



Licenciatura em Enfermagem

**Comunicação do Cliente Surdo com o Enfermeiro da triagem em  
contexto de Urgência**

- Monografia Final de Curso -

Ana Catarina da Costa Henriques

200691434

Professor Orientador: Ema Perdigão

Barcarena

Junho – 2012

Universidade Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

**Comunicação do Cliente Surdo com o Enfermeiro da triagem em  
contexto de Urgência**

- Monografia Final de Curso -

**Finalidade:** Obter o grau de licenciatura em Enfermagem.

Ana Catarina da Costa Henriques

200691434

Professor Orientador: Ema Perdigão

Barcarena

Junho – 2012

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.

## **Agradecimentos**

À Professora Ema Perdigão, cuja orientação foi determinante na execução deste trabalho, a sua sabedoria e capacidade de partilha permitiram um crescimento científico, que sempre considerei difícil e por vezes até impossível.

À Associação Portuguesa de Surdos, em especial à Marta Rodrigues, coordenadora do Centro de Informação e Documentação pela disponibilidade e à Presidente pela autorização para a colheita de dados.

Aos entrevistados, pela partilha e interesse, sem os quais não seria possível a elaboração deste trabalho.

À minha família, em especial pais e irmão, pois sem eles nada disto seria possível e pela sua dedicação e esforço, para me ajudarem a alcançar esta meta.

Ao Bruno, pela paciência e compreensão, nos momentos de maior exaustão e desespero e pela ajuda, tantas vezes solicitada.

Aos amigos, nos quais se incluem as minhas colegas de turma, pela ajuda, confiança e incentivo, nos momento de fraqueza.

## **Resumo**

### **Comunicação do Cliente Surdo com o Enfermeiro da triagem em contexto de Urgência**

Para os enfermeiros, a comunicação é considerada um processo fundamental não apenas para a identificação de sinais e sintomas, mas também para o desenvolvimento da relação terapêutica. Nesse sentido, é necessário, a utilização de estratégias para a melhoria da comunicação com a população Surda nas instituições de saúde como um factor de inclusão social e de humanização no atendimento prestado pelo profissional de saúde.

Apresenta-se como objectivo deste estudo, descrever as experiências de comunicação entre o cliente adulto, com surdez pré-linguística, e o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência.

O paradigma utilizado neste estudo é o paradigma qualitativo, sendo que o tipo de estudo é exploratório, descritivo.

A amostra foi constituída por sete participantes que preenchiam os critérios de selecção descritos no estudo a quem foram realizadas entrevistas semi-dirigidas e vídeo-gravadas.

Depois da análise realizada temos como principais resultados que as dificuldades apontadas pelos Surdos são em número superior às facilidades e quase todas as descrições de experiências em contexto de urgência foram negativas a nível da eficácia da comunicação estabelecida com o enfermeiro.

Todos estes resultados obtidos poderão ter contributos para a enfermagem, pois a barreira de comunicação é bastante perceptível entre Surdos e enfermeiros da triagem, sendo necessário fazer uma revisão do desenvolvimento de competências, bem como um alerta para a importância da igualdade de oportunidades para os Surdos nas instituições de saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação, Surdos, Enfermeiros, Estratégias, Língua Gestual.

## **Abstract**

### **Communication of the Customer Deaf to the Nurse of the triage in the context of Urgency**

For nurses, the communication is considered a key process not only for the identification of signs, symptoms and problems, but also for the development of therapeutic relationship. Therefore, it is necessary and increasingly important, the use of strategies for improving communication with the Deaf people in health institutions as a factor of social inclusion and humanization of care provided by health professionals.

It presents as objective of this study, describe the experiences of communication between the client adult, with pre-linguistic deafness, and the Nurse from the triage of Emergency Service.

The paradigm used in this study is the qualitative paradigm, and the type of study is exploratory descriptive, based on a semi-structured interview consisting of open questions.

The sample was composed of seven participants who met the selection criteria described in the study.

After the analysis, we have as main result that the difficulties pointed out by the Deaf are greater in number than the facilities, and almost all descriptions of experiences in the context of emergency were negative at the level of communication established with the nurse.

All these results may have contributions to nursing, because the communication barrier is quite noticeable between Deaf and nurses, it is necessary to review the development of skills as well as an alert to the importance of equal opportunities for the Deaf in the institutions of health.

**Keywords:** Communication, Deaf, Nurses, Strategies, Sign Language.

## Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Índice .....	vi
Índice de quadros .....	viii
Lista de abreviaturas e siglas .....	x
Introdução .....	1
1. Enquadramento teórico.....	5
1.1. Surdez.....	5
1.1.1. Cultura Surda.....	6
1.1.2. Igualdade de oportunidades dos Surdos na sociedade .....	7
1.1.3. A evolução da educação especial .....	9
1.1.4. Legislação .....	10
1.2. Comunicação .....	12
1.2.1. Comunicação na Comunidade Surda.....	14
1.2.2. Língua Gestual.....	16
1.2.3. Comunicação em Saúde .....	17
1.2.4. Comunicação pessoa surda/enfermeiro .....	20
1.3. Atendimento no Serviço de Urgência Hospitalar .....	23
1.3.1. Triagem - Serviço de Urgência hospitalar .....	23
2. Decisões Metodológicas .....	25
2.1. Paradigma e tipo de estudo.....	25
2.1.1. Paradigma.....	25
2.1.2. Tipo de estudo .....	25

2.2. População e amostra.....	25
2.3. Método de colheita de dados .....	27
2.4. Análise e interpretação dos resultados .....	28
2.5. Considerações éticas .....	28
2.5.1. Princípio da beneficência .....	29
2.5.2. Princípio do respeito pela dignidade humana .....	29
2.5.3. Princípio da justiça .....	30
3. Análise de Conteúdo .....	31
3.1 Caracterização da Amostra.....	31
3.2 Apresentação e análise .....	32
3.2.1 Categoria – Sentimentos.....	33
3.2.2 Categoria – Elementos facilitadores .....	36
3.2.3 Categoria – Dificuldades.....	41
3.2.4 Categoria – Estratégias de comunicação .....	50
3.2.5 Categoria – Avaliação.....	59
Conclusão .....	63
Implicações e Sugestões .....	67
Limitações.....	69
Referências Bibliográficas .....	71
Apêndices .....	75
Apêndice 1 – Carta de Autorização.....	76
Apêndice 2 – Carta Explicativa .....	79
Apêndice 3 – Consentimento Informado.....	81
Apêndice 4– Instrumento Colheita de dados .....	83
Apêndice 5 – Entrevistas .....	85

## Índice de quadros

Quadro 1 - Regras básicas .....	15
Quadro 2 - Caracterização da amostra.....	31
Quadro 3 - Categorias e unidades de contexto.....	32
Quadro 4 - Categoria: Sentimentos .....	33
Quadro 5 - Unidade de Contexto: Ansiedade .....	33
Quadro 6 - Unidade de Contexto: Nervosismo .....	34
Quadro 7 - Unidade de contexto: Aflição.....	34
Quadro 8 - Unidade de contexto: Stress .....	34
Quadro 9 - Unidade de contexto: Preocupação.....	35
Quadro 10 - Unidade de contexto: Negativismo.....	35
Quadro 11 - Categoria: Elementos facilitadores .....	36
Quadro 12 - Unidade de contexto: Postura do enfermeiro .....	36
Quadro 13 - Unidade de contexto: Tecnologia .....	38
Quadro 14 - Unidade de contexto: Presença de familiar .....	39
Quadro 15 - Unidade de contexto: Experiência anterior .....	40
Quadro 16 - Categoria: Dificuldades.....	41
Quadro 17 - Unidade de contexto: Postura do enfermeiro .....	42
Quadro 18 - Unidade de contexto: Transmissão da informação.....	44
Quadro 19 - Unidade de contexto: Compreensão da informação .....	47
Quadro 20 - Unidade de contexto: Barreira chamada triagem .....	48
Quadro 21 - Unidade de contexto: Barreiras físicas .....	50
Quadro 22 - Categoria: Estratégias de comunicação .....	51
Quadro 23 - Unidade de contexto: Mímica/Gestos.....	52
Quadro 24 - Unidade de contexto: Leitura labial.....	53
Quadro 25 - Unidade de contexto: Apontar.....	55
Quadro 26 - Unidade de contexto: Escrita.....	56
Quadro 27 - Unidade de contexto: Expressão facial .....	57
Quadro 28 - Unidade de contexto: Língua Gestual.....	58
Quadro 29 - Categoria: Avaliação do processo .....	59
Quadro 30 - Unidade de contexto: Positiva .....	60

Quadro 31 - Unidade de contexto: Mediana .....	60
Quadro 32 - Unidade de contexto: Negativa .....	61

## **Lista de abreviaturas e siglas**

BIAP – Bureau International d'AudioPhonologie

dB - Decibel

## **Introdução**

O trabalho de monografia seguidamente apresentado tem como intenção a obtenção de grau de licenciatura em enfermagem e está contemplado no plano de estudos do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 4º ano, para apresentação e discussão no 2º semestre do 4º ano.

O tema estudado foi a “*Comunicação do cliente Surdo com o Enfermeiro da Triagem de um Serviço de Urgência hospitalar*”. A comunicação é um dos factores-chave para uma boa prestação de cuidados. Segundo Oliveira, Lopes e Pinto (2009:165) “A pessoa com surdez pré-linguística ao procurar um serviço de saúde, encontra como principal barreira a sua comunicação com a equipa de saúde”, daí deriva a pertinência deste tema no sentido de compreender e poder dar contributos para a melhoria desta relação.

É de extrema importância que o enfermeiro consiga adaptar estratégias de comunicação adequadas ao cliente adulto com surdez pré-linguística, em contexto de urgência/emergência hospitalar, num sector inicial do percurso do cliente no serviço: a Triagem.

Ao longo dos anos, as pesquisas sobre surdez, língua gestual e comunicação, têm contribuído para a modificação gradual da visão dos Surdos, compartilhada pela sociedade ouvinte em geral. Porque as diferenças e especificidades dos indivíduos existem, e tendo por base os dados já apurados no Recenseamento da População Portuguesa de 12 de Março de 2001<sup>1</sup> será importante o Enfermeiro desenvolver competências para melhorar a sua comunicação com a população Surda. É por isso necessário, e cada vez mais importante, a utilização de estratégias para a melhoria da comunicação nas instituições de saúde como um factor de inclusão social e de humanização no atendimento prestado pelo profissional de saúde.

Para o desenvolvimento do estudo foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica, utilizando como fontes, livros, revistas, documentos *on-line*, artigos e estudos

---

<sup>1</sup> Existem 636059 pessoas com deficiência, o equivalente a 6,1% da população residente em Portugal, sendo que destes, 13,2% apresentavam deficiência auditiva.

anteriormente realizados e construído um referencial teórico que assenta nas temáticas, Surdez, Comunicação e Atendimento na Urgência Hospitalar.

Alguns estudos relativos à comunicação entre a pessoa surda e o enfermeiro foram encontrados. Um estudo de revisão realizado por Chaveiro, Barbosa e Porto (2007) com o objectivo de analisar e identificar a comunicação entre o paciente surdo e o profissional de saúde apresenta como principal resultado a existência de barreiras comunicacionais entre o indivíduo Surdo e o profissional de saúde e evidenciando, desta forma, a necessidade de uma melhor comunicação com os indivíduos Surdos. Outro estudo desenvolvido por Bin *et al* (2004), onde o objectivo foi identificar as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na comunicação com pacientes surdos, os recursos por eles utilizados frente a essas dificuldades e situações de impedimento de comunicação verbal, revela como resultados, que as principais dificuldades identificadas pelos 80 enfermeiros participantes na comunicação com indivíduos Surdos foram, a falta de formação específica (52 participantes), dificuldade de entendimento (38 participantes) e não saber Língua Gestual (42 participantes). O estudo mostrou ainda que o principal recurso utilizado pelos profissionais na comunicação com os clientes Surdos foi ajuda a de um familiar/acompanhante (para 42 participantes) seguido de mímica e leitura labial (para 37 participantes). Ainda outro estudo realizado por Britto e Samperiz (2010) com uma amostra de por 37 enfermeiros e 63 técnicos em enfermagem de um hospital privado brasileiro, teve por objectivo identificar as dificuldades de comunicação da equipa de enfermagem com os indivíduos Surdos no decorrer da assistência de enfermagem e conhecer as estratégias desenvolvidas na comunicação não verbal. A dificuldade em explicar informação importante ao cliente foi relatada por 66% dos profissionais e para 32%, a dificuldade em entender o cliente na sua forma de comunicação. A estratégia de comunicação utilizada por 100% dos participantes foi mímica, seguida pela leitura labial (94%), recurso ao acompanhante (65%) e escrita (42%). Somente 1% comunicou através de Língua Gestual.

Todos estes estudos apontam para as dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na comunicação com clientes Surdos e justificam a necessidade de capacitar os profissionais para promover um cuidado humanizado no contexto de uma sociedade mais inclusiva para portadores de necessidades especiais.

Importa ainda realçar que os estudos encontrados reflectem na sua maioria a perspectiva dos profissionais de saúde. Será diferente a perspectiva da pessoa Surda relativamente à comunicação que estabelece com o enfermeiro? E se essa interacção tiver lugar em contexto de urgência, com que especificidades e exigências relativas aos cuidados urgentes?

Estas foram as questões de partida para este estudo que teve como objectivo descrever as experiências de comunicação entre o cliente adulto com surdez pré-linguística e o Enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência e do qual decorreram as seguintes questões de investigação:

- Quais as estratégias de comunicação que o cliente adulto com surdez pré-linguística adopta no contacto com o enfermeiro do Serviço de Urgência?
- Quais as principais barreiras/elementos facilitadores à comunicação que o cliente adulto com surdez pré-linguística identifica na abordagem com o enfermeiro do Serviço de Urgência?

Trata-se de um estudo de paradigma qualitativo, exploratório, descritivo simples com recurso à técnica de análise temática de conteúdo segundo Bardin para organização e análise dos dados recolhidos.

No presente trabalho apresentam-se as fases conceptual, metodológica e empírica que compõem ao estudo de investigação, fazendo coincidi-las com os capítulos do relatório escrito. Assim sendo, o 1º capítulo corresponde ao enquadramento teórico, o segundo apresenta o desenho do estudo e as decisões metodológicas, o 3º descreve os resultados obtidos e por fim apresentam-se a conclusão, implicações e sugestões para a prática e disciplina e limitações.

O trabalho escrito e a referência bibliográfica, seguem as normas de elaboração de trabalhos finais de curso da Universidade Atlântica e para aquilo em que as mesmas são omissas, utiliza-se Azevedo (Azevedo, 2006).



## 1. Enquadramento teórico

Neste capítulo encontra-se informação sobre a problemática estudada, tendo sido realizado em áreas próximas daquela que foi investigada, fazendo referência ao problema apresentado e a investigações já efectuadas na área temática em causa.

### 1.1. Surdez

A surdez é definida por Manuilla (2004) como a perda parcial ou total do sentido da audição dependendo de vários factores como: a idade, o grau e o tipo. Bautista (1997) afirma que, quanto à idade a surdez pode ser classificada por pré-linguística/pré-locutiva quando se manifesta antes da aquisição da linguagem e em pós-linguística/pós-locutiva quando a linguagem já está adquirida. Quanto ao tipo, a perda de audição pode ser condutiva (há interferência na condução dos impulsos sonoros no ouvido externo e médio), neurossensorial (há interferência na condução dos impulsos sonoros ao nível do ouvido interno) e mista (quando há interferência na condução do impulso sonoro ao nível do ouvido interno, médio e externo). Para Phipps (2003) o tipo de surdez é influenciado pela sua causa seja ela congénita ou adquirida. O International Bureau for Audiophonology (BIAP) na sua convenção de 2005, emitiu algumas recomendações sobre a avaliação audimétrica: a audição é normal ou subnormal com uma perda auditiva inferior a 20 dB, surdez ligeira entre 21 dB e 40 dB, surdez média entre 41 dB e 70 dB, surdez severa entre 71 dB e 90 dB, surdez profunda entre 91 dB e 119 dB e deficiência auditiva total ou cofose com perda auditiva igual ou superior 120 dB.

A visão mais tradicional sobre as pessoas Surdas, prevalente na influente classe médica, é que a principal característica da surdez é a falta de alguma coisa, isto é, audição e/ou capacidade de comunicar. Esta é a abordagem clinico-patológica da surdez e baseia-se frequentemente em dados educacionais e psicológicos. Esta visão é também extensiva no seio da comunidade ouvinte (Félix, 2001).

Os linguistas, descrevendo as pessoas surdas como formando uma “comunidade linguista” representam assim uma ruptura com a longa tradição de se considerar patologicamente as pessoas surdas e ainda mais importante, esta nova visão trouxe

consigo um reconhecimento público e oficial de um aspecto fundamental da vida das pessoas Surdas: a cultura (Félix, 2001).

