdo Temática. **Resultados:** O primeiro eixo temático, sentimentos vivenciados no momento do atendimento, desvela os sentimentos de impotência, perda de autonomia e frustração vivenciados pelos pesquisados durante o atendimento nos serviços de saúde. Ficou manifesto também, que estes indivíduos têm sua autonomia prejudicada por sentirem necessidade de ir acompanhado aos serviços de saúde por alguém que domine a Língua Brasileira de Sinais, para servir como mediador entre ele e os profissionais de saúde. O segundo, intitulado necessidade de voz e ouvidos: uma questão de representatividade destaca o descontentamento dos Deficientes Auditivos pelo desconhecimento dos profissionais acerca da Língua Brasileira de Sinais e a falta de intérprete nos serviços de saúde. **Conclusão:** A comunicação é percebida como limitadora do atendimento, visto que, o desconhecimento da Língua Brasileira de Sinais por parte dos profissionais, cerceia direitos de autonomia e privacidade dos sujeitos. Desta forma, a educação permanente se apresenta como estratégia para que o atendimento aconteça de forma integral.

DESCRITORES: Linguagem de sinais; Enfermagem; Comunicação.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo censo realizado em 2010 (1) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 9,7 milhões de pessoas possuem Deficiência Auditiva (DA), o que representa 5,1% da população brasileira, dos quais são prevalentes o sexo feminino e a população residente na região nordeste.

Pessoas com algum tipo de deficiência (deficiência visual, auditiva, motora, intelectual e/ou mental) tem uma posição na ocupação de trabalho desigual quando comparadas àquelas que não possuem deficiência. A maior parte não possui vínculos empregatícios, em que 22,5% trabalha sem carteira assinada e 27,4% são autônomos. Os dados também mostram outra situação preocupante, 61,1% das pessoas com algum tipo de deficiência tem o ensino fundamental incompleto (1).

Destaca-se que o número de novos casos de pessoas com DA tem crescido, isso pode estar relacionado ao aumento de exposição das pessoas aos ruídos, as doenças cardiovasculares e ao processo natural de envelhecimento (2). As pessoas com DA podem ter surdez leve/moderada, caracterizada por perdas auditivas de até 70 decibéis, ou severa/profunda acima de 70 decibéis, o que evidencia dificuldades cotidianas para comunicar-se (3).

Cabe ressaltar que para uma mensagem ser transmitida é necessário que os integrantes da conversa entendam os códigos e palavras utilizados pelo outro e que haja uma aproximação dos dois indivíduos da conversa. Comunicar-se implica na escolha de palavras e seu arranjo, o indivíduo que fala e o que ouve tem que ter um repertório linguístico equivalente. Portanto, a impossibilidade de falar tem interferência expressiva na comunicação (4).

A comunicação se apresenta como aparato essencial para o acesso da população à dispositivos básicos como educação e, em especial, os serviços de saúde. No Brasil encontram-se disponíveis leis que asseguram os direitos dos DA de receberem um atendimento especializado, uma delas é a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002 que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e dá outras providências. A referida lei afirma em seu artigo terceiro 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 em vigor” (5).

Sabe-se que é atribuição dos profissionais de saúde, atender os DA que buscam os serviços de saúde. Entre os profissionais responsáveis por esse atendimento, destaca-se a equipe de enfermagem, presente em todos os processos do cuidar e constitui o maior contingente profissional nesse âmbito. Ao entender o papel integrador da equipe de enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem definiu que o profissional tem o direito e o dever de fazer cursos de comunicação e expressão em LIBRAS (6). Esta exigência objetiva capacitar o profissional da enfermagem para prestar um atendimento mais adequado à pessoa com perda auditiva, cooperando na construção de um atendimento mais humanizado e digno (7).

Apesar de existirem leis que buscam garantir o direito do indivíduo com DA, há uma dificuldade visível por parte deste grupo de pessoas, para se integrar a sociedade e ter acesso aos serviços de saúde (8,9). O diagnóstico e tratamento dos DA pode ser prejudicado pela falta de intérprete e pela dificuldade dos profissionais de utilizarem a comunicação não verbal, podendo colocar em risco a assistência oferecida (9).

Neste aspecto, questiona-se: Qual a percepção do indivíduo com DA acerca da comunicação com profissionais de saúde? E para responder a essa indagação, esse estudo tem como objetivo conhecer a percepção do DA a respeito do processo de comunicação com os profissionais de saúde.

MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os participantes foram 19 DA cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região noroeste do Paraná, que conta com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, por meio de 18 UBS e 24 equipes. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos e se comunicar através da linguagem verbal.

Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2017, por meio de entrevista norteada por um questionário elaborado pelos pesquisadores, com base na literatura científica acerca da temática. O questionário foi composto por duas partes: a primeira por questões sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, trabalho e outros); e a segunda, por questões objetivas e subjetivas que abordavam a comunicação entre profissionais da saúde e portadores de DA, divididas em três eixos temáticos 1- dificuldades vivenciadas no momento do atendimento; 2- sentimento vivenciado no momento do atendimento, e; 3- estratégias para minimizar as barreiras na comunicação sob a ótica dos DA.

Os indivíduos foram localizados com auxílio das equipes de saúde das UBS. Na sequência as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade do DA, e se deram em locais de fácil acesso como UBS, domicílios e salões comunitários.

Após esclarecido sobre o estudo e sua finalidade, assim como as questões éticas relacionadas a pesquisa, os DA concordaram participar mediante ao preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os entrevistados foram identificados por números romanos, conforme a entrega dos questionários, a fim de manter o sigilo e confidencialidade.

A condução da coleta de dados foi auxiliada por intérprete que na ocasião transcreveu as respostas obtidas dos indivíduos não alfabetizados. Ademais, as entrevistas foram realizadas até o momento em que se verificou a saturação dos dados.

Os relatos foram transcritos e posteriormente aplicou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática, respeitando as seguintes etapas: 1 – pré-análise; 2 – exploração do material; e 3 – inferência e interpretação (10). Inicialmente, foram realizadas leituras exaustivas dos relatos dos participantes a fim de apreender o todo apresentado. Na sequência realizou-se a codificação dos dados transformando-os em informações significativas que, por sua vez, deram origem as unidades de registro e aos núcleos de sentido. Por fim, procedeu-se a categorização que considerou a repetição dos achados bem como a aproximação dos significados. A apresentação dos dados foi realizada por meio de eixos temáticos (10).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP (parecer nº 1.878.606/2016) conforme exigido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dentre os 19 entrevistados, 12 eram do sexo masculino, 13 (68,4%) se auto declaravam brancos, quatro (21%) negros, um (5,2%) pardo e outro indivíduo (5,2%) amarelo. Dois (50%) dos indivíduos de cor negra não eram alfabetizados.

Quanto à escolaridade, oito (42,1%) tinham ensino médio completo, cinco (26,3%) tinham ensino fundamental completo, três (15,7%) tinham ou cursavam ensino superior, dois (10,52%) não eram alfabetizados, e um (5,6%) tinha mestrado.

De todos os entrevistados, 15 (78,95%) costumavam usar os serviços de saúde acompanhados de amigos, pelos pais e/ou familiares. Quando questionados sobre como os profissionais se comunicavam no momento do atendimento, 12 (63,16%) disseram que era por meio de linguagem verbal, associada a recursos como mímicas, escrita e desenhos e, outros sete (36,84%) relataram não haver comunicação. Identificou-se que somente três (15,78%) dos DA costumam utilizar o serviço de saúde para rastreamento e prevenção de doenças, os demais afirmaram que o utilizam somente quando a doença já está instalada. Mais da metade desses indivíduos, 11 (57,89%) faz uso de medicação de uso contínuo. A maior parte dos indivíduos 13 (68,42%) não possuía plano de saúde.

A partir dos relatos emergiram duas categorias temáticas: Sentimentos vivenciados na busca do atendimento à saúde e; Necessidade de voz e ouvido: uma busca de representatividade.

Sentimentos vivenciados na busca do atendimento à saúde:

Os entrevistados demonstraram em suas respostas sentimentos relacionados à perda da autonomia na busca do atendimento à saúde. Tais sentimentos estão evidenciados nos excertos abaixo.

Triste porque tenho 24 anos e minha mãe precisa ir comigo (XV);

Sinto que prejudica minha independência (VII);

A falta de autonomia desencadeia sensações compatíveis com o estresse e sentimentos de impotência, frustração e tristeza.

Eu me sinto nervoso porque não consigo conversar sozinho com o médico (XVI);

Eu me sinto mal, porque não entendo o que o médico fala(XIII);

É difícil quando o enfermeiro chama nosso nome e eu não escuto, eu fico esperando na fila ela vir me chamar. Nunca tem intérprete em lugar nenhum, eu não consigo entender o que me falam e ninguém me entende (XVI).

Indignado e frustrado por não ser atendido na minha língua(XVIII);

Sinto-me triste e infeliz pela falta de intérprete, a comunicação com o médico não acontece. Para nós surdos o intérprete é fundamental para se comunicar (VIII);

Logo, verifica-se que o DA sofre com as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, o que desencadeia sentimentos negativos e compromete a efetivação do cuidado.

Necessidade de voz e ouvidos: uma questão de representatividade

Os participantes elencaram em suas falas estratégias possíveis para a minimização dos sentimentos negativos associados à busca do atendimento em saúde. Entre as sugestões, destacam-se a necessidade de presença de um intérprete, capacitação dos profissionais e linguagem escrita de fácil compreensão.

Então precisamos de intérprete. Precisa de intérprete homem para atender homem, para não ficarmos com vergonha de falar (XVI);

Precisa ter intérprete. O médico precisa saber LIBRAS para explicar como vamos usar a medicação, precisamos saber como se usa (XIV);

Eu quero que tenha intérprete, eu não gosto quando as pessoas não conseguem se comunicar comigo (XIII);

Para mim pessoas que saibam LIBRAS (XV);

Além da comunicação em LIBRAS é preciso haver intérpretes e os cartazes precisam ter uma linguagem mais fácil(X).

Assim, na perspectiva dos participantes, ser assistido por uma equipe capacitada para o atendimento do DA e/ou com o suporte adequado torna possível transpor as barreiras de comunicação e possibilita uma assistência à saúde efetiva e de qualidade.

DISCUSSÃO

Segundo o IBGE 2010 (1), 61,1% das pessoas com algum tipo de deficiência tem apenas o ensino fundamental incompleto o que corrobora com os achados deste estudo em que 26,3% tinham cursado até o ensino fundamental e dois (10,52%) não eram alfabetizados.

Nesse cenário, cabe destacar que, a baixa escolaridade de indivíduos com deficiência pode gerar certa vulnerabilidade social dessa população específica, por outro lado, o dinamismo que caracteriza a realidade brasileira atual em decorrência do capitalismo, incentiva países em desenvolvimento nos ciclos de produção de riqueza e flexibilização de direitos e acesso, gerando assim, uma discussão sobre a importância de inserir a inclusão social versus a ainda presente exclusão social. Desse modo, os portadores de algum tipo de deficiência podem ser ainda mais afetados pela desigualdade das condições oferecidas (11).

Ao longo da história percebe-se que a sociedade e o Estado têm proposto medidas em busca da igualdade para pessoas com deficiência, visto que estes indivíduos encontram dificuldades ao tentar inserir-se no convívio social, isso ainda acontece por questões históricas, culturais e falta conhecimento e preparação da população em geral no envolvimento de pessoas com deficiência no cotidiano. Vale salientar que, para que a autonomia seja alcançada, é preciso que o indivíduo tenha oportunidades ofertadas na sociedade a qual está inserido, considerando-se suas necessidades especiais, mas isso pode não ser o suficiente, também é importante que as pessoas estejam preparadas para fazer isso, no sentido de recebê-los, auxiliá-los, motivá-los e se comunicar de forma adequada conforme as necessidades específicas de cada um. No caso dos DA a barreira da comunicação, com os profissionais de saúde por exemplo, influencia negativamente no cuidado recebido, bem como no preparo desses indivíduos para executar o seu autocuidado(12), o que se apresenta como um fator limitante na obtenção de direitos básicos, como o acesso.

A concepção da surdez como uma patologia e o modelo médico tradicional que foca apenas no seu diagnóstico e tratamento, é uma visão que está longe de abranger todas as necessidades dos surdos. A perda auditiva é uma questão social, visto que prejudica a interação desses indivíduos com a comunidade. Devido a esta circunstância é que a surdez deve ser considerada um fenômeno complexo que transpõe uma situação saúde-doença e envolve fatores que devem ser cuidadosamente examinados(12).

As instituições de saúde precisam tornar mais eficiente o cuidado prestado a indivíduos com deficiência, sem dicotomizar a doença do doente, e preparar as equipes de saúde para recebê-los adequadamente. Para que tal avanço seja possível, além de

investimentos em estruturas, tecnologia e pesquisa é necessário que a saúde invista em educação em saúde e humanização no atendimento, valorizando o atendimento holístico e integral, em que se considera as especificidades das necessidades do indivíduo envolvidas no cuidado(13).