Estes aspectos não são simplesmente diferenças de atitude: elas têm profundas implicações sobre o modo como as pessoas Surdas são tratadas. A abordagem médica enfatiza o que falta nas pessoas e assume como primeira prioridade a normalização das pessoas Surdas, enquanto que a visão mais recente implica aceitação (embora nem sempre compreensão) das pessoas Surdas como um grupo separado, com as suas próprias organizações e tradições (Félix, 2001).

### **1.1.1. Cultura Surda**

A Cultura Surda deve ser perspectivada a partir da apreensão do mundo segundo uma aptidão visual, mais do que segundo uma dificuldade auditiva a ser compensada, assumindo-se marcadamente como uma forma de estar, de comunicar, de pensar, de se comportar, de possuir determinados hábitos, normas, actividades e interesses, de vivenciar as mesmas experiências, de se firmar numa história e numa participação política, de possuir manifestações artísticas e adaptações técnicas próprias (Martins, 2005).

A Cultura Surda emerge da comunidade composta por pessoas culturalmente Surdas, em que a audição é um critério de menor importância. Estas pessoas não se distinguem tanto pelo grau de audição, mas antes pela capacidade de compreensão pela acerca de uma forma de estar na vida essencialmente visual. Parece haver um sentimento compartilhado assente numa comunicação comum, uma lógica mental que é aceite naturalmente por todos. A surdez deixa de ser uma deficiência para passar a ser uma condição física que determina a pertença a uma comunidade com língua e cultura próprias. Assim, Surdo é o membro da comunidade surda e surdo é a pessoa com perda auditiva significativa; deficiente auditivo é a representação social de todos os que têm perdas auditivas, meramente clínicas (Martins, 2005).

A exclusão que os Surdos sofrem sistematicamente no mundo ouvinte é reforçada em elos de união redobrados entre si. Assim, os membros desta comunidade minoritária

parecem partilhar um mesmo lado positivo, o conforto de uma língua natural e de uma cultura espontânea (Martins, 2005).

A cultura surda tem seu próprio conjunto de regras e comportamentos que as pessoas ouvintes podem não entender. Por exemplo, é falta de educação não manter contacto visual quando se fala com um surdo. Além disso, as regras relativas ao contacto físico, ao toque e apontar são diferentes na cultura surda. Os surdos veem como rude a atitude de serem excluídos de uma conversa, pois querem as mesmas informações que uma pessoa ouvinte teria (Scheier, 2009).

Os sons que evocam uma resposta, como bater na porta na porta, deverão ser transmitidos pela pessoa ouvinte ao surdo. Mudanças bruscas no tema de conversa e despedidas longas são comuns entre os surdos (Scheier, 2009).

### **1.1.2. Igualdade de oportunidades dos Surdos na sociedade**

A inclusão social referente ao atendimento de pessoas portadoras de necessidades especiais, nos serviços da área de saúde, estabelece-se como um factor essencial de qualidade dos serviços prestados, enquanto que a falta de comunicação inviabiliza um atendimento humanizado. A comunicação com os surdos surge como um desafio aos profissionais que lhes prestam assistência em saúde (Chaveiro e Barbosa, 2005).

Em muitos países estão a ser oferecidas melhores oportunidades de integração social para as pessoas portadoras de deficiência e em boa parte, as novas tecnologias foram postas à disposição destas pessoas de modo a facilitar a comunicação e assim desenvolver tarefas comunicativas ou profissionais. Apesar disto, este factor por si só, não é suficiente, pois os procedimentos facilitadores dirigidos à comunicação ou a outras tarefas não devem apenas basear-se em aspectos mecânicos ou electrónicos, mas também nas condições interpessoais (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

É necessária uma mudança de atitude da sociedade em geral e esta pode ser produzida por diferentes meios. Em primeiro lugar, os meios de informação, como a imprensa escrita, o rádio ou a televisão, podem apostar na sensibilização acerca das pessoas que usam meios de comunicação não verbais. Para uma grande maioria de pessoas na

sociedade, lidar com alguém “diferente” não é habitual e com frequência, desconhecem as características e capacidades das pessoas com deficiência. Não se pode exigir que todas as pessoas compreendam e reajam da mesma maneira perante algo que desconhecem. Deste modo, é necessário organizar campanhas informativas para que a sociedade reconheça que estas pessoas existem e para que as suas capacidades sejam reconhecidas (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

Outro nível de difusão com propósitos didáticos consiste em criar materiais específicos, como vídeos, com exemplos de interação social, onde se aborda a perspectiva das pessoas com deficiência e comentando o que se deve fazer em situações quotidianas quando duas pessoas se encontram, por exemplo, num bar (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

Em segundo lugar, é necessário que os cidadãos tenham oportunidade de conhecer e conviver com estas pessoas, do mesmo modo que eles precisam de oportunidades para aprender estes modos de relação social pouco habituais. Quando o atípico se converter em normal, tenderemos a comportar-nos com naturalidade e as pessoas com deficiência ficarão beneficiadas (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

De facto, a história social está repleta de exemplos de como as ideias, os factos, as relações e os mecanismos mais estranhos para a maioria social, com a persistência de uma presença habitual, se converteram na “normalidade” quotidiana (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

Outros dois itens relacionados com as condições do meio interpessoal das pessoas com deficiência e em particular daquelas que utilizam sistemas alternativos de comunicação, serão fundamentais para conseguir o seu pleno desenvolvimento e integração. O primeiro deles consiste em ajustar as capacidades de interação das pessoas mais significativas do meio, familiares, educadores, amigos, entre outros e o segundo consiste em melhorar as estratégias de intervenção, tanto em contextos naturais, como em situações terapêuticas ou de instrução especial (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

### 1.1.3. A evolução da educação especial

Contrariamente à posição assumida, a comunidade surda reconhece que é vista como inferior e por vezes tem associados a si, alguns estereótipos de carga negativa. Para contrapor esta tendência, reclama que uma maior atenção seja dada à educação das crianças surdas, de modo a que as suas aspirações profissionais sejam maiores, a que diferentes profissões estejam abertas a esta minoria, a que a língua e cultura da minoria sejam legitimadas. Desta forma as crianças poderiam crescer adaptadas e orgulhosas da sua identidade minoritária (Félix, 2001).

As comunidades surdas do mundo ocidental há muito que estão cientes que a educação e o acesso à informação, são prioridades para este grupo. O primeiro livro de um autor surdo, Pierre Desloges, publicado em 1977 é, sobretudo, dedicado ao ensino de crianças surdas e ao papel da língua gestual no acesso à informação. Embora a educação seja uma questão chave para todas as minorias, ela tem um significado ainda maior para os surdos dada a especificidade do seu *déficit* sensorial e comunicacional (Félix, 2001).

Tendo em conta a importância apontada relativamente à educação, em todo o mundo, a partir da década de 90, difundiu-se a defesa de uma política educacional de inclusão das pessoas com necessidades educativas especiais, propondo maior respeito e socialização efectiva destes grupos e contemplando assim, também a comunidade surda (Coelho, 2005).

Uma investigação realizada por Chaveiro e Barbosa (2005), onde foram entrevistados 20 surdos com idade acima de 18 anos, apresenta um resultado interessante:

*Pelo facto dos surdos muitas vezes não terem problemas visuais, a escrita poderia ser uma alternativa, mas a realidade não é assim, para eles o português é a segunda língua e como qualquer língua estrangeira, é difícil a sua aprendizagem. Deste modo, um dos grandes desafios na área de educação é a sua alfabetização. Portanto, a escrita como apontada por alguns surdos na pesquisa, não é o caminho ideal para a eficácia do entendimento.*

Um aspecto determinante para a alfabetização da pessoa surda é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens. Nessa medida é importante planear um sistema de educação flexível, direccionado para uma política global integrada que permita responder à diversidade de

características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos. A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados (Decreto-Lei n.º 3/2008).

Para que tal acontecesse, houve um movimento de desprestígio dos programas de educação especial e um incentivo maciço para práticas de inclusão de pessoas surdas em escolas regulares (de ouvintes). Deste modo, diversas têm sido as formas de realização da inclusão, todavia, é inegável que a maioria dos alunos surdos sofreu uma escolarização pouco responsável (Lacerda, 2006).

Pesquisas desenvolvidas em vários países indicam que um número significativo de pessoas surdas que frequentaram vários anos de escolarização, apresentam competências para aspectos académicos inferiores ao desempenho de alunos ouvintes, apesar de suas capacidades cognitivas iniciais serem semelhantes. Uma evidente inadequação do sistema de ensino é denunciada por estes dados, revelando a urgência de medidas que favoreçam o desenvolvimento pleno destas pessoas (Coelho, 2005).

O Ministério da Educação tem vindo a gerir reflexões importantíssimas sobre a educação das crianças e jovens, as quais conduziram necessariamente a uma melhoria muito significativa do sistema educativo português. Nesse âmbito, têm sido produzidos documentos extremamente importantes, bem elaborados e muito oportunos (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

#### **1.1.4. Legislação**

O respeito pelos Direitos do Homem e do Cidadão no que concerne à Pessoa Surda implica o reconhecimento da Língua Gestual Portuguesa a todos os níveis, nomeadamente nos campos da educação, justiça, autoridades administrativas e serviços públicos, órgãos de comunicação social, actividades e serviços culturais, vida económica e social, e sublinhando que deve ser promovida em todos os domínios da vida económica, social e cultural, uma igualdade plena e efectiva entre a Pessoa Surda,

pertencente a uma minoria nacional e as pertencentes à maioria ouvinte (Federação Portuguesa das Associações de Surdos – data desconhecida).

A legislação em vigor, de 2004, tem vários artigos associados, relativos a vários domínios que defendem a plena integração e aceitação na sociedade. Entre eles encontram-se a Língua Gestual (Artigo 1º) defendendo o direito de todos os Surdos à sua utilização, a Vida Política e Cívica (Artigo 3º) que diz respeito ao direito que a pessoa Surda tem de exercer os seus direitos e a obrigação de cumprir os seus deveres de cidadão em plena consciência, a Formação Profissional e Emprego (Artigo 8º) onde a ideia principal refere que ninguém pode ser privado do seu emprego em razão da sua Surdez, a Informação e Cultura (Artigo 11º) onde se refere ser primordial a acessibilidade da Pessoa Surda a toda a informação e cultura utilizando todas as técnicas necessárias para que estas se tornem acessíveis, e ainda, a Medicina (Artigo 13º) onde é referido que nenhuma Pessoa Surda pode ser obrigada a suportar um tratamento médico sem que lhe tenha sido prestada uma anterior informação clara e completa (Federação Portuguesa das Associações de Surdos – data desconhecida).

Ainda sobre a legislação, a Assembleia da República (2004) resolveu, nos termos do nº 5 do artigo 166º da Constituição da República Portuguesa, recomendar ao Governo:

1. Que habilitasse os serviços prioritários de emergência, principalmente o número nacional de socorro 112, de equipamentos que permitam a recepção de chamadas em modo de texto, assim como o serviço de mensagens escritas;
2. Que estudasse a possibilidade da promoção de facilidades de aquisição, por cidadãos portadores de deficiência, de telefones de texto (fixo e móveis) e de telemóveis com mensagens escritas;
3. Que reduzisse o custo do valor das chamadas, considerando que o tempo para uma chamada em modo texto é mais prolongada do que uma chamada normal;
4. Que promovesse a disponibilização de dispositivos de toque visual e vibrátil;
5. Que promovesse a disponibilização gratuita de amplificadores portáteis;
6. Que equacionasse a possibilidade de colocação de telefones de texto públicos na via pública.

## 1.2. Comunicação

Comunicação é uma palavra que vem do latim *communicare*, que tem o significado de trocar opiniões, partilhar, tornar comum, conferenciar (Pereira, 2008).

A comunicação é fundamental para a interação humana. Sem ela, as pessoas não se conseguem relacionar com aqueles que estão ao seu redor, dar a conhecer as suas necessidades e preocupações ou identificar o que está a acontecer (Casey e Wallis, 2011).

Não existe uma definição de consenso para comunicação, mas sabe-se que no acto de comunicar os signos e os códigos estão presentes. Pode afirmar-se que os signos e os códigos são transmitidos e nesse processo de remeter ou receber signos e códigos dá-se o acto de comunicar. Por isso, é possível dizer, que toda a comunicação envolve signos, significantes, significados e descodificações entre emissor e receptor (Pereira, 2008).

É ilimitada a capacidade do homem em comunicar tanto verbalmente como não verbalmente. A comunicação é determinada pelo contexto na qual se inscreve e este contexto envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, o espaço na qual se situa a interacção e a situação que coloca em relação aos protagonistas. O contexto constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interacção (Pereira, 2008).

A comunicação é fundamental, em qualquer modelo de sociedade e para compreender melhor esta noção, será necessário delimitar quais os elementos que nela interferem. Deste modo podem ser distinguidos quatro factores decisivos: o emissor – aquele que transmite a mensagem; o receptor – aquele a quem se dirige a mensagem, que terá de captá-la e aceitar; a mensagem – conteúdo da comunicação que será interpretada pelo receptor; e o canal – todo o suporte que serve de transporte a uma determinada mensagem (Fachada, 2000).

A invenção do alfabeto fonético levou à diferenciação entre linguagem e comunicação não verbal. Este evento na história humana permite-nos colocar palavras numa página, despindo-as de uma voz, corpo, relações interpessoais e contexto situacional na qual ocorrem e passá-las a outras gerações (Pereira, 2008).

É de salientar que a relação interpessoal depende necessariamente da habilidade comunicacional que se estabelece entre indivíduos, sendo esse factor que determina o grau de eficácia da mesma, ou seja, na interacção entre duas pessoas ambos desempenham o papel de emissor e receptor alternando-os. Ao comunicar o emissor recebe simultaneamente mensagens do receptor e por outro lado quem as recebe não desempenha um papel passivo (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Comunicar é trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz e assim sendo, analisando estas condicionantes, será necessário delimitar as duas componentes da comunicação: a expressão/linguagem verbal dos processos cognitivo e afectivo do emissor e a expressão/linguagem não verbal. O emissor determina que mensagem transmitir ao receptor codificando-a em mensagens ou gestos, podendo ser transmitida através do som, toque, visão, ou até cheiro e gosto. O receptor da mesma mensagem terá de descodificá-la, atribuindo-lhe um sentido (Fachada, 2000).

Ao ser emitida uma mensagem podem ser utilizados vários códigos, de entre os quais se encontram as palavras – linguagem verbal. Este tipo de linguagem pode adquirir a vertente escrita (livros, cartazes, jornais, ou cartas) ou oral (diálogo entre duas pessoas, rádio, televisão ou telefone); na nossa sociedade a que tem maior importância é a linguagem verbal oral. Na linguagem não verbal as mensagens poderão ser transmitidas por gestos, posturas, expressões faciais, ou roupas e adornos (Fachada, 2000).

Enquadrando estes aspectos no estudo proposto a desenvolver, as estratégias de comunicação que adquirem relevância podem ser englobadas na comunicação por linguagem não verbal e também na comunicação por linguagem verbal escrita, pois segundo Fachada (2000) quando duas pessoas se encontram, mesmo que não falem, não podem deixar de comunicar, porque todo o seu comportamento tem uma dimensão comunicativa.

Existem inúmeros obstáculos/barreiras à comunicação interpessoal, o que leva à não transmissão dos conteúdos bem como ao deficiente e ineficaz diálogo. Segundo Riley (2004) os factores que influenciam a comunicação podem estar relacionados com o

meio envolvente, com o emissor/receptor, com o tipo de linguagem utilizada, bem como com a compreensão de ambos sobre a informação a ser transmitida.

### **1.2.1. Comunicação na Comunidade Surda**

O gesto de apontar tem um papel muito importante em língua gestual portuguesa. É usado principalmente para identificar pessoas ou objectos especificamente e para localizá-los no espaço ou no tempo. As pessoas ouvintes podem ter sido ensinadas a pensar que apontar é falta de educação e podem não se sentir confortáveis quando o fazem inicialmente. Algumas situações que facilitam a comunicação são:

- Apontar com o dedo indicador firme e direito. Não é perfeitamente claro apontar com o dedo dobrado ou se usar outra configuração da mão para apontar;
- Não se deverá apontar muito perto nem muito longe do corpo. O braço é esticado apenas quando está a apontar para dar mais ênfase ou para chamar a atenção de alguém que está longe;
- As pessoas Surdas não se importam que apontem para elas;
- Alguns gestos (por exemplo, tu, eu, vocês, aqui) são feitos com o gesto de apontar, sendo este igualmente usado para referir pessoas ou objectos que não estão à vista. Esta referência muitas vezes não é mais que um rápido movimento do dedo e/ou olhar no decorrer de uma conversa, podendo por vezes passar despercebido causando má interpretação do sentido da frase (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Em língua gestual dever-se-á estar atento à informação que vem não só dos movimentos das mãos, mas também de movimentos da cabeça, ombros, sobrancelhas, boca, bochechas, mudanças na direcção do olhar e posição do corpo. Todos estes aspectos têm uma função gramatical, podendo, por exemplo, indicar diferenças nos tipos de frases ou perguntas, descrever o modo como a acção foi feita, se com facilidade, esforço, concentração ou outro. Expressões faciais e corporais são igualmente usadas para indicar o aspecto emotivo das declarações, histórias e descrições (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Existem algumas regras básicas para a comunicação em língua gestual:

Quadro 1 - Regras básicas

<b>O que se deve ou não deve fazer</b>	
<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<p>A língua gestual depende da visão. Para iniciar uma conversa deve-se primeiro conseguir contacto visual com a pessoa com quem se quer comunicar. Se essa pessoa não está a manter contacto visual, pode tentar-se acenar com a mão para que a mesma olhe.</p>	<p>Quando se acena com a mão, não se deverá fazer mesmo à frente da cara da outra pessoa, nem utilizar gesto largos com mão se se estiver perto da mesma. Um pequeno movimento da mão, ou só dos dedos é geralmente suficiente.</p>
<p>Se acenar com a mão não der resultado e se se estiver suficientemente perto, tocar no ombro da pessoa. Os membros da comunidade surda estão habituados a este contacto.</p>	<p>Ao tocar o ombro de uma pessoa para chamar a atenção, não se deve fazer demasiado levemente ou apenas uma vez, nem muito repetidamente. Duas ou três vezes de forma firme, mas leve será o suficiente, sendo os ombros o melhor local para fazê-lo quando não se conhece bem a pessoa.</p>
<p>Se a pessoa com quem se quer comunicar estiver afastada, pode-se pedir à pessoa mais próxima que vá passando o chamamento até chegar à pretendida. Pode-se manter uma conversa e, língua gestual a distâncias maiores do que quando se conversa oralmente.</p>	<p>-----</p>

(Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

### 1.2.2. Língua Gestual

A Língua Gestual Portuguesa é a língua da comunidade de Surdos portugueses. Dessa comunidade fazem parte 20 000 surdos portugueses e um elevado número de ouvintes que integra os pais, familiares, amigos, intérpretes, professores e outros técnicos que com os Surdos, habitual e diariamente convivem (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Devido a políticas educativas que datam de 1880, a Língua Gestual foi banida da educação dos Surdos em muitos países, nomeadamente em Portugal, tendo sobrevivido apenas nos pequenos núcleos da comunidade e em algumas escolas com a valência de internato sem, contudo, ser admitida como meio de comunicação entre Surdos, pais, professores e outros técnicos (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Os resultados desta situação encontram-se consignados em alguns estudos internacionais e nacionais. No que respeita à realidade portuguesa, para os Surdos de uma forma geral, podem apontar-se os seguintes resultados:

- Os Surdos não interiorizam as estruturas da língua oral, nem dominam os mecanismos de leitura, dominando apenas vocabulário escasso e estereotipado o que os leva à incapacidade de apreensão de um texto escrito extremamente simples e curto;
- Os Surdos são incapazes de utilizar a escrita com correcção ou escrever de forma articulada um texto livre ou formal;
- Os Surdos apresentam uma utilização de língua oral extremamente reduzida, limitada e pouco compreensível;
- Os Surdos conseguem uma escolaridade abaixo das suas reais potencialidades e muito inferior à dos seus pares ouvintes;
- Alguns Surdos conseguem graus académicos de nível médio (ensino secundário) que não correspondem às suas reais competências escolares e linguísticas (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Segundo Melo *et al* (1986:25) “A Língua Gestual das comunidades surdas de cada país, é constituída com os mesmos níveis gramaticais que as línguas naturais. Têm uma

fonética, uma fonologia, uma sintaxe e uma semântica próprias. Também como as línguas verbais, têm as suas variações sócio-profissionais, dialectais e culturais”.

Comunicar através da Língua Gestual é para um surdo, qualquer que seja o seu grau de surdez, muito importante como o é a comunicação oral para as pessoas da sociedade que o rodeia, ou seja, as pessoas ouvintes. A Língua Gestual assume assim, um papel importante e fundamental no desenvolvimento, tanto físico e mental das pessoas surdas, como para a sua integração na sociedade e na aquisição do conhecimento (Ferreira *et al*, 2001).

A via mais natural e segura que os surdos têm para compreender toda a mensagem numa conversa, numa conferência ou até num discurso dirigido a uma assistência de pessoas ouvintes é sempre através do intérprete de Língua Gestual (Ferreira *et al*, 2001).

Uma investigação realizada por Oliveira, Lopes e Pinto (2009:169) apresenta como conclusão que “... o deficiente auditivo utiliza mais a mímica e o acompanhante como forma de comunicação com o profissional da saúde. O deficiente auditivo necessita de pessoas que possam servir como canal de comunicação entre ele e aquelas pessoas que não se comunicam através de Língua Gestual.” Segundo Cardoso, Rodrigues e Bachions (2006), citado por Oliveira, Lopes e Pinto (2009:169) “a figura do intermediador configura-se na família, amigos e intérprete profissional”.

### **1.2.3. Comunicação em Saúde**

A comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e comunidades com vista à promoção da própria saúde (Teixeira, data desconhecida).

Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante (Teixeira, data desconhecida).

De facto, comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como:

- Promover a saúde e educar para a saúde;
- Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde;
- Prevenir doenças;
- Sugerir e recomendar mudanças de comportamento;
- Recomendar exames de rastreio;
- Informar sobre a saúde e sobre as doenças;
- Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados;
- Receitar medicamentos;
- Recomendar medidas preventivas e actividades de auto-cuidados em indivíduos doentes (Teixeira, data desconhecida).

Assim, a comunicação é um tema transversal em saúde e com relevância em contextos muito diferentes:

- Na relação entre os técnicos de saúde e os utentes dos serviços de saúde;
- Na disponibilização e uso de informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde quer nas famílias, escolas, locais de trabalho e na comunidade;
- Na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de actividades de educação para a saúde e de programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis;
- Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- No tratamento dos temas de saúde nos meios (Teixeira, data desconhecida).

A importância dos processos de comunicação em saúde é dada pelo seu carácter:

- Transversal – A várias áreas e contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade;
- Central – Na relação que os técnicos de saúde estabelecem com os utentes no quadro da prestação dos cuidados de saúde;
- Estratégico – Relacionado com a satisfação dos utentes (Teixeira, data desconhecida).

A avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos em grande parte é a partir da avaliação que fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram. Os processos de adaptação psicológica às doenças também podem ser influenciados pela comunicação dos técnicos de saúde, uma vez que, quando uma pessoa adoece e procura ajuda num serviço de saúde, o controlo do stress ligado ao adoecer também pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação adequada (formatada ou personalizada) às necessidades daquela pessoa naquele momento, o que influencia, por seu turno, o modo como se confronta com os sintomas da doença e se relaciona com os próprios técnicos (Teixeira, data desconhecida).

Finalmente, pode influenciar os comportamentos de adesão às recomendações de saúde (adesão medicamentosa e a exames para rastreio, diagnóstico e/ou controlo de doenças, bem como a medidas terapêuticas e de reabilitação), desenvolvimento de auto-cuidados na doença crónica e adesão a comportamentos preventivos relevantes para reduzir riscos para a saúde a nível alimentar, sexual, entre outros e para adopção de estilos de vida mais saudáveis (Teixeira, data desconhecida).

A comunicação efectiva em saúde tem influência importante a nível individual e a nível comunitário:

- A nível individual ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protectores da saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde
- A nível da comunidade pode promover mudanças positivas nos ambientes socio-económicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adopção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida (Teixeira, data desconhecida).

#### **1.2.4. Comunicação pessoa surda/enfermeiro**

Numa investigação realizada por Costa *et al* (2009) em que o objectivo era “Ouvir das pessoas Surdas os factores que podem tornar inadequada a comunicação com os profissionais de saúde e também as suas sugestões para melhorar essa comunicação”, dezoito Surdos foram entrevistados (10 usuários de Língua Gestual, quatro que fazem leitura labial e quatro que se comunicam de ambas as formas). Obteve-se como causas de comunicação inadequada, médicos falarem ao cliente enquanto escrevem, chamar o cliente de outra sala esquecendo-se que se trata de um surdo e dificuldade do cliente em compreender quando tomar os medicamentos. Os entrevistados sugeriram que os profissionais de saúde deveriam conhecer as particularidades das pessoas surdas, as diferentes formas de comunicar com eles e haver disponibilidade de intérpretes de Língua de Gestual nos hospitais e outros serviços de saúde (Costa *et al*, 2009).

Estas particularidades são vivenciadas primeiramente pelo enfermeiro no primeiro sector de abordagem de um Serviço de Urgência – a Triagem, onde o profissional de saúde toma consciência das dificuldades em relação à comunicação com indivíduos com deficiência auditiva e incapacidade de comunicarem verbalmente em instituições de saúde. Tais dificuldades interferem directamente na assistência prestada a estes clientes (Bin *et al*, 2004).

Na prática diária, para responder às necessidades dos utentes, é necessário prestar atenção à comunicação verbal e não verbal. Pereira (2008:10), citando Chalifour (1989), diz-nos que é “... preciso ser sensível aos diferentes meios de comunicação e que o enfermeiro deve reconhecer, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem no utente”. Ainda Pereira (2008:109), citando também Frei Bernardo (1984:109), refere “os utentes mostram-se geralmente mais sensíveis à comunicação não verbal e são particularmente afectados por ela”.

A falta de capacidade de ouvir cria uma barreira comunicativa entre o seu portador e as outras pessoas, atingindo seu lado emocional, social e cognitivo, e por não fazer uso da língua oral, o deficiente auditivo acaba ficando separado e/ou isolado, ficando com os seus conhecimentos acerca de sua saúde ou saúde em geral prejudicados ou incompletos (Gomes *et al*, data desconhecida) (Oliveira, Lopes e Pinto, 2009).

De acordo com Rosa, Barbosa e Bachion (2000), citado por Oliveira, Lopes e Pinto (2009:166) “O deficiente auditivo, apesar das suas dificuldades de comunicação com as pessoas com quem convive, tenta comunicar através dos meios possíveis ao seu alcance, como gestos, desenhos, escrita, e dependendo do seu nível de treino, faz leitura labial, tecnicamente feita por leitura orofacial, podendo ficar ansioso, irritado e impaciente quando não compreendido”.

Sendo que esta barreira de comunicação é verificada na interação entre surdos - profissionais de saúde, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interagirem-se para garantir uma assistência de melhor qualidade e a comunicação não verbal é de extrema importância no atendimento aos clientes e permite a excelência do cuidar em saúde, o profissional que a reconhece adequadamente remete significado aos sinais não verbais potencializando suas interações (Chaveiro e Barbosa, 2005).

Todas estas barreiras e dificuldades causam aos enfermeiros variados sentimentos a nível comunicacional, e é este o tema de uma investigação realizada por Bin *et al* (2004), tendo sido aplicado um questionário a 80 enfermeiros de uma instituição pública que referem como principais sentimentos o desafio (25,8%), carinho e compreensão (24,1%), ansiedade (21,4%) e impotência (16,1%).

Maioritariamente referiram dificuldade em comunicar, sendo que a falta de formação foi apontada por 56,4% dos profissionais. O principal recurso utilizado pelos profissionais na comunicação com os pacientes foi ajuda de familiar/acompanhante (28,8%), seguido de mímica e leitura labial com (25,3%). Para 96,3% dos enfermeiros o paciente compreendeu a mensagem devido a ter executado o que fora pedido (Bin *et al* 2004).

Sendo assim, se os enfermeiros estiverem despertos para os diferentes tipos de comunicação, bem como para as diversas alterações na comunicação aquando da prestação de cuidados, nomeadamente quando se trata de clientes com surdez profunda, será mais fácil desenvolver o processo comunicacional (Santos *et al*, 2008).

É importante, assim, referir as diferenças existentes na comunicação quando se encontra, ou não, presente um intérprete de Língua Gestual:

Comunicar com a pessoa Surda quando está presente um intérprete de Língua Gestual:

- Agradecer ao intérprete a prestação de serviços. Este é o único momento em que o profissional de saúde deverá abordar directamente o intérprete até ao final do diálogo;
- Ter em atenção se o local é uniformemente iluminado;
- Colocar o intérprete ao lado e ligeiramente atrás do profissional de saúde, para que ambos estejam simultaneamente, no campo de visão do cliente;
- Olhar para o cliente directamente durante todo o diálogo;
- Estabelecer contacto visual com o cliente, mantendo as mãos longe do rosto, e especialmente, da boca;
- Utilizar gestos para mostrar ao cliente onde se sentar ou o que fazer;
- Usar sempre a segunda pessoa durante o diálogo, por exemplo, "Sra. Joana, como se sente hoje?" e evitar o uso da terceira pessoa, como por exemplo, "Por favor, peça ao cliente que diga como se está a sentir hoje";
- Evitar expressões difíceis de traduzir;
- Expressar claramente uma mudança de tema;
- Periódicamente, perguntar ao cliente se está a entender a informação transmitida. Esta pergunta deverá ser feita directamente ao cliente e não ao interprete (Lieu *et al*, 2007).

Comunicar com a pessoa Surda quando não está presente um intérprete de Língua Gestual:

- Questionar o cliente acerca da melhor forma de se comunicar com ele (leitura labial, escrito em papel ou um computador, gestos);
- Assegurar o pedido de forma de comunicação do cliente da forma mais eficaz possível;
- Ter em atenção se o local é uniformemente iluminado;
- Olhar para o cliente directamente durante todo o diálogo;
- Estabelecer contacto visual com o cliente, mantendo as mãos longe do rosto, e especialmente, da boca;
- Utilizar gestos para mostrar ao cliente onde se sentar ou o que fazer;
- Falar claramente, não exagerando nos movimentos labiais;

- Utilizar gráficos e imagens se necessário;
- Expressar claramente uma mudança de tema;
- Periódicamente, perguntar ao cliente se está a entender a informação transmitida;
- Expressar claramente a conclusão do diálogo e reafirmar os planos futuros (Lieu *et al*, 2007).

Em resumo, os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde (Teixeira, data desconhecida).

Para que tal se proporcione é necessário o desenvolvimento de padrões de comunicação; como tal este critério apresenta uma importância fulcral a desenvolver entre enfermeiro/cliente em qualquer dos âmbitos das suas competências (como, avaliação de necessidades, planeamento e prática de cuidados adequados, realização de ensinamentos, entre outros.) (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

### **1.3. Atendimento no Serviço de Urgência Hospitalar**

#### **1.3.1. Triagem - Serviço de Urgência hospitalar**

Na triagem, o enfermeiro define com base no sistema de triagem de prioridades de Manchester, um tempo máximo de espera seguramente admissível. Mais concretamente este método classificativo consiste numa avaliação da situação, efectuada por um enfermeiro ou médico com formação e experiência em urgência, que seguindo um algoritmo de decisão (protocolo) conclui com a atribuição de uma tarjeta colorida, o já mencionado tempo de espera de atendimento (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Neste sistema, a cor vermelha indica uma situação emergente (corresponde um tempo zero de espera); a laranja indica que o cliente deverá ser atendido em dez minutos; a amarela tem o prazo de uma hora; a verde de duas horas e a azul significa que não é

urgente (o que poderá significar que o cliente não deveria ter recorrido ao Serviço de Urgência) (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A vertente de urgência é uma das áreas mais diferenciadas da Enfermagem. Implica um conhecimento teórico profundo e fundamentado, para uma concretização prática eficaz. Este é um meio onde o enfermeiro desempenha um papel de destaque, estando presente em diferentes momentos de actuação (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Por definição Sheehy (2001:56) refere que a Enfermagem de Urgência “... é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções”.

Para a mesma autora na Triagem do serviço de urgência, o principal papel do enfermeiro que a realiza prende-se na correcta prioridade estabelecida perante cada cliente/situação, ou seja, o profissional deve ser capaz de realizar uma avaliação rápida e uma definição correcta da situação de urgência do cliente. Nesta área, o enfermeiro deve ter algumas competências específicas, entre as quais, a capacidade de organização assim como um vasto leque de conhecimentos a nível de patologias e seus sinais e sintomas. Um dos principais desafios para estes profissionais não se prende no correcto estabelecimento de uma prioridade num cliente observavelmente crítico, mas sim atender a sinais mais subtis que podem em instantes transformar-se numa situação emergente. Todos estes critérios deverão ser alcançados num tempo determinado (cerca de dois minutos para execução da Triagem de Manchester).