Dentre as dificuldades vivenciadas no momento do atendimento, também se destacou a necessidade de acompanhamento quando se utiliza os serviços de saúde (78,95%), informação confirmada pela fala de XVII e XVI. Observou-se neste estudo que a maioria dos entrevistados costuma usar os serviços de saúde acompanhada de amigos, pelos pais e/ou familiares. Nesta perspectiva, a necessidade de acompanhamento durante suas consultas reflete em perda de autonomia, visto que, assuntos de cunho pessoais podem não ser discutidos com os profissionais de maneira efetiva, na presença de terceiros, pelo constrangimento que pode gerar.

A legislação vigente garante a inclusão e acesso de todos os indivíduos à serviços de saúde (14). Desta forma, percebe-se que a comunicação tem se apresentado como limitador deste acesso aos DA, assegurado na Constituição Federal Brasileira. Neste aspecto, pensar estratégias de comunicação, com foco na inclusão destes indivíduos torna-se indispensável à prática do profissional de saúde.

A comunicação constitui um fator influente na satisfação do cliente, e é um indicador de qualidade da oferta de serviços. Se há cumprimento das leis que asseguram o acesso igualitário e a acessibilidade das pessoas com deficiência, então a qualidade dos serviços prestados corroboram para a real implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda possibilita a construção de uma sociedade mais inclusiva(15).

Quando questionados sobre como os profissionais se comunicavam no momento do atendimento, a maioria dos entrevistados disse que era por meio de linguagem verbal associada a recursos como mímicas, escrita e desenhos e, outros relataram não haver comunicação. Nenhum dos entrevistados citou LIBRAS como um meio de comunicação utilizado durante o atendimento.

Ademais, durante as falas de VIII e XVIII fica evidente a frustração dos indivíduos surdos por não serem atendidos por um intérprete, ou profissional capacitado. Em uma revisão da literatura (18), realizada nos Estados Unidos da América (EUA), o autor constatou que a principal barreira no acesso desses indivíduos aos serviços saúde é a comunicação. Outra barreira observada é a perda de sensibilidade do DA devido a sua marginalização e pré-conceitos sofridos. Embora nos EUA tenham intérpretes disponíveis, o autor refere que os profissionais de saúde os utilizam de forma inconsistente, visto que estes mediadores não tem um conhecimento concreto sobre medicina.

Identificou-se que apenas a minoria dos surdos costuma procurar o serviço de saúde para rastreamento e prevenção de doenças, os demais afirmaram que o utilizam somente quando a doença já está instalada. A dependência de alguém mais próximo a si para utilizar os serviços de saúde e as barreiras encontradas podem ter influência sobre esta problemática como é possível observar nas falas XVI, VII e XV.

No presente estudo, a maior parte dos indivíduos não possui plano de saúde. Verificase que em outros países a procura dos surdos pelos serviços médicos também é defasada em comparação a procura dos mesmos serviços pelos ouvintes(19). Em outra pesquisa (19) constatou-se que os adultos que nasceram surdos foram menos propensos a visitarem um médico nos dois anos anteriores, quando comparados a adultos que não nasceram surdos. E as mulheres surdas tiveram menor tendência de realizar mamografia nos últimos dois anos, quando comparadas a mulheres ouvintes.

As consequências sociais vivenciadas por essas pessoas estão longe de ser apenas na área da saúde. Em uma pesquisa realizada em São Paulo com deficientes visuais, auditivos e físicos, o autor evidenciou que estas pessoas têm dificuldades quanto ao uso de transportes, muitas vezes necessitando de acompanhantes. Também foi ratificado através de relatos que estes indivíduos têm a equidade, um dos princípios do SUS, violado (21).

Apesar das leis existentes que asseguram os direitos dos deficientes, estas nem sempre acontecem como de fato deveria ser, ou muitas vezes progridem muito lentamente. Enquanto isso, esses indivíduos ficam mais vulneráveis considerando que eles têm menos acesso a informação sobre os serviços de saúde. Estes fatores contribuem para o distanciamento do surdo da sociedade e representa um risco para sua saúde(22).

Para que o indivíduo surdo desfrute de uma assistência plena, sem obstáculos e barreiras de comunicação é preciso que os profissionais da saúde identifiquem os problemas enfrentados e os corrijam. Portanto, o cuidado deve ser prestado em uma visão holística e deve ser acessível a todo tipo de cliente, de diferentes raças, patologias, culturas e outros fatores(23).