## **2. Decisões Metodológicas**

A fase metodológica implica a escolha de um método e técnicas de colheita e análise de dados. Tem por objectivo precisar a maneira como as questões de investigação serão integradas num desenho que indicará as actividades a realizar no decurso da investigação (Fortin, 2009).

### **2.1. Paradigma e tipo de estudo**

#### **2.1.1. Paradigma**

O paradigma utilizado neste estudo é o Paradigma Qualitativo. Em relação ao tema que foi estudado e em congruência com o uso deste paradigma, pretendeu-se obter experiências individuais, tais como elas são vividas pelas pessoas Surdas, que identifiquem as barreiras e elementos facilitadores de comunicação, bem como as estratégias de comunicação utilizadas entre o cliente Surdo e o enfermeiro.

#### **2.1.2. Tipo de estudo**

O tipo de estudo utilizado é o exploratório descritivo. Pretende-se explorar e descrever as experiências de comunicação da pessoa Surda em contexto de urgência hospitalar e mais concretamente com o enfermeiro da triagem.

Segundo Fortin (2009:237) “O desenho descritivo serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população”.

Os estudos descritivos assentam sobre questões de investigação e não em hipóteses, implicando a descrição completa de um conceito relativo a uma população, estabelecendo as características da mesma (Fortin, 2009).

### **2.2. População e amostra**

De um ponto de vista teórico podemos definir população como sendo elementos ou sujeitos que partilham características comuns, sendo que estas são definidas por um

conjunto de critérios. Podemos considerar o elemento como sendo a unidade base da população onde é colhida a informação. No entanto a categoria elemento, ou a unidade base, poderá ser constituída por várias pessoas, como grupos e famílias (Fortin, 2009).

Dentro da população podemos considerar dois tipos de população, a população alvo e população acessível. A população alvo é definida como o total de elementos que apresentam os critérios pré-definidos pelo investigador, e a população acessível é a porção da população que está acessível ao investigador (Fortin, 2009).

A população alvo foi constituída por pessoas adultas, com surdez pré-linguística, sendo a população acessível constituída por pessoas adultas, com surdez pré-linguística pertencentes à Associação Portuguesa de Surdos.

Podemos definir amostra como sendo um subconjunto da população que o investigador demonstra interesse em estudar, sendo que este obrigatoriamente terá que apresentar as características da população. Deste modo poderemos classificá-la como uma miniatura da população visada (Fortin, 2009).

O processo de amostragem realizado foi o não probabilístico intencional, visto que cada elemento da população não teve probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. É necessário, para os bons resultados do estudo, que os participantes cumpram os critérios descritos, visto que está dependente dos mesmos a resposta às questões de investigação. Este processo de amostragem torna-se o mais pertinente, por permitir a correcta selecção dos participantes, devido à especificidade e experiência do fenómeno em estudo.

Apresentaram-se como critérios para a selecção da amostra a estudar:

- Pessoas adultas, maiores de 18 anos, visto que com idade inferior a 18, terão de recorrer à Urgência Pediátrica, onde é obrigatório serem acompanhadas por um adulto responsável;
- Com surdez pré-linguística, dado a cultura e identidade Surda que lhes é transmitida desde o começo da sua educação;

- Que tenham recorrido a um Serviço de Urgência (S.U.) de um hospital, dado que o estudo se baseia na comunicação com o enfermeiro da triagem;
- Que se tenham apresentado sozinhas, ou seja, sem acompanhantes, para ser possível responder às questões relativas às barreiras/elementos facilitadores e estratégias utilizadas;
- Que tenham contactado com o enfermeiro da triagem do S.U.

Relativamente ao tamanho da amostra, é necessário ter em conta as acções que permitem atingir o objectivo do estudo, sendo que o número de participantes é geralmente pequeno (Fortin, 2009). A amostra compreende 7 participantes que cumpriam os critérios atrás referidos.

### **2.3. Método de colheita de dados**

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada de perguntas abertas, cujo guião se anexa (apêndice 4).

Segundo Fortin (2009:375) “A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas.”, afirmando ainda que (2009:377) “neste tipo de entrevista, o entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-os ao respondente numa ordem que ele julga apropriado”.

A entrevista foi realizada, através de marcação com a Associação Portuguesa de Surdos, neste mesmo local. Foi entregue antecipadamente o guião de entrevista à intérprete e na Associação, para que este fosse testado. Os participantes são membros da Associação que se disponibilizaram para se deslocarem ao local no dia e hora marcados, ou seja, dia 22 de Novembro de 2011, com início às 10h.

Na entrevista esteve presente uma intérprete de Língua Gestual Portuguesa, tendo traduzido as perguntas verbalmente colocadas pelo investigador, bem como as respostas dadas pelos participantes. As entrevistas foram vídeo-gravadas para posterior transcrição. Após a transcrição das mesmas, as entrevistas foram novamente enviadas para a Associação, onde foram validadas pelos participantes e intérprete.

## **2.4. Análise e interpretação dos resultados**

Depois de colhidos os dados, é necessário organizá-los consoante a técnica a utilizar. Nos dados qualitativos, esta análise consiste em resumir os dados na forma de uma narrativa (Fortin, 2009).

A utilização de uma metodologia qualitativa na análise dos dados obtidos permite uma compreensão sobre o objecto de estudo, pela ligação que é reconhecida entre o sujeito e o objecto, ou seja, os sujeitos entrevistados têm em comum o facto de todos terem participado numa determinada experiência, pelo que a sua participação será carregada de intersubjectividade. (Fortin, 2009)

Para a análise de dados foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo de Bardin. Segundo Bardin (2004:27), esta mesma técnica, “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

A partir da transcrição das entrevistas, foram seleccionadas várias frases significativas, posteriormente agrupadas por unidades de contexto e categorias, de modo a dar resposta às questões de investigação apresentadas.

## **2.5. Considerações éticas**

Qualquer investigação cujos participantes são seres humanos levanta questões éticas e morais. A ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que podem em certas situações entrar em conflito com o rigor da investigação. Na perseguição da aquisição do conhecimento, há um limite que não deve ser ultrapassado. Deve-se respeitar a pessoa e protegê-la no seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009).

Segundo o relatório de Belmont existem três princípios éticos:

- Princípio da beneficência;

- Princípio do respeito à dignidade humana;
- Princípio da justiça (Polit, Beck e Hungler, 2001).

### **2.5.1. Princípio da beneficência**

É um dos princípios éticos mais fundamentais na pesquisa, sendo que encerra a máxima: “Acima de tudo, não causar dano” (Polit, Beck e Hungler, 2001).

Este princípio possui as seguintes dimensões:

- Isenção de dano;
- Isenção de exploração;
- Relação risco/benefício (Polit, Beck e Hungler 2004)

São referidos na carta explicativa, os potenciais riscos e potenciais vantagens, bem como é referido que os dados serão apenas utilizados para o estudo em questão. Este princípio é cumprido, pois não existem riscos associados à investigação a realizar, podendo assim os participantes contribuir sem prejuízos para a sua pessoa.

### **2.5.2. Princípio do respeito pela dignidade humana**

Consiste no direito à autodeterminação e direito à revelação total. Sendo que o direito à autodeterminação é o direito do sujeito decidir voluntariamente, se quer ou não participar na investigação sem correr o risco de ser penalizado ou prejudicado. Inclui também que os sujeitos estejam livres de tentativas de coacção. Quanto ao direito da revelação completa, este consiste no direito que os participantes têm de conhecer antecipadamente o estudo na sua totalidade, sendo o investigador eticamente obrigado a esclarecer todas as dúvidas que surgirem durante o estudo, bem como a disponibilizar os resultados obtidos (Polit, Beck e Hungler ,2004).

É neste ponto que se insere o Consentimento Informado, que foi entregue a todos os que se mostraram disponíveis para participar no estudo.

Significa que os participantes têm toda a informação necessária sobre a pesquisa, compreendem-na e têm o poder de escolher livremente entre a sua participação

voluntária na pesquisa ou a recusa. Os pesquisadores podem documentar o processo de consentimento ao fazer com que os participantes leiam, compreendam e assinem o consentimento informado (Fortin, 2009).

O consentimento informado deve incluir informações sobre:

- Finalidade do estudo;
- Desconfortos físicos e emocionais;
- Natureza voluntária da participação e o direito à recusa;
- Riscos e benefícios potenciais;
- Garantia da privacidade;
- Procedimentos para colher os dados;
- Contactos dos investigadores (Polit, Beck e Hungler, 2004).

### **2.5.3. Princípio da justiça**

O terceiro ponto presente no relatório de Belmont consiste no direito que os participantes de um estudo têm em terem antes, durante e após a sua participação, direito à privacidade e um tratamento justo e imparcial. (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Tanto na carta explicativa como no consentimento informado, está explícito o carácter confidencial do estudo. As gravações vídeo são destruídas no final do estudo, sendo o tratamento de dados efectuado de forma igual para todas as entrevistas através da técnica de análise temática de conteúdo de Bardin, já referido anteriormente.

### 3. Análise de Conteúdo

Após a realização das entrevistas e sua posterior transcrição, segue-se a análise dos dados, que segundo Bardin (2004:97) “Torna-se necessário saber a razão por que é que se analisa e explicitá-lo de modo a que se possa saber como analisar”.

Ainda segundo o mesmo autor (2004:7) a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumento metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

#### 3.1 Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é composta por sete pessoas Surdas. Apresentam-se de seguida alguns elementos da mesma.

Quadro 2 - Caracterização da amostra

Amostra	Sexo	Hospital a que recorreu
1	Feminino	Hospital Setúbal
2	Feminino	Hospital São Francisco Xavier
3	Masculino	Hospital Fernando Fonseca
4	Masculino	Hospital São José
5	Feminino	Hospital Póvoa
6	Masculino	Hospital São José
7	Feminino	Hospital Fernando Fonseca

### 3.2 Apresentação e análise

Para proceder à análise dos dados obtidos, estes foram organizados em quadros, contendo as categorias (cinco) e unidades de contexto (25), que de seguida se apresentam:

Quadro 3 - Categorias e unidades de contexto

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Sentimentos</b>	Ansiedade Nervosismo Aflição Stress Preocupação Negativismo
<b>Elementos Facilitadores</b>	Postura do enfermeiro Tecnologia Presença de familiar Experiência anterior
<b>Dificuldades</b>	Postura do enfermeiro Transmissão da informação Compreensão da informação Chamada para a triagem Barreiras Físicas
<b>Estratégias de comunicação</b>	Mímica/Gestos Leitura labial Apontar Escrita Expressão facial Língua gestual
<b>Avaliação do processo</b>	Positiva Mediana Negativa

### 3.2.1 Categoria – Sentimentos

A categoria sentimentos encontra-se dividida em seis unidades de contexto. Os Surdos apresentam sentimentos negativos relativamente a uma ida ao hospital e conseqüentemente em relação a toda a relação e comunicação estabelecida com os profissionais.

Quadro 4 - Categoria: Sentimentos

Categoria	Unidades de Contexto
Sentimentos	Ansiedade Nervosismo Aflição Stress Preocupação Negativismo

A necessidade de recorrer a uma unidade hospitalar é uma experiência pouco agradável, para a generalidade das pessoas, sendo agravada pela dificuldade de comunicação inerente às pessoas surdas. A pessoa surda poderá estar sujeita a um desconforto maior, que pode gerar sentimentos stressantes e de maior ansiedade, sentindo-se por vezes negligenciada.

Quadro 5 - Unidade de Contexto: Ansiedade

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Ansiedade	<p><b>E<sub>1</sub>F<sub>1</sub></b> – “Cada vez que eu vou ao hospital fico muito ansiosa, por isso esquece prefiro mesmo ir ao centro de saúde”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>5</sub></b> – “Sinto-me sozinha, não percebo muito bem o que é que se está a passar”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>65</sub></b> – “Estavam-me sempre a perguntar se estava doente, se tinha algum problema, não</p>	3

	conseguiam comunicar comigo eu estava ansioso, tive de ficar à espera”.	
--	---	--

Quadro 6 - Unidade de Contexto: Nervosismo

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Nervosismo</b>	<p><b>E<sub>1</sub>F<sub>11</sub></b> – “Estava tão nervosa que nem me lembrei de pedir um papel e caneta”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>91</sub></b> – “A enfermeira que me recebeu não conseguia comunicar e eu estava muito nervoso”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>117</sub></b> – “Fiquei muito nervosa e desesperada”.</p>	3

Quadro 7 - Unidade de contexto: Aflição

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Aflição</b>	<p><b>E<sub>2</sub>F<sub>27</sub></b> – “Eu fui ao hospital, ao HSFX e vi-me aflita”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>28</sub></b> – “A enfermeira da triagem, disse boa tarde, falou e eu fiquei aflita porque eu não ouço”.</p>	2

Quadro 8 - Unidade de contexto: Stress

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Stress</b>	<b>E<sub>1</sub>F<sub>2</sub></b> – “Tenho um filho pequenino e então sempre que eu tenho de ir [ao hospital] com ele vou, mas sozinha, por vontade própria não vou que fico mesmo muito stressada”.	1

Quadro 9 - Unidade de contexto: Preocupação

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Preocupação</b>	<b>E<sub>6</sub>F<sub>112</sub></b> – “Não sabia se o que tinha era muito grave e eu estava muito preocupado principalmente porque não conseguia ver bem”.	1

Quadro 10 - Unidade de contexto: Negativismo

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Negativismo</b>	<b>E<sub>7</sub>F<sub>112</sub></b> – “Não gosto de ir ao hospital, porque já sei que não vai correr bem”. <b>E<sub>1</sub>F<sub>19</sub></b> – “Senti uma enorme dificuldade e ainda fiquei com menos vontade de ir a um hospital”. <b>E<sub>7</sub>F<sub>125</sub></b> – “Continuo a não gostar de ir ao hospital e faço sempre os possíveis para não ir”.	3

Pela análise das várias unidades de contexto inseridas na categoria Sentimentos, podemos perceber que os vários sentimentos expressados baseiam-se, sobretudo na insegurança relativa ao episódio principalmente, pela comunicação deficiente, não conseguindo estes na maioria das vezes compreender a informação que lhes é transmitida. Os sentimentos mais referidos pelos entrevistados são a ansiedade, nervosismo e negativismo.

Como se pode observar no quadro 5, a entrevistada refere “*Sinto-me sozinha, não percebo muito bem o que é que se está a passar*”, deixando transparecer um sentimento de ansiedade, traduzindo depois num negativismo para situações futuras, como se constata no quadro 10, quando a entrevistada afirma “*Senti uma enorme dificuldade e ainda fiquei com menos vontade de ir a um hospital*”.

A falta de capacidade de ouvir cria uma barreira comunicativa entre o seu portador e as outras pessoas, atingindo seu lado emocional, social e cognitivo e por não fazer uso da língua oral, o deficiente auditivo acaba ficando separado e/ou isolado, ficando com os seus conhecimentos acerca de sua saúde ou saúde em geral prejudicados ou incompletos (Gomes *et al*, data desconhecida) (Oliveira, Lopes e Pinto, 2009).

### 3.2.2 Categoria – Elementos facilitadores

A categoria – Elementos facilitadores encontra-se dividida em quatro unidades de contexto. Os elementos facilitadores apontados contribuem para uma maior satisfação por parte dos Surdos, ainda que alguns deles não estejam ainda em prática, como as apontadas na unidade de contexto – Tecnologia.

Quadro 11 - Categoria: Elementos facilitadores

Categoria	Unidades de Contexto
Elementos Facilitadores	Postura do enfermeiro Tecnologia Presença de familiar Episódio recorrente

Pela análise do quadro 12, podemos verificar que o elemento facilitador mais apontado é a postura do enfermeiro durante todo o processo de comunicação. A paciência como referido por um entrevistado, “A enfermeira também era paciente e isso ajudou” e principalmente a disponibilidade, como referido por outro entrevistado ao afirmar “*Para mim o facilitador, foi a disponibilidade do enfermeiro*”, facilitam o processo de comunicação e a relação que se estabelece.

Quadro 12 - Unidade de contexto: Postura do enfermeiro

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Postura do	E <sub>2</sub> F <sub>35</sub> – “A enfermeira também era paciente e isso ajudou”.	7

<b>enfermeiro</b>	<p><b>E<sub>3</sub>F<sub>50</sub></b> – “O enfermeiro... até se mostrou muito disponível”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>51</sub></b> – “Para mim o facilitador, foi a disponibilidade do enfermeiro”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>61</sub></b> – “Depois até foi agradável [o enfermeiro], por isso acho que nos conseguimos entender”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>101</sub></b> – “A enfermeira foi paciente...”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>115</sub></b> – “Esperei cerca de 1h até que veio o enfermeiro da triagem ao pé de mim chamar-me e eu fiquei contente, porque desta vez se tinham lembrado de mim”.</p> <p><b>E<sub>5</sub>F<sub>90</sub></b> – “... mas em relação ao tratamento da enfermeira, foi excelente, rápido e eficaz”.</p>	
-------------------	--	--

Numa investigação realizada por Costa *et al* (2009) ... Os entrevistados sugeriram que os profissionais de saúde deveriam conhecer as particularidades das pessoas surdas, as diferentes formas de comunicar com eles e haver disponibilidade de intérpretes de Língua de Gestual nos hospitais e outros serviços de saúde (Costa *et al*, 2009).