Para tanto, deve-se levar em conta estratégias para reduzir os impactos que as barreiras causam no atendimento ao DA como assegurar que o surdo tenha um campo de visão claro; tornar a leitura labial o mais compreensível possível e quando a comunicação acontece por meio de intérprete devemos olhar diretamente para o surdo e não para quem interpreta(24). Além dessas, existem estratégias de fácil inserção e de baixo custo, como a assistência integral, derivada de um trabalho interdisciplinar onde se compartilha conhecimento e visões de diferentes profissionais; e atuar junto à comunidade através da implementação de ações que tenham o foco voltado na prevenção de agravos, proteção à saúde, reabilitação da capacidade funcional, e a inclusão social (25).

Um mecanismo capaz de promover estratégias de inclusão social, são as tecnologias assistivas que se referem a procedimentos que atendem a necessidade dos indivíduos com deficiência, visando meios que gerem independência e autonomia. Promover o conhecimento dos recursos disponíveis para assegurar a autonomia e independência de pessoas com deficiência é possibilitar a formação de cidadãos críticos e que participem da sociedade(16).

Um exemplo de tecnologias que podem ser utilizadas para inclusão do DA é o aplicativo alagoano de celular “*Hand Talk*” que ganhou uma competição promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2013 como melhor na categoria Inclusão Social do prêmio *WSA-Mobile*, em Abu Dhabi, nos Emirados Árabes(17).

Os municípios devem visar à educação permanente de seus profissionais como meio para melhoria da qualidade de atendimento oferecida ao surdo e como ferramenta de inclusão social. A utilização de estratégias e tecnologias pelo profissional deve ser refletida visto que essas não são de difícil acesso e contribuem para qualificar a comunicação e com isso, para a inclusão dos surdos à sociedade(26).

Conclui-se que o processo de comunicação se apresenta como limitador do acesso do DA à uma assistência integral à saúde. As barreiras linguísticas tornam o indivíduo surdo dependente de pessoas mais próximas que sejam ouvintes e, que obrigatoriamente tem que acompanhá-lo nos serviços de saúde. Este tipo de situação prejudica substancialmente a autonomia do deficiente enquanto integrante da sociedade. Além disso, os participantes destacaram a necessidade quanto a presença de interpretes, entretanto, isto pode ser uma barreira negativa na compreensão da informação interpretada, pois nem sempre o interprete possui conhecimento na área da saúde.

Perante a esta realidade é preciso pensar em um processo de educação permanente nos serviços de saúde, com a finalidade de capacitar o indivíduo que presta o atendimento. Para que este, no mínimo, possa utilizar as tecnologias assistivas como recurso facilitador e mediador entre ele e o DA, com vistas a reduzir as barreiras de comunicação para que a atenção à saúde desses pacientes aconteça de forma integral. Espera-se que este estudo tenha contribuído para melhorar a visibilidade do surdo na sociedade.

O estudo teve como limitação não ter acesso ao número absoluto de DA do município, transcrição das falas serem realizadas pela intérprete (quando houve por parte do participante impossibilidade de escrever), e a impossibilidade de inferência.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/ecnomia/comercioeservico/pas/pas2006>. Acesso em 11 de Junho de 2017.
2. Carvalho CA, Fonseca PCA, Barbosa JB, Machado SP, Santos AM, Silva AAM. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):479-490 .
3. World Health Organization (WHO). Deafness and hearing impairment. Geneva: World Health Organization, 2012
4. Jakobson, R. Linguística e comunicação. São Paulo: Cultrix edição 27, ano 2014.
5. Brasil. Lei nº 10.436, de 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, 24 abril. 2002. Disponível em: <http://www.acessibilidadeinclusiva.com.br/leis/>. Acesso em: 19 fev. 2016.
6. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007. [citado 2017 Abr 14]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>
7. Trecossi MO, Ortigara EPF. Importância e eficácia das consultas de enfermagem ao paciente surdo. *Rev enferm URI*. 2013; 9(9): 60-9. [Internet]. 2013. [citado 2017 Abr 14]. Disponível em : <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/938/1661>
8. Oliveira YC, Costa GM, Coura AS, Cartaxo RO, França IS. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e odontologia no estado da Paraíba, Brasil. *Interface: Com Saúde Educ*. 2012;16(43):995-1008. [Internet]. 2012. [citado 2017 Abr 14]. Disponível em : <http://www.dx.doi.org/10.1590/S1414-3283201200500004>
9. Silva, Francielle Fernanda; Faria, Cleide Chagas da Cunha. O deficiente auditivo e as dificuldades na comunicação com profissionais de saúde. *Revista Perquirere*, 11(2): 190-201, dez. 2014. [Internet]. 2014. [citado 2017 Abr 14]. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br>.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
11. Ferreira, Rosiane Araújo; Ferriani, Maria das Graças Carvalho; Mello, Débora Falleiros ; Carvalho, Ione Pinto; Cano, Maria Aparecida; Oliveira, Luiz Antônio. Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):313-

323, fev. [Internet]. 2012. [citado 2017 Agos 14]. Disponível em :

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/10.pdf>.

12- Andrade CL, Fernandes L, Ramos HE, Mendes CMC, Alves CAD. Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: avanços e entraves da saúde auditiva no Brasil. Rev Ciênc Med Biol [Internet]. 2013 [citado 2015 jul. 11];12(n.esp): 404-10. Disponível em: Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9181/6749>

13- Bordin Danielle, Fadel Cristina Berger, Moimaz Suzely Adas Saliba, Garbin Cléa Adas Saliba, Saliba Nemre Adas. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Sep 01] ; 22(1): 151-160. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.13522015> .

14- Chaveiro, Neuma; Barbosa, Maria Alves; Porto, Celmo Celeno; Munari, Denise Bouttelet; Medeiros, Marcelo; Reis, Soraya Bianca. Duarte Atendimento À Pessoa Surda Que Utiliza A Língua De Sinais, Na Perspectiva Do Profissional Da Saúde. Cogitare Enferm. 2010 Out/Dez; 15(4):639-45.

15-. De França, IS; Xavier, P; Lorita, MF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. Northeast Network Nursing Journal, v. 9, n. 2, 2016

16- Forgiarini, Roberta Rossarolla. A produção da autonomia no sujeito deficiente: contribuições da escola inclusiva. Revista Educação por Escrito – PUCRS, v.3, n.2, dez. 2012.

17- Hand Talk. Aplicativo alagoano Hand Talk é eleito o melhor do mundo em concurso. Disponível em: <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2013/02/aplicativo-alagoano-hand-talk-e-eleito-o-melhor-do-mundo-em-concurso.html>

18- Oliveira YCA de, Coura AS, Costa GMC et al. Communication Between Health Professionals-Deaf People: An Integrative Review. J Nurs UFPE on line., Recife, 9(Suppl. 2):957-64, Feb., 2014. Disponível em : doi: 10.5205/reuol.6391-62431-2ED.0902supl201523

19- França Inacia Sátiro Xavier de, Magalhães Isabella Medeiros de Oliveira, Sousa Francisco Stélio de, Coura Alexandro Silva, Silva Arthur Felipe Rodrigues, Baptista Rosilene Santos. Clinical signs and symptoms of sexually transmitted infections communicated in libras. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2016 June [cited 2017 Sep 01] ; 50(3): 458-465. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400012> .

20- Peres, LS; Rocha, LPO; Reis, DS. Identificação das ações e estratégias de comunicação da equipe de enfermagem frente ao paciente portador de deficiência auditiva durante o período de internação. Revista Eletrônica Interdisciplinar, v. 2, n. 12, 2014.

- 21- Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saude Publica. 2011;45(1):99-105. DOI:10.1590/S0034-89102010005000048
- 22- Oliveira YCA, Coura AS, Costa GMC, França ISXL. Comunicação entre profissionais de saúde-pessoas surdas: revisão integrativa. Rev enferm UFPE. 2015;9(2):957-64.
- 23- Corrêa CS, Pereira LA, Barreto LS. Celestino PP, André KM. O despertar do enfermeiro em relação ao paciente portador de deficiência auditiva. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2010;2(2):758-69.
- 24- Silva ,Paulo Sergio Da; Basso,Neusa Aparecida De Sousa; Fernandes , Sônia Regina Chaves Martines . Nursing And The Brazilian Sign Language Use For Hearing-Impaired Treatment. Revista UNINGÁ Review. Vol.17,n.1,pp.05-12 (Jan - Mar 2014), Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review>
- 25- Gomes, J; Melo, I; Oliveira, E; Mesquita, A; Sousa, A , et al. Vivenciando e aprendendo: o cuidado a pessoas com deficiência contribuindo para a formação profissional. Interagir: pensando a extensão, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/15844/15975>>. Acesso em: 15 Jul. 2017.
- 26- Áfio ACE, Carvalho AT, Carvalho LV, Silva ASR, Pagliuca LMF. Accessibility assessment of assistive technology for the hearing impaired. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(5):781-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690503> .
-