Na prática diária, para responder às necessidades dos utentes, é necessário prestar atenção à comunicação verbal e não verbal. Pereira (2008:10), citando Chalifour (1989), diz-nos que é “... preciso ser sensível aos diferentes meios de comunicação e que o enfermeiro deve reconhecer, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem no utente”. Ainda Pereira (2008:109), citando também Frei Bernardo (1984), refere “os utentes mostram-se geralmente mais sensíveis à comunicação não verbal e são particularmente afectados por ela”.

Na interação entre surdos - profissionais de saúde, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interagirem para que se garantam cuidados de melhor qualidade e a comunicação não verbal, revela-se de extrema importância no atendimento aos clientes permitindo a excelência do cuidar em saúde. O profissional que a reconhece

adequadamente remete significado aos sinais não verbais potencializando as suas interações (Chaveiro e Barbosa, 2005).

O processo comunicacional será mais fácil de desenvolver, se os enfermeiros estiverem despertos para os diferentes tipos de comunicação, bem como para as diversas alterações na comunicação aquando da prestação de cuidados, nomeadamente quando se trata de clientes com surdez profunda, (Santos *et al*, 2008).

No quadro 13, observamos que os recursos à tecnologia podem constituir-se como elementos facilitadores do processo de comunicação. De algumas das afirmações feitas pelos entrevistados, é preciso ter em conta que estes recursos ainda não são uma realidade, pelo menos, em todos os serviços de saúde. Ficam como sugestões, de que é exemplo a afirmação de um dos participantes, *“Uma facilidade grande seria um call center no hospital, ligado à rede e que faz a comunicação entre a associação de intérpretes onde há vídeo-chamada, onde comunicam entre eles e fazem um triângulo, enfermeiro, intérprete e o surdo”*.

Quadro 13 - Unidade de contexto: Tecnologia

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Tecnologia</b>	<b>E<sub>3</sub>F<sub>52</sub></b> – “Foi facilitador o computador e a régua que o enfermeiro usou para demonstrar o que pretendia, e uma boa maneira de eu entender e me fazer explicar”. <b>E<sub>3</sub>F<sub>56</sub></b> – “Se houvesse um sistema de luzes, sei que agora há tecnologia, que há números nos centros de saúde, mas no hospital não havia”. <b>E<sub>6</sub>F<sub>103</sub></b> – “Uma facilidade grande seria um call center no hospital, ligado à rede e que faz a comunicação entre a associação de intérpretes onde há vídeo-chamada, onde comunicam entre eles e fazem um triângulo, enfermeiro,	3

intérprete e o surdo”.

Em muitos países estão a ser oferecidas melhores oportunidades de integração social para as pessoas portadoras de deficiência e em boa parte, as novas tecnologias foram postas à disposição destas pessoas de modo a facilitar a comunicação e assim desenvolver tarefas comunicativas ou profissionais. Apesar disto, este factor por si só, não é suficiente, pois os procedimentos facilitadores dirigidos à comunicação ou a outras tarefas não devem apenas basear-se em aspectos mecânicos ou electrónicos, mas também nas condições interpessoais (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

A Assembleia da República (2004) resolveu, nos termos do nº 5 do artigo 166º da Constituição da República Portuguesa, recomendar ao Governo:

- Que promova a disponibilização de dispositivos de toque visual e vibrátil;
- Que promova a disponibilização gratuita de amplificadores portáteis;
- Que equacione a possibilidade de colocação de telefones de texto públicos na via pública.

Em análise do quadro 14, verificamos que a presença de um familiar pode facilitar o processo de atendimento, tal como referenciam dois dos entrevistados. Estes dois entrevistados, pelas suas afirmações deixam transparecer que este acompanhamento foi a melhor forma de receberem um tratamento adequado, pois tinham um intermediário que realizou a transmissão de informação em ambos os sentidos, garantido desta forma a eficácia do processo de comunicação.

Quadro 14 - Unidade de contexto: Presença de familiar

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Presença de familiar</b>	<b>E<sub>4</sub>F<sub>70</sub></b> – “Não houve facilitador nenhum, apenas a minha mãe quando chegou”. <b>E<sub>6</sub>F<sub>100</sub></b> – “O que ajudou mesmo foi a minha mãe ter chegado”.	2

Por lei (Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho), todos os clientes admitidos num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde têm o direito de ser acompanhados por uma pessoa, mas devido a questões estruturais, de gestão de espaços e meios, alguns hospitais ainda não estão totalmente adaptados para o acompanhamento a tempo inteiro dos clientes, sendo muito importante que este se torne efectivo. É necessário ajustar as capacidades de interacção das pessoas mais significativas, do meio, familiares, educadores, amigos, entre outros, para melhorar as estratégias de intervenção, tanto em contextos naturais, como em situações terapêuticas ou de instrução especial (Almirall, Camats e Bultó, 2003).

Analisando o quadro 15, verificamos que existem 2 entrevistados que referem que foi facilitador o facto ser uma situação pela qual já tinha passado e também, nas unidades de saúde em que a história clínica já é conhecida, como é o caso do centro de saúde em que existe um acompanhamento de continuidade com elementos de referência.

Quadro 15 - Unidade de contexto: Experiência anterior

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Experiência anterior</b>	<b>E<sub>5</sub>F<sub>83</sub></b> – “... saber como se ia desenrolar o tratamento. Quando o acontecimento já é conhecido é mais fácil”. <b>E<sub>7</sub>F<sub>126</sub></b> – “Não tenho nenhuma experiência agradável que possa contar... no centro de saúde é mais fácil porque já me conhecem”.	2

As experiências recorrentes imprimem uma maior confiança e segurança a quem as vive, pelo conhecimento prévio da situação e dos seus contornos. A novidade e o carácter urgente geram mais desconforto e ansiedade ainda por cima, nas circunstâncias em que o processo de comunicação pode estar comprometido como nos casos relatados, pelos participantes.

### 3.2.3 Categoria – Dificuldades

A categoria dificuldades encontra-se dividida em cinco unidades de contexto. Esta categoria é a que mais unidades de registo apresenta, pois é notório em todas as entrevistas realizadas que ainda são muitas as dificuldades sentidas pelos Surdos.

Quadro 16 - Categoria: Dificuldades

Categoria	Unidades de Contexto
Dificuldades	Postura do enfermeiro Transmissão da informação Compreensão da informação Chamada para a triagem Barreiras Físicas

Para podermos também consciência da perspectiva dos enfermeiros, foi desenvolvido um estudo por Bin *et al* (2004), onde o objectivo foi identificar as dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na comunicação com pacientes surdos, os recursos por eles utilizados frente a essas dificuldades e situações de impedimento de comunicação verbal, que revela como resultados, que as principais dificuldades identificadas pelos 80 enfermeiros participantes na comunicação com indivíduos Surdos foram, a falta de formação específica (52 participantes), dificuldade de entendimento (38 participantes) e não saber Língua Gestual (42 participantes).

Tendo em conta o quadro 17, podemos verificar que algo que foi apontado como um elemento facilitador é também apontado como uma dificuldade. A postura do enfermeiro contribui muito para o processo de comunicação e vai influenciar toda a relação que é estabelecida. Tal como afirmam alguns entrevistados, a pressa (“*A enfermeira parecia ter pressa e foi tudo muito resumido*”) ou a falta de paciência (“*A falta de paciência da enfermeira para comigo foi evidente*”), são posturas que em nada proporcionam o estabelecimento que uma relação empática passível de facilitar a comunicação.

Quadro 17 - Unidade de contexto: Postura do enfermeiro

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<p><b>Postura do enfermeiro</b></p>	<p><b>E<sub>5</sub>F<sub>85</sub></b> – “A enfermeira parecia ter pressa e foi tudo muito resumido”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>116</sub></b> – “O enfermeiro com a cabeça disse-me que não, estava muita gente e não podia permitir acompanhantes”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>123</sub></b> – “As dificuldades foram várias, a postura do enfermeiro, ..., a pressa”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>4</sub></b> – “...[a enfermeira] nem sequer olha então tenho de chamá-la porque ela esquece-se de olhar para mim”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>118</sub></b> – “O enfermeiro sentou-se do outro lado da secretária e mal olhou para mim...”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>9</sub></b> – “A falta de paciência da enfermeira para comigo foi evidente”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>12</sub></b> – “A enfermeira durante o tempo todo não olhou mais para mim, pegando no meu filho, fazendo alguns exames...”</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>143</sub></b> – “Se a enfermeira está com pressa, é muito complicado, fica tudo muito agitado, e eu tento pedir para ter calma”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>18</sub></b> – “[A enfermeira] não ter sido simpática não facilitou nem deu abertura para que houvesse alguma forma de comunicação”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>73</sub></b> – “O facto de os enfermeiros..., não terem ido ao pé de mim e andarem às voltas, parece que se esquecem dos surdos”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>69</sub></b> – “Enquanto ela [a mãe] não chegou fiquei à espera numa sala lá ao lado, mas mais</p>	<p>11</p>

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
	ninguém me veio ver, nem perguntar como estava”.	

Existem inúmeros obstáculos/barreiras à comunicação interpessoal, o que leva à não transmissão dos conteúdos bem como ao deficiente e ineficaz diálogo. Segundo Riley (2004) os factores que influenciam a comunicação podem estar relacionados com o meio envolvente, com o emissor/receptor, com o tipo de linguagem utilizada, bem como com a compreensão de ambos sobre a informação a ser transmitida.

A pressa, a falta de simpatia e paciência, o não olhar, o afastamento, são referidas pelos entrevistados, percebidas através de linguagem não verbal. A Associação Portuguesa de Surdos refere algumas indicações para comunicar com a pessoa Surda quando não está presente um intérprete de Língua Gestual:

- Questionar o cliente acerca da melhor forma de se comunicar com ele (leitura labial, escrito em papel ou um computador, gestos);
- Assegurar o pedido de forma de comunicação do cliente da forma mais eficaz possível;
- Ter em atenção se o local é uniformemente iluminado;
- Olhar para o cliente directamente durante todo o diálogo;
- Estabelecer contacto visual com o cliente, mantendo as mãos longe do rosto, e especialmente, da boca;
- Utilizar gestos para mostrar ao cliente onde se sentar ou o que fazer;
- Falar claramente, não exagerando nos movimentos labiais;
- Utilizar gráficos e imagens se necessário;
- Expressar claramente uma mudança de tema;
- Periódicamente, perguntar ao cliente se está a entender a informação transmitida;
- Expressar claramente a conclusão do diálogo e reafirmar os planos futuros (Lieu *et al*, 2007).

Analisando o quadro 18, constatamos que a transmissão da informação é a dificuldade mais apontada pelos entrevistados. Apenas um entrevistado não faz referência a esta dificuldade. A transmissão de informação é um elemento chave para a eficácia da mesma, pois se esta não é feita de forma correcta, a mensagem não é compreendida pelo receptor de modo a dar-lhe pistas sobre o que se passa. Tudo isto é bastante perceptível quando os entrevistados afirmam que *“Ela falou comigo várias vezes, mas nem sei o que disse”* ou ainda *“A maior dificuldade foi conseguir perceber o que a enfermeira me queria dizer, devia usar palavras mais simples”*. É importante ainda salientar que por vezes e tendo em conta esta última afirmação, para além de todas as outras condicionantes, a utilização de linguagem técnica não facilita a transmissão da informação.

Quadro 18 - Unidade de contexto: Transmissão da informação

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Transmissão da informação</b>	<b>E<sub>1</sub>F<sub>20</sub></b> – “Na área da saúde é muito difícil, por exemplo, explicar a dor, como é que eu vou explicar a dor?”. <b>E<sub>1</sub>F<sub>24</sub></b> – “Não acho que tenha percebido metade do que tentei explicar”. <b>E<sub>2</sub>F<sub>33</sub></b> – “Só sei que me deu uma pulseira e fiquei à espera”. <b>E<sub>2</sub>F<sub>36</sub></b> – “A maior dificuldade foi o facto de eu não conseguir comunicar, porque mesmo que fosse através da escrita, eu não iria compreender, uma vez que sou da Moldávia”. <b>E<sub>3</sub>F<sub>53</sub></b> – “A maior dificuldade, ainda assim, é a comunicação no geral...”. <b>E<sub>4</sub>F<sub>72</sub></b> – “Mandaram-me para a outra sala e não explicaram o que é que eu tinha”. <b>E<sub>1</sub>F<sub>13</sub></b> – “... no final colocou-lhe uma pulseira	15

	<p>[ao filho], sem me explicar nada e apontando para ficar na sala de espera”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>22</sub></b> - “Ela falou comigo várias vezes mas nem sei o que disse”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>54</sub></b> - “... a transmissão de informação, nunca é igual, é a dificuldade número 1”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>63</sub></b> - “...ninguém falou muito comigo”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>77</sub></b> - “Ninguém me explicou nada, limitaram-se a por-me numa sala à parte e não fui atendido enquanto não chegou a minha mãe”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>98</sub></b> - “Acho que apenas tentou compreender o que se tinha passado porque não me perguntou mais nada”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>111</sub></b> - “A comunicação não foi muito eficaz porque senão não tinham esperado pela minha mãe para me tratar”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>127</sub></b> - “A comunicação com o enfermeiro foi deficiente, se é que se pode considerar comunicação”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>104</sub></b> - “A maior dificuldade foi conseguir perceber o que a enfermeira me queria dizer, devia usar palavras mais simples”.</p>	
--	--	--

A comunicação é fundamental, em qualquer modelo de sociedade e para compreender melhor esta noção, será necessário delimitar quais os elementos que nela interferem. Deste modo podem ser distinguidos quatro factores decisivos: o emissor – aquele que transmite a mensagem; o receptor – aquele a quem se dirige a mensagem, que terá de captá-la e aceitar; a mensagem – conteúdo da comunicação que será interpretada pelo receptor; e o canal – todo o suporte que serve de transporte a uma determinada mensagem (Fachada, 2000).

A comunicação em saúde diz respeito ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e comunidades com vista à promoção da própria saúde (Teixeira, data desconhecida).

Esta definição é suficientemente ampla para englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Não se trata somente de promover a saúde, embora esta seja a área estrategicamente mais importante (Teixeira, data desconhecida).

De facto, comunicação em saúde inclui mensagens que podem ter finalidades muito diferentes, tais como:

- Promover a saúde e educar para a saúde;
- Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde;
- Prevenir doenças;
- Sugerir e recomendar mudanças de comportamento;
- Recomendar exames de rastreio;
- Informar sobre a saúde e sobre as doenças;
- Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados;
- Receitar medicamentos;
- Recomendar medidas preventivas e actividades de auto-cuidados em indivíduos doentes (Teixeira, data desconhecida).

É necessário não esquecer o facto de os entrevistados se encontrarem em contexto de urgência – triagem, local onde o principal papel do enfermeiro que a realiza prende-se na correcta prioridade estabelecida perante cada cliente/situação, ou seja, o profissional deve ser capaz de realizar uma avaliação rápida e uma definição correcta da situação de urgência do cliente (Sheehy, 2001).

É importante que pequenos pormenores sejam tidos em conta, como por exemplo, os sons que evocam uma resposta, como bater na porta na porta, deverão ser transmitidos pela pessoa ouvinte ao surdo. Mudanças bruscas no tema de conversa e despedidas longas são comuns em entre os surdos (Scheier, 2009).

Em análise ao quadro 19, verificamos que complementa um pouco o quadro anterior, pois se a transmissão de informação não é eficaz, também a sua compreensão não irá sê-lo. Pegando no exemplo de uma afirmação de uma entrevistada que refere que “*Fiquei sem perceber algumas coisas que a enfermeira tentou explicar*”, podemos concluir que o processo de comunicação não foi eficaz e que é uma verdadeira dificuldade, pois tendo em conta que a experiência de recorrer a uma urgência já é só por si bastante stressante, não compreender a situação, não irá transmitir e dar segurança à pessoa Surda.

Quadro 19 - Unidade de contexto: Compreensão da informação

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Compreensão da informação</b>	<p><b>E<sub>2</sub>F<sub>31</sub></b> – “A enfermeira tentou explicar algumas coisas, mas eram palavras complicadas que a senhora não soube traduzir e fiquei sem perceber muito bem”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>32</sub></b> – “A enfermeira pegou num papel e escreveu, mas eu não compreendia... eu não sou portuguesa e por isso não sei ler nem escrever português”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>40</sub></b> – “Fiquei sem perceber algumas coisas que a enfermeira tentou explicar”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>41</sub></b> – “Apesar de me ter resolvido o problema, fiquei sem saber qual era a causa ou mesmo se me vai voltar a acontecer”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>64</sub></b> – “Perguntavam-me o nome, eu não percebia e era muito complicado”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>71</sub></b> – “A maior dificuldade foi, eu não perceber o que é que os enfermeiros diziam”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>76</sub></b> – “Percebi muito pouco do que os enfermeiros me queriam dizer”.</p>	10

	<p><b>E<sub>5</sub>F<sub>79</sub></b> – “Mas senti que houve falta de uma ponte porque estávamos a tratar de um problema que eu já não tinha há muito tempo”.</p> <p><b>E<sub>5</sub>F<sub>80</sub></b> – “Resumiu muito as coisas, faltou-me informação, faltaram-me pormenores”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>128</sub></b> – “O meu problema ficou resolvido isso é verdade, mas eu fiquei sem perceber como, nem porquê”.</p>	
--	---	--

É de salientar que a relação interpessoal depende necessariamente da habilidade comunicacional que se estabelece entre indivíduos, sendo esse factor que determina o grau de eficácia da mesma, ou seja, na interacção entre duas pessoas ambos desempenham o papel de emissor e receptor alternando-os. Ao comunicar o emissor recebe simultaneamente mensagens do receptor e por outro lado quem as recebe não desempenha um papel passivo (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Quando analisamos o quadro 20, temos de ter em conta que todo o circuito de um serviço de urgência se inicia na triagem e, portanto, só depois de o indivíduo passar por este sector, se desenrolará o restante processo. Quanto maior for a dificuldade de acesso à triagem, maior será também o tempo de espera. Constatamos aqui que a maior dificuldade, que por norma a chamada para a triagem é feita por altifalante e essa possibilidade não é válida para os indivíduos Surdos. Apesar disso apenas dois dos entrevistados referem esta dificuldade, incidindo principalmente no tempo de espera pelo qual tiveram de passar, referindo o esquecimento do enfermeiro causa.

Quadro 20 - Unidade de contexto: Barreira chamada triagem

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Chamada para triagem</b>	<b>E<sub>1</sub>F<sub>6</sub></b> – “Esperei e estava sempre à espera que me chamassem, até que fui lá e perguntei se sabiam da minha situação”.	6

**E<sub>1</sub>F<sub>8</sub>** – “Chamar ao microfone é impossível porque eu não ouço”.

**E<sub>3</sub>F<sub>57</sub>** – “Continuava à espera, perguntei várias vezes, tive de ser chato, uma situação muito complicada para as duas partes”.

**E<sub>3</sub>F<sub>42</sub>** – “Eu fui lá perguntar mais que uma vez ao enfermeiro, até que foram ver o processo e disseram, “já o chamaram”... mas eu sou surdo, ninguém foi lá avisar-me”.

**E<sub>3</sub>F<sub>55</sub>** – “O facto de o enfermeiro não me ir chamar [à sala de espera] é a [dificuldade] número 2”.

**E<sub>1</sub>F<sub>7</sub>** – “A enfermeira até já tinha chamado, mas como não oiço também não foram lá pessoalmente”.

Noutra investigação realizada por Costa *et al* (2009) em que o objectivo era “Ouvir das pessoas Surdas os factores que podem tornar inadequada a comunicação com os profissionais de saúde e também as suas sugestões para melhorar essa comunicação”, dezoito Surdos foram entrevistados (10 usuários de Língua Gestual, quatro que fazem leitura labial e quatro que se comunicam de ambas as formas). Obteve-se como resultado de comunicação inadequada, médicos falarem ao cliente enquanto escrevem, chamar o cliente de outra sala esquecendo-se que se trata de um surdo e dificuldade do cliente em compreender quando tomar os medicamentos.

Por último, dentro da categoria dificuldades, e analisando o quadro 21, existem também barreiras físicas que impossibilitam uma comunicação eficaz. Um entrevistado refere que “... *dificuldade foi que eu estava deitado e não conseguia olhar bem para a enfermeira*”, impossibilitando assim uma visualização das expressões faciais e leitura labial.

Quadro 21 - Unidade de contexto: Barreiras físicas

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Barreiras Físicas</b>	<b>E<sub>1</sub>F<sub>3</sub></b> – “Na triagem a enfermeira tem um computador à frente e há dificuldade de ver o que ela está a fazer...”. <b>E<sub>4</sub>F<sub>66</sub></b> – “[Na triagem] Pedi uma caneta e papel para escrever e não aceitaram”. <b>E<sub>6</sub>F<sub>105</sub></b> – “Outra dificuldade foi que eu estava deitado e não conseguia olhar bem para a enfermeira”. <b>E<sub>6</sub>F<sub>106</sub></b> – “Para lhe conseguir ver os lábios [a enfermeira] teve de colocar a cabeça bem por cima de mim, o que não foi nada confortável”.	4

A cultura surda tem seu próprio conjunto de regras e comportamentos que as pessoas ouvintes podem não entender. Por exemplo, é falta de educação não manter contacto visual quando se fala com um surdo. Além disso, as regras relativas ao contacto físico, ao toque e apontar são diferentes na cultura surda. Os surdos vêm como rude a atitude de serem excluídos de uma conversa, pois querem as mesmas informações que uma pessoa ouvinte teria (Scheier, 2009).

### 3.2.4 Categoria – Estratégias de comunicação

As estratégias de comunicação adoptadas pelos Surdos e profissionais de saúde são de extrema importância, para que a comunicação seja eficaz e para que exista reciprocidade nessa mesma informação. A comunicação desenvolve-se através de várias estratégias, de diferentes naturezas, de modo a potencializar o processo de produção, envio e recepção das mensagens.

Britto e Samperiz (2010) realizaram um estudo que teve como objectivo identificar as dificuldades de comunicação da equipa de enfermagem com os indivíduos Surdos no decorrer

da assistência de enfermagem e conhecer as estratégias desenvolvidas na comunicação não verbal. A dificuldade em explicar informação importante ao cliente foi relatada por 66% dos profissionais e para 32%, a dificuldade em entender o cliente na sua forma de comunicação. A estratégia de comunicação utilizada por 100% dos participantes foi mímica, seguida pela leitura labial (94%), recurso ao acompanhante (65%) e escrita (42%). Somente 1% comunicou através de Língua Gestual.

A categoria – Estratégias de comunicação encontra-se dividida em seis unidades de contexto. A maioria refere os gestos/mímica (12) e a escrita (11) como as estratégias mais utilizadas. É preciso ainda assim ter em conta, que a escrita é por vezes de difícil acesso a alguns Surdos, como referido num estudo de Chaveiro e Barbosa (2005), que apresenta como resultado que como o português para os Surdos é como uma segunda língua, é difícil a sua aprendizagem.

Quadro 22 - Categoria: Estratégias de comunicação

Categorias	Unidades de Contexto
Estratégias de comunicação	Mímica/Gestos Leitura labial Apontar Escrita Expressão facial Língua gestual

É ilimitada a capacidade do homem em comunicar tanto verbalmente como não verbalmente. A comunicação é determinada pelo contexto na qual se inscreve e este contexto envolve as relações que unem as pessoas que comunicam, o espaço na qual se situa a interacção e a situação que coloca em relação aos protagonistas. O contexto constitui também um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e de rituais de interacção (Pereira, 2008).

É de salientar, que a relação interpessoal depende necessariamente da habilidade comunicacional que se estabelece entre indivíduos, sendo esse factor que determina o grau de eficácia da mesma, ou seja, na interacção entre duas pessoas ambos desempenham o papel de emissor e receptor alternando-os. Ao comunicar o emissor

recebe simultaneamente mensagens do receptor e por outro lado quem as recebe não desempenha um papel passivo (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Pela análise do quadro 23, consegue-se observar que a mímica/gestos, é uma estratégia de comunicação de grande importância, podendo-se verificar que de um total de sete entrevistados, seis referiram ter utilizado esta estratégia. Alguns referem-na, mesmo como tendo sido a única, como verificamos pelas palavras do entrevistado, “As estratégias de comunicação com a enfermeira foram muito reduzidas, a única mesmo que utilizámos foi a mímica”.

Quadro 23 - Unidade de contexto: Mímica/Gestos

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Mímica/Gestos</b>	<p><b>E<sub>1</sub>F<sub>21</sub></b> – “As estratégias de comunicação com a enfermeira foram muito reduzidas, a única mesmo que utilizámos foi a mímica”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>16</sub></b> – “Apenas alguns gestos que tentei para demonstrar o choro e onde achava que o meu filho tinha dores”.</p> <p><b>E<sub>1</sub>F<sub>23</sub></b> – “... através de gestos tentei explicar”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>30</sub></b> – “Tive de utilizar alguns gestos”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>38</sub></b> – “Alguns gestos que serviram para descodificar termos mais complicados”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>44</sub></b> – “... e a comunicação foi um bocadinho à base de mímica”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>68</sub></b> – “Fiz os números com os dedos e pedi para telefonar à minha mãe”.</p> <p><b>E<sub>5</sub>E<sub>87</sub></b> – “... um bocadinho de mímica. Como colocar a máscara ou para me indicar que me podia sentar”.</p> <p><b>F<sub>6</sub>E<sub>96</sub></b> – “...fazia gestos”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>102</sub></b> – “... e tentou alguns gestos ...”.</p>	12

	<p><b>E<sub>6</sub>F<sub>107</sub></b> – “Utilizámos a mímica, gestos...”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>93</sub></b> – “... com os meus dedos junto à boca tentei pedir para que a enfermeira falasse mais devagar para tentar percebê-la”.</p>	
--	---	--

Alguns gestos (por exemplo, tu, eu, vocês, aqui) são feitos com o gesto de apontar, sendo este igualmente usado para referir pessoas ou objectos que não estão à vista. Esta referência muitas vezes não é mais que um rápido movimento do dedo e/ou olhar no decorrer de uma conversa, podendo por vezes passar despercebido causando má interpretação do sentido da frase (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Quando o entrevistado refere “... *com os meus dedos junto à boca tentei pedir para que a enfermeira falasse mais devagar para tentar percebê-la*”, podemos verificar uma articulação com entre duas estratégias de comunicação, pois a mímica/gestos foi utilizada para de seguida conseguir realizar leitura labial, talvez mais fácil para a compreensão da mensagem, para este entrevistado.

O quadro 24, refere-se à leitura labial, baseada na lógica dedutiva e da interpretação que os Surdos conseguem fazer, tendo em conta que é da máxima importância que o emissor da mensagem fale devagar, tal como refere um entrevistado, salientando a postura do enfermeiro da triagem, “*Também percebeu que se falasse mais devagar eu conseguia fazer alguma leitura labial*”.

Quadro 24 - Unidade de contexto: Leitura labial

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Leitura labial</b>	<p><b>E<sub>3</sub>F<sub>49</sub></b> – “Também percebeu que se falasse mais devagar eu conseguia fazer alguma leitura labial”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>59</sub></b> – “... falar devagarinho [para fazer leitura labial]...”.</p>	6

	<p><b>E<sub>4</sub>F<sub>67</sub></b> – “Foi muito complicado, tive de fazer um grande esforço para tentar emitir algum som e pior para tentar perceber o que diziam através da leitura labial”.</p> <p><b>E<sub>4</sub>F<sub>74</sub></b> – “A única estratégia que posso considerar é a leitura labial”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>94</sub></b> – “Foi a única solução, ela perguntava, eu fazia a leitura labial...”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>108</sub></b> – “... leitura labial”.</p>	
--	--	--

De acordo com Rosa, Barbosa e Bachion (2000), citado por Oliveira, Lopes e Pinto (2009:166) “O deficiente auditivo, apesar das suas dificuldades de comunicação com as pessoas com quem convive, tenta comunicar através dos meios possíveis ao seu alcance, como gestos, desenhos, escrita, e dependendo do seu nível de treino, faz leitura labial, tecnicamente feita por leitura orofacial, podendo ficar ansioso, irritado e impaciente quando não compreendido”.

Compreende-se assim que apesar desta estratégia ser referida quase pela metade dos entrevistados, ela requer algum treino e as condições adequadas, não podendo, por exemplo, existir barreiras que interfiram na visualização entre emissor e receptor para uma correcta transmissão da mensagem e consequente compreensão da mesma.

No quadro 25, constatamos que para algumas situações, apontar é uma estratégia de comunicação que proporciona um entendimento entre os interlocutores, como se verifica quando um dos entrevistados afirma “*Tentei explicar-lhe o que se passava apontando para o meu filho*”. Para esta estratégia de comunicação, alguns instrumentos são também importantes, como a régua para avaliação da dor - “... *apontando de seguida régua com números*”, funcionando como auxiliares à compreensão da informação.

Quadro 25 - Unidade de contexto: Apontar

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Apontar</b>	<p><b>E<sub>1</sub>F<sub>10</sub></b> – “Tentei explicar-lhe o que se passava apontando para o meu filho”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>45</sub></b> – “Perguntou-me onde me doía, apontando para as partes do corpo...”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>47</sub></b> – “... apontando de seguida régua com números”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>43</sub></b> - “O enfermeiro apontou para me sentar...”</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>92</sub></b> - “Aponte...”</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>95</sub></b> – “... apontava...”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>121</sub></b> – “... e para lhe apontar qual o grau de dor que sentia”.</p>	7

A Associação Portuguesa de Surdos refere que apontar pode ser uma estratégia muito utilizada e chama a atenção para aspectos interessantes que podem facilitar o processo de comunicação:

- Apontar com o dedo indicador firme e direito. Não é perfeitamente claro apontar com o dedo dobrado, ou se usar outra configuração da mão para apontar;
- Não se deverá apontar muito perto nem muito longe do corpo. O braço é esticado apenas quando está a apontar para dar mais ênfase ou para chamar a atenção de alguém que está longe;
- As pessoas Surdas não se importam que apontem para elas.

Em análise ao quadro 26, podemos perceber que a escrita é outra estratégia utilizada para a comunicação com o enfermeiro da triagem. Para os Surdos, a língua portuguesa funciona como uma segunda língua, tal como para os ouvintes funciona, no caso português, a língua inglesa. Ler no computador, tal como referido “... *o enfermeiro voltava o ecrã do computador para mim e apontava para o sítio onde queria uma resposta*”, ou basear toda a comunicação na troca de mensagens escritas, como refere o

entrevistado, “Fiquei algum tempo ali na triagem com a enfermeira e ela escreveu num papel a perguntar se podíamos “falar” escrevendo. Foi assim que nos entendemos”, sendo a segunda estratégia de comunicação mais referida pelos participantes no estudo.

Quadro 26 - Unidade de contexto: Escrita

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Escrita	<p><b>E<sub>1</sub>F<sub>15</sub></b> – “A comunicação escrita é a maior facilidade, sem dúvida”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>48</sub></b> – “... o enfermeiro voltava o ecrã do computador para mim e apontava para o sítio onde queria uma resposta”.</p> <p><b>E<sub>3</sub>F<sub>60</sub></b> – “... apontar para o computador...”.</p> <p><b>E<sub>5</sub>F<sub>78</sub></b> – “Fiquei algum tempo ali na triagem com a enfermeira e ela escreveu num papel a perguntar se podíamos “falar” escrevendo. Foi assim que nos entendemos”.</p> <p><b>E<sub>5</sub>F<sub>86</sub></b> – “Através da escrita...”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>109</sub></b> – “A escrita, a enfermeira ainda tentou...”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>119</sub></b> – “... escreveu 5 perguntas todas de uma vez num papel e esperou que eu respondesse”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>122</sub></b> – “Depois escreveu que fosse para outra sala e que esperasse”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>124</sub></b> – “Do pouco que comunicamos, a estratégia foi escrever...”.</p> <p><b>E<sub>7</sub>F<sub>120</sub></b> – “Apontou para o computador...”</p> <p><b>E<sub>5</sub>F<sub>82</sub></b> – “Maior facilidade foi a escrita...”.</p>	11

Chama-se a atenção para as dificuldades associadas à escrita, dado o facto desta não ser muitas vezes estimulada nos Surdos, tal como revela uma investigação realizada por

Chaveiro e Barbosa (2005), onde foram entrevistados 20 surdos com idade acima de 18 anos. Apresenta como resultado que:

*Pelo facto dos surdos muitas vezes não terem problemas visuais, a escrita poderia ser uma alternativa, mas a realidade não é assim, para eles o português é a segunda língua, e como qualquer língua estrangeira, é difícil a sua aprendizagem. Deste modo, um dos grandes desafios na área de educação é a sua alfabetização. Portanto, a escrita como apontada por alguns surdos na pesquisa não é o caminho ideal para a eficácia do entendimento.*

No quadro 27, verificamos que existe apenas um entrevistado que faz referência à expressão facial como estratégia de comunicação.

Quadro 27 - Unidade de contexto: Expressão facial

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Expressão facial</b>	<b>E<sub>3</sub>F<sub>46</sub></b> –“... e fez várias expressões faciais para tentar quantificar a minha dor”.	1

Apesar de apenas haver uma referência a esta estratégia, pode ler-se em documentos da Associação Portuguesa de Surdos, que esta é de extrema importância para uma boa comunicação. Dever-se-á estar atento à informação que vem não só dos movimentos das mãos, mas também de movimentos da cabeça, ombros, sobrancelhas, boca, bochechas, mudanças na direcção do olhar e posição do corpo. Todos estes aspectos têm uma função gramatical, podendo, por exemplo, indicar diferenças nos tipos de frases ou perguntas, descrever o modo como a acção foi feita, se com facilidade, esforço, concentração ou outro. Expressões faciais e corporais são igualmente usadas para indicar o aspecto emotivo das declarações, histórias e descrições (Associação Portuguesa de Surdos, data desconhecida).

Por último, no quadro 28, os entrevistados fazem referência à utilização de Língua Gestual. Esta foi utilizada não pelo conhecimento de nenhum dos profissionais de saúde, mas por pessoas presentes com algum conhecimento, como refere a entrevistada “*Estava a tentar explicar que estava com dores e a minha sorte foi que apareceu uma Sra. jovem que sabia um bocadinho de língua gestual...que sorte!*”. Ainda outra entrevistada refere que a melhor maneira de comunicar seria com a intervenção de um

intérprete, não sendo muitas vezes possível, como esta refere “*Preferia uma intérprete, foi às 4 da manhã e foi muito complicado...*” até porque, uma presença de 24h nos serviços de saúde será pouco exequível.

Quadro 28 - Unidade de contexto: Língua Gestual

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Língua gestual</b>	<b>E<sub>1</sub>F<sub>17</sub></b> – “Melhor, melhor, melhor, seria a língua gestual, isso era perfeito”. <b>E<sub>2</sub>F<sub>29</sub></b> – “Estava a tentar explicar que estava com dores e a minha sorte foi que apareceu uma Sra. jovem que sabia um bocadinho de língua gestual...que sorte!”. <b>E<sub>2</sub>F<sub>34</sub></b> – “O facto de a Sra. ter conhecimentos de língua gestual foi uma grande ajuda, facilitou todo o processo, e a enfermeira ficou a perceber a minha situação”. <b>E<sub>2</sub>F<sub>37</sub></b> – “A estratégia de comunicação neste caso foi a língua gestual”. <b>E<sub>5</sub>F<sub>81</sub></b> – “Preferia uma intérprete, foi às 4 da manhã e foi muito complicado...”.	5

A invenção do alfabeto fonético levou à diferenciação entre linguagem e comunicação não verbal. Este evento na história humana permite-nos colocar palavras numa página, despindo-as de uma voz, corpo, relações interpessoais e contexto situacional na qual ocorrem e passá-las a outras gerações (Pereira, 2008).

Comunicar com a pessoa Surda quando não está presente um intérprete de Língua Gestual pode ser facilitado se forem tidas em conta determinadas estratégias:

- Questionar o cliente acerca da melhor forma de se comunicar com ele (leitura labial, escrito em papel ou um computador, gestos);
- Assegurar o pedido de forma de comunicação do cliente da forma mais eficaz possível;

- Ter em atenção se o local é uniformemente iluminado;
- Olhar para o cliente directamente durante todo o diálogo;
- Estabelecer contacto visual com o cliente, mantendo as mãos longe do rosto, e especialmente, da boca;
- Utilizar gestos para mostrar ao cliente onde se sentar ou o que fazer;
- Falar claramente, não exagerando nos movimentos labiais;
- Utilizar gráficos e imagens se necessário;
- Expressar claramente uma mudança de tema;
- Periódicamente, perguntar ao cliente se está a entender a informação transmitida;
- Expressar claramente a conclusão do diálogo e reafirmar os planos futuros (Lieu *et al*, 2007).

Algumas destas referências são expressas no estudo, pelos participantes como elementos facilitadores da comunicação com o enfermeiro e já descritas na categoria «Elementos facilitadores».

### 3.2.5 Categoria – Avaliação do Processo

A categoria avaliação do processo de comunicação estabelecido com o enfermeiro da triagem reúne três unidades de contexto. Dadas as dificuldades apresentadas anteriormente, a avaliação mais referida é a mediana com três unidades de enumeração.

Quadro 29 - Categoria: Avaliação do processo

Categorias	Unidades de Contexto
Avaliação do processo	Positiva Mediana Negativa

Quadro 30 - Unidade de contexto: Positiva

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Positiva</b>	<p><b>E<sub>3</sub>F<sub>62</sub></b> – “A informação que me transmitiu foi bastante clara, saí da triagem a perceber para que médico ia ser enviado porque é que tinha uma pulseira amarela e quanto tempo mais ou menos teria de esperar”.</p> <p><b>E<sub>5</sub>F<sub>88</sub></b> – “A minha avaliação é bastante positiva, por ser por causa da asma, foi muito simples, porque se partisse o pé ou tivesse o coração a bater muito depressa, era diferente”.</p>	2

Quadro 31 - Unidade de contexto: Mediana

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
<b>Mediana</b>	<p><b>E<sub>1</sub>F<sub>25</sub></b> – “De 0 a 20... dou 10, não pelo esforço que a enfermeira tenha feito em termos de comunicação, mas porque pelo menos pareceu-me que o meu filho foi encaminhado para o sítio certo depois de sair da triagem”.</p> <p><b>E<sub>2</sub>F<sub>39</sub></b> – “A avaliação é mais ou menos, porque se não fosse a Sra. que apareceu nada teria sido tão fácil”.</p> <p><b>E<sub>6</sub>F<sub>110</sub></b> – “Avaliação? Mais ou menos”.</p>	3

Quadro 32 - Unidade de contexto: Negativa

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Negativa	<b>E<sub>1</sub>F<sub>26</sub></b> – “A comunicação não foi nada eficaz, até porque quando saí da triagem fiquei à mesma sem saber o que o meu filho tinha ou pelo menos do que suspeitavam”. <b>E<sub>4</sub>F<sub>75</sub></b> – “[A avaliação] É negativa, senti-me muito mal, muito negligenciado”.	2

De salientar que esta avaliação pretendeu-se dirigida ao processo de comunicação nos episódios relatados e não directamente às competências dos profissionais envolvidos.

Apesar disso, a literatura aponta para que a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos em grande parte é a partir da avaliação que fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram. Os processos de adaptação psicológica às doenças também podem ser influenciados pela comunicação dos técnicos de saúde, uma vez que, quando uma pessoa adoece e procura ajuda num serviço de saúde, o controlo do stress ligado ao adoecer também pode ser influenciado positivamente pela transmissão de informação adequada (formatada ou personalizada) às necessidades daquela pessoa naquele momento, o que influencia, por seu turno, o modo como se confronta com os sintomas da doença e se relaciona com os próprios técnicos (Teixeira, data desconhecida).

Muito interessante a referência de um participante, quando afirma que “*de 0 a 20... dou 10, não pelo esforço que a enfermeira tenha feito em termos de comunicação, mas porque pelo menos pareceu-me que o meu filho foi encaminhado para o sítio certo depois de sair da triagem*”, pondo em destaque os resultados efectivos do processo de comunicação e desvalorizando a avaliação do processo em si mesmo.

Os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes e são bons

indicadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde (Teixeira, data desconhecida).

Este critério apresenta uma importância fulcral a desenvolver entre enfermeiro/cliente em qualquer dos âmbitos das suas competências (como, avaliação de necessidades, planeamento e prática de cuidados adequados, realização de ensino, entre outros). É pois necessário, o desenvolvimento de padrões de comunicação eficazes (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

A inclusão social referente ao atendimento de pessoas portadoras de necessidades especiais, nos serviços da área de saúde, estabelece-se como um factor essencial de qualidade dos serviços prestados, enquanto que a falta de comunicação inviabiliza um atendimento humanizado. A comunicação com os surdos surge, assim, como um desafio aos profissionais que lhes prestam assistência em saúde, (Chaveiro e Barbosa, 2005).

## **Conclusão**

Tendo em conta o problema identificado no início do estudo, relativo às diferenças e especificidades que os indivíduos Surdos apresentam e a importância do enfermeiro desenvolver competências e estratégias de comunicação com a população Surda, foi necessário explorar o processo de comunicação nas instituições de saúde no atendimento prestado pelo profissional de saúde. Através de fundamentação teórica e de vários estudos pesquisados, ficou perceptível que, este, continua a ser um problema na sociedade actual e que cada vez mais é necessária formação contínua e qualificada para o desenvolvimento de competências específicas que constituem uma resposta efectiva a situação.

A comunicação é um processo sempre com possibilidade de melhoria e no contacto com os indivíduos Surdos, isso ainda é mais perceptível. É indispensável que quer os enfermeiros, quer os Surdos encontrem formas de interagir, com o objectivo de garantir uma assistência de melhor qualidade, partindo do profissional a tomada de iniciativa visto ser este o cuidador, podendo assim dar resposta ao problema levantado.

Tinha-se como objectivo do estudo, descrever as experiências de comunicação entre o cliente adulto com surdez pré-linguística e o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência, que foi alcançado através da análise e discussão dos dados colhidos em sete entrevistas semi-dirigidas, numa amostra constituída por elementos da Associação Portuguesa de Surdos que se disponibilizaram para participar.

Através da descrição das experiências pretendia-se chegar às estratégias de comunicação mais utilizadas e as principais barreiras e elementos facilitadores, o que foi conseguido.

De uma forma geral, pode concluir-se que foram encontradas respostas e descritas várias situações que ilustram a comunicação pessoa Surda/enfermeiro em contexto de urgência hospitalar.

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo assente no Paradigma Qualitativo. A amostra foi retirada da população acessível na Associação Portuguesa de Surdos, sendo

posteriormente realizadas sete entrevistas semi-dirigidas, a Surdos, que cumpriam integralmente os critérios de inclusão. Foram cumpridas todas as questões éticas através dos vários documentos entregues, quer aos participantes, bem como à Associação Portuguesa de Surdos bem como, de todos os procedimentos junto dos entrevistados.

Realizadas as entrevistas e após a transcrição das mesmas e sua validação pelos participantes foi efectuada a análise temática de conteúdo segundo Bardin.

Desta análise emergiram 5 categorias, sendo elas, Sentimentos, Elementos facilitadores, Dificuldades, Estratégias de comunicação e Avaliação do processo comunicacional.

As dificuldades apontadas pelos Surdos são em número superior aos elementos facilitadores e quase todas as descrições de experiências em contexto de urgência foram negativas a nível da comunicação estabelecida com o enfermeiro na triagem.

Na categoria Sentimentos, vários foram os relatados pelos Surdos quando relataram uma experiência no serviço de urgência. Todos apontam para momentos de *stress*, nervosismo, ansiedade, preocupação, sendo negativos e demonstrando insegurança.

A categoria Elementos facilitadores evidencia que a postura do enfermeiro é fundamental para uma boa comunicação, facilitando todo o processo. A tecnologia, como os computadores é também um facilitador sendo que tal como descrito, existem outros meios como sistemas de luzes ou um call center, ainda não disponíveis que seriam um grande apoio. Outras facilidades descritas, como a presença de um familiar, fazem toda a diferença para a boa comunicação.

As Dificuldades, outra categoria encontrada, é a que mais unidades de registo apresenta. Também aqui a postura do enfermeiro é de grande relevância, pois esta condicionada a possibilidade de uma relação de ajuda e conseqüentemente uma boa comunicação, implícita a essa relação. A transmissão e a compreensão da informação são duas das maiores dificuldades apontadas pelos Surdos, pois referem ser uma das maiores lacunas na comunicação estabelecida.

Já na categoria Estratégias de comunicação, várias foram apontadas, sendo as de maior relevo a escrita e os gestos/mímica. A língua gestual seria a melhor solução de todas,

mas como relatado apenas numa situação houve possibilidade de comunicação através de língua gestual, ainda que esta fosse por uma pessoa externa e não uma competência do enfermeiro da triagem ou pela presença de um intérprete.

Por último, a categoria Avaliação do Processo, onde apesar das inúmeras dificuldades apontadas anteriormente, se obtém uma avaliação mediana.

Todos estes resultados obtidos poderão ter contributos para a enfermagem, pois a barreira de comunicação é bastante perceptível entre Surdos e profissionais de saúde, neste caso específico, enfermeiros. Será necessário fazer uma revisão de desenvolvimento de competências, bem como um alerta para a importância da igualdade de oportunidades dos Surdos nas instituições de saúde.

Ainda que os enfermeiros estejam preparados para estabelecer uma relação terapêutica e uma relação de ajuda, esta precisa de ser expandida à população dos Surdos para que melhores cuidados de enfermagem sejam prestados e para que a satisfação dos utentes aumente.



## **Implicações e Sugestões**

O estudo realizado pode trazer implicações actuais e futuras na medida em que é um alerta para uma falha a colmatar e que pode ser melhorada através do desenvolvimento de competências que de momento não parecem ter grande foco de atenção.

Algumas sugestões para a utilização dos resultados na prática, serão a inclusão de disciplinas de língua gestual nos cursos de licenciatura em enfermagem, para os ainda estudantes, e formações nos locais de trabalho para os profissionais em exercício de funções. Seria também útil e interessante divulgar algumas das estratégias para uma comunicação eficaz, apresentadas pela associação junto dos profissionais de saúde.

Existem também algumas sugestões que foram referidas pelos entrevistados, como o sistema de luzes ou call-center, que certamente iriam promover um melhor atendimento e conseqüentemente uma melhor comunicação.

Ainda como sugestão para posteriores estudos/investigções, seria interessante realizar um estudo comparativo entre a prestação de cuidados a Surdos por enfermeiros com conhecimentos de língua gestual e os que não têm qualquer conhecimento e utilizam apenas as estratégias encontradas neste estudo. Outros estudos interessantes de realizar seriam acerca dos sentimentos dos Surdos durante a prestação de cuidados e a preparação para a alta de um cliente Surdo internado.



## **Limitações**

A principal limitação encontrada neste estudo foi a comunicação. Apesar de a investigadora ter alguns conhecimentos de língua gestual, não lhe é possível manter uma conversa fluída e equilibrada com os Surdos, praticantes diários de língua gestual.

Foi necessária a presença constante de uma intérprete de língua gestual para que a tradução das entrevistas fosse o mais fidedigna possível.

Todas as diligências foram efectuadas para a autorização de realização das entrevistas na Associação Portuguesa de Surdos, sendo um processo moroso e com algumas intercorrências superadas posteriormente.

A falta de experiência da investigadora neste tipo de estudos, foi também uma limitação, sendo de maior notoriedade no capítulo da análise de conteúdo.

A menos que a língua gestual seja uma prática contínua, os conhecimentos acerca da mesma vão reduzindo, não sendo possível manter um discurso coerente e completo. Ainda assim, sem a prática contínua, é possível realizar algumas perguntas básicas e responder a algumas, também de uma forma mais básica ou por vezes não utilizando uma forma gramatical o mais correcta possível.



## Referências Bibliográficas

- Almirall, C., Camats, E. e Bultó, C. (2003). *Sistemas de Sinais e Ajudas Técnicas para a Comunicação Alternativa e a Escrita*. (1ª ed.). São Paulo: Santos Editora.
- Associação Portuguesa de Surdos. (data desconhecida). Como chamar a atenção na Comunidade Surda. Lisboa: Associação Portuguesa de Surdos.
- Associação Portuguesa de Surdos. (data desconhecida). Comunicar – Língua Gestual. Lisboa: Associação Portuguesa de Surdos.
- Azevedo, M. (2006). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares*. (5ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3ªed.). Lisboa: Edições 70
- Bautista, R. (1997). *Necessidades educativas Especiais*. (1ª ed.). Lisboa: Dinalivro.
- BIAP Recommendation nº 02/1 bis. (2009). *Audiometric Classification of Hearing Impairments*. Disponível on-line em: [www.biap.org/biapanglais/rec021eng.htm](http://www.biap.org/biapanglais/rec021eng.htm). Último acesso em 27. 03. 2011.
- Bin, G., Nogueira, M., S., Godoy, S. e Mendes, I. A. (2004) *Comunicação com surdos-mudos: identificação das dificuldades vivenciadas por enfermeiros*. Disponível on-line em: <https://sistemas.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=1743&numeroEdicao=14> Último acesso em: 29. 03. 2011.
- Britto, F., R. e Samperiz, M., M. (2010). “Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipa na assistência ao deficiente auditivo” *Einstein*, 8, 1, pp. 80-85.
- Casey, A. e Wallis, A. (2011). “Effective communication: Principle of Nursing Practice”. *Nursing Standart*, 25, 32, pp. 35-37.
- Chaveiro, N. e Barbosa, M. A. (2005). “Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social”. *Revista Escola Enfermagem*, 39, 4, pp. 417-22.
- Chaveiro, N. e Barbosa, M. A. e Porto, C. C. (2007). Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde. *Revista Escola Enfermagem*, 42, 3, pp. 578-583.

- Coelho, O. (2005). *Perscrutar e Escutar a Surdez*. (1ªed.). Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Costa, L., Almeida, R., Mayworn, M., Alves, P., Bulhões, P. e Pinheiro, V. (2009). “O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas” *Revista Brasileira Clinica Medica*, 7, 3, pp. 166-170.
- Decreto-lei nº 3/08 de 7 de Janeiro. *Diário da República nº 4/08 - I Série A*.
- Fachada, O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais*. Vol. I. (3ª ed.). Lisboa: Rumo
- Federação Portuguesa das Associações de Surdos. (data desconhecida) *Decretos e Leis*. Disponível on-line em: <http://www.fpasurdos.pt/DecretosLei.aspx> Último acesso em: 29. 05. 2011
- Félix. N. (2001). *As relações intergrupais entre Surdos e Ouvintes* - Tese de mestrado em Psicologia Social e Organizacional, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- Ferreira, A., Fernandes, A., Niza, S., Martins, R., Bettencourt, J. Silva, A. e Ferreira A. (2001). *Gestúário da Língua Gestual Portuguesa*. (5ª ed.). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência
- Fortin, M., F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (2ªed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Gomes, V., Soares, M., Muniz, R. e Silva, J., R. (data desconhecida). *Vivência do Enfermeiro ao Cuidar de Surdos e/ou Portadores de Deficiência Auditiva*. Disponível on-line em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/pt\\_17c01.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/pt_17c01.pdf). Último acesso em: 29. 03. 2011
- INE (2001). *XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação*. CD-ROM (versão1.0). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Lacerda, C. (2006). *A Inclusão Escolar de Alunos Surdos: O que dizem Alunos, Professores e Intérpretes sobre esta Experiência*. Disponível on-line em: [www.cedes.unicamp.br](http://www.cedes.unicamp.br). Último acesso em: 30. 03. 2011
- Lieu, C., Sadler, G., Fullerton, J. e Stohlmann, P. (2007). “Communication Strategies for Nurses Interacting with Patients Who Are Deaf”. *Dermatology Nursing*, 16, 4, pp. 239-245.

- Manuilla, L., Manuilla, A., Lewalle, P. e Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, M. (2005). *Cultura Surda – Contributo para a sua compreensão*. Lisboa.
- Melo, A., Moreno, C., Amaral, I., Silva, M. e Martins, M. (1986) *A Criança Deficiente Auditiva - Situação Educativa em Portugal*. (1ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, H., Lopes, K. e Pinto, N. (2009) “Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Assistência Prestada ao Deficiente Auditivo” *Revista Enfermagem Integrada*, 2, 1, pp. 165-175.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Triagem de Manchester*. Disponível on-line em: <http://ordemenfermeiros.pt/>. Último acesso em: 26. 03. 20011.
- Pereira, N. (2008). *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde – Universidade Aberta de Lisboa.
- Phipps, W. J. (2007). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Polit, D. F., Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Resolução da Assembleia da República n.º 13/04 de 8 de Janeiro. *Diário da República n.º 17/04 - I Série A*.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4º ed.). Loures: Lusociência
- Santos, C., Gaspar, T., Correia, V. e Graveto, J. (2008). “Vivências comunicacionais de Enfermeiros face à criança com surdez profunda” *Revista Referência*, 2, 8, pp. 69-78.
- Scheier, D. (2009) “Barriers to health care for people with hearing loss: A review of the literature” *Journal of the New York State Nurses Association*, pp. 4-10.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. (1ªed.). Loures: Lusociência.
- Simões, J., Fonseca, M. e Belo, A. (2006). “Relação de ajuda: horizontes de existência”. *Revista referência*, 2, 3, pp. 45-54.

Teixeira, J. (data desconhecida) “Comunicação em saúde - Relação Técnicos de Saúde – Utentes”. *Notas Didáticas - Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, pp. 615-620

Universidade Atlântica. (2010). Orientações para a elaboração do trabalho de monografia. Barcarena: Universidade Atlântica.

## **Apêndices**

## **Apêndice 1 – Carta de Autorização**

Exmo. Sr<sup>a</sup>. Presidente  
da Associação Portuguesa de Surdos

Barcarena, Setembro de 2011

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação.

Ana Catarina Henriques, estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde – Universidade Atlântica, que se situa em Barcarena, venho por este meio solicitar autorização, para recolher dados juntos dos elementos da Associação Portuguesa de Surdos, com a intenção de realizar a monografia de final de curso.

O tema em estudo é “*Comunicação do cliente Surdo com o Enfermeiro da Triagem de um Serviço de Urgência hospitalar*” tendo por objectivo descrever as experiências de comunicação entre o cliente adulto com surdez pré-linguística e o Enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência.

A amostra será constituída por aqueles que se encontrem dispostos a participar, assinando o consentimento informado e sejam Surdos pré-linguísticos, maiores de 18 anos, que já tenham recorrido a Serviços de Urgência de um hospital pelo menos uma vez, sem acompanhante. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

Como instrumento de recolha de dados, será realizada uma entrevista constituída por questões abertas.

Dada a necessidade de tratamento de dados posterior, é necessária a gravação vídeo das entrevistas a realizar, estando garantida a visualização restrita e posterior destruição da mesma.

Estão garantidos os aspectos éticos e comprometo-me a respeitar o anonimato e a confidencialidade dos dados e toda a recolha de dados será efectuada com base na autorização após explicação da natureza do trabalho e ainda do direito à recusa em participar.

Aguarda deferimento.

Atenciosamente,

---

Ana Catarina Henriques

**Orientadora:**

---

Enf<sup>a</sup> Ema Perdigão

## **Apêndice 2 – Carta Explicativa**

## **CARTA EXPLICATIVA**

**Título do projecto:** Comunicação do Cliente Surdo com o Enfermeiro da triagem em contexto de Urgência.

**Investigador:** Ana Catarina Henriques

**Objectivo do estudo:** Descrever as experiências de comunicação entre o cliente adulto com surdez pré-linguística e o Enfermeiro do Serviço de Urgência.

**Desenrolar do estudo:** Se participar no estudo, a recolha dos dados será efectuada através da realização de uma entrevista de questões abertas, com gravação vídeo para posterior análise de dados.

**Potenciais vantagens:** O estudo pretende identificar as barreiras e/ou elementos facilitares para a comunicação entre o cliente surdo e o Enfermeiro, na triagem de um Serviço de Urgência, de modo a identificar estratégias que facilitem a comunicação.

**Riscos potenciais:** Não existem riscos conhecidos na participação deste estudo.

**Liberdade de participação:** A participação no estudo é livre e voluntária. O consentimento pode ser retirado em qualquer momento sem qualquer punição ou perda de benefícios.

**Carácter confidencial:** Qualquer informação obtida durante o estudo será guardada confidencialmente. Todos os dados obtidos serão guardados confidencialmente num dossier à responsabilidade do investigador e apenas utilizados para o estudo em questão, sendo destruídos no final do mesmo.

## **Apêndice 3 – Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título do projecto:** Comunicação do Cliente Surdo com o Enfermeiro da triagem em contexto de Urgência.

**Investigador:** Ana Catarina Henriques

Eu \_\_\_\_\_, reconheço que o processo de investigação descrito no formulário anexo me foi explicado, e que respondi a todas as minhas questões para a minha satisfação tendo-me sido entregue uma cópia. Eu compreendo a natureza e as vantagens da minha participação no estudo, assim como os inconvenientes e os riscos potenciais. Sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o processo de investigação. Foi-me assegurado que todos os dados recolhidos, bem como a gravação vídeo realizada, serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação em que a minha identidade seja revelada será dada ou publicada sem o meu consentimento.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento sem qualquer punição ou perda de benefícios.

Pelo presente documento, aceito participar neste estudo.

---

Assinatura

---

Data

Para qualquer questão, contactar o investigador por telefone: 964735283.

## **Apêndice 4– Instrumento Colheita de dados**

A comunicação é um elemento chave para o entendimento entre os indivíduos por isso todos os contributos que forem dados para a melhoria dos processos, revelam-se de extrema importância. A sua participação é valiosa nesse sentido.

Irei colocar-lhe algumas questões acerca de uma situação por si vivida em contexto de triagem hospitalar num Serviço de Urgência, que apenas requerem uma descrição da situação e a sua opinião.

1. Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.
2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?
3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?
4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?

## **Apêndice 5 – Entrevistas**

## Entrevista 1

### **5. Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Cada vez que eu vou ao hospital fico muito ansiosa, por isso esquece prefiro mesmo ir ao centro de saúde, ao hospital não vou mesmo. Mas tive de ir porque tenho um filho pequenino e então sempre que eu tenho de ir com ele vou ao hospital mas sozinha por vontade própria não vou, que fico mesmo muito stressada. Já aconteceu várias vezes, já muitos episódios, vou escolher um.

Agora a situação de ir ao hospital está melhor mas antigamente era terrível porque por exemplo no balcão de atendimento é onde começam os problemas. O balcão é muito alto. É demasiado alto e a senhora da recepção está muito para baixo e há dificuldade de ver o que a senhora está a fazer ela nem sequer olha então tenho de chamá-la porque ela esquece-se de olhar para mim. É muito chato fazer essa situação.

A enfermeira da triagem, precisa de perceber o que é que se passa, ou seja tem de se esperar e como é que é a situação? Eu sou surda, como é que me vão chamar e esquecem-se de mim. Isso é pior para mim, fico aflita, ansiosa a olhar para todo o lado e sinto que está toda a gente a olhar mas sinto-me sozinha, não percebo muito bem o que é que se está a passar. Estou sempre à espera que me chamem, por vezes vou lá e pergunto se sabem da minha situação e dizem-me, peço imensa desculpa mas esqueci-me de si. Até podem já ter chamado, mas como não oiço também não foram lá pessoalmente. Depende muito das enfermeiras, às vezes são simpáticas, trocam papéis comigo, às vezes falam devagar, depende. Se há enfermeiras com pressa, é muito complicado, fica muito agitado, e eu peço para terem calma.

Outra situação é o próprio médico, eu peço sempre por favor para o médico escrever ou para avisarem o médico que é surda para chamar, porque ao microfone é impossível porque eu não ouço. Esquecem-se outra vez de mim, às vezes o próprio médico sabe que eu sou surda mas depois também há falha de comunicação porque ela pode estar distraída e o médico vem cá fora e é muito rápido. Há falta de tempo, perde-se muito tempo. E não posso estar sempre a olhar. Depois também depende dos médicos, se são

simpáticos, alguns médicos eu digo que é um problema, o que é que se passa, os sintomas e que falta o médico explicar o problema em si. Às vezes também não têm paciência para escrever, passam só a receita, dão-me a receita e eu quero saber o que é que se passa comigo como é óbvio, mas como eles não têm paciência dão só a receita. Peço sempre para recorrer à escrita, é a maior forma de utilização é a escrita.

**6. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

A comunicação escrita é a maior facilidade e a dificuldade é esqueceram-se de mim. De não haver aquela forma de ir lá chamar-me, ser através só do microfone ou dos números das senhas

**7. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

É através da escrita. Melhor, melhor, melhor, seria a língua gestual, isso era perfeito. Na área da saúde é muito difícil, por exemplo, explicar a dor, como é que eu vou explicar a dor, eu não escrevo, palpo a zona que me doi. Mostro se tenho alguma ferida.

**8. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

De 0 a 20...depende é conforme se os enfermeiros são simpáticos ou não. De 0 a 20 dou 10. No Hospital de Cascais, que é novo existem, algumas melhorias, em termos de acessibilidade, anível do cartão, a nível do número...a chamada por número que é preferível.

## Entrevista 2

### **1. Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Eu fui sozinha, estagiava com idosos onde ajudava a preparar, a limpar, a tratar do quarto, da cama, a trocar os lençóis e acontecia-me sempre ter dores de costas e houve uma altura em que tive de fazer um tratamento que já não aguentava. O problema é que eu não tinha tempo e estava a tornar-se cada vez mais difícil porque tinha pontadas de dor, não me conseguia mexer, estava aflita e a senhora, a responsável, ela disse-me que eu tinha de ir ao hospital.

Eu fui ao hospital, ao HSFX e vi-me aflita. Como é que eu ia fazer no atendimento, como é que ia buscar a pulseira, se era urgente. A senhora da recepção, disse boa tarde, falou e eu fiquei aflita porque eu não ouço. Estava a tentar explicar que estava com dores e a minha sorte foi que apareceu uma senhora jovem que sabia um bocadinho de língua gestual...que sorte!...e expliquei que estava com dores que precisava de ir à urgência. Pediu-me o BI, o cartão de saúde, preencheu uma folha e deram-me uma pulseira e ficou à espera. Esperou 3/4h e sentiu-se mal, depois deram-lhe uma injeção e foi para casa. A senhora que trabalha na recepção tornou tudo mais fácil porque sabia aquilo que tinha de fazer, sabia que eu era surda e que a comunicação era difícil. Fui à recepção e foi muito simples, a senhora preencheu a papelada toda e depois fui directamente à enfermeira que me deu uma injeção e fui-me embora, não foi preciso mais nada. Foi muito rápido apesar de ter esperado 3h até que isso acontecesse

### **2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

O elemento facilitador foi o facto de a senhora ter conhecimentos de língua gestual. A maior dificuldade foi o facto de não haver comunicação, porque mesmo que fosse através da escrita, eu não iria compreender, uma vez que sou da Moldávia.

**3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

A estratégia de comunicação neste caso foi a língua gestual, dado que ambas as partes sabiam.

**4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

A avaliação é mais ou menos, o tal 10.

## **Entrevista 3**

### **1. Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Eu sozinho nunca fui, eu fui sempre com a minha mulher que também é surda e fomos às urgências ao hospital. Foi só uma vez, estava cheio de dores de estômago, muito fortes e o melhor era irmos ao hospital. Chegamos ao hospital, Amadora-Sintra e o atendimento foi um bocadinho à base de mímica, sou surdo avisei, estava com muitas dores, exigiu-me um papel, o cartão de saúde e disse para esperar um bocadinho. Esperar ok, mas demorou muito, a preocupação era eu sou surdo como é que me vão chamar, e a senhora disse “ah não se preocupe, eu vou pedir a uma pessoa para avisar que é surdo e depois chamam-no”. Mas esperei muito tempo, esperei 3/4h, dúvida se me vão chamar se não. Eu fui lá perguntar, foram ver o processo, “não aqui não está nada”. Continuei à espera, perguntei ou vez... esqueceu-se! Não se faz.

### **2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

Para mim não houve nada fácil, porque estive sempre na dúvida, se me iam chamar, se me compreendem, ou se eu os ia compreender, não houve nada fácil...e não se percebia nada da médica, pedi para escreverem pronto ela teve paciência mas mesmo assim as palavras eram muito complicadas. A maior dificuldade é a comunicação, é a número 1, é a dificuldade número 1 mesmo. O facto de me chamarem é a número 2, como é que me vão chamar. Se houvesse um sistema de luzes, sei que agora há tecnologia, que há números nos centros de saúde, mas no hospital não havia. Tive de ir chamar a enfermeira várias vezes, não se esqueça que eu sou surdo e pedia o nome, mas depois continuava à espera, perguntei várias vezes, tive de ser chato, uma situação muito complicada para as duas partes. Falar com a enfermeira foi muito complicado, depende das pessoas. Há algumas enfermeiras que até sabem língua gestual, outras que não

percebem nada. Há poucas que sabem. Com a maior parte das enfermeiras eu não consigo comunicar.

**3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

Através da mímica ou falar devagarinho.

**4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

É nota negativa, por causa do número, da comunicação, da maior dificuldade.

## Entrevista 4

### 1. **Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Já aconteceu, ainda estava na escola, e a minha turma vinha sempre cedo, mas houve uma altura em que um colega chegou atrasado e quando chegou não estava bem eu pensava que estava a brincar. Eu desconfiei que não estava bem e vi que estava desmaiado na casa de banho. Ele chegava sempre a tempo e desta vez chegou atrasado. Chamamos a ambulância, a ambulância veio e eu tive de entrar, mas eu sou surdo, e não havia empregados para ir, então eu fui na ambulância e não conseguia comunicar. Falavam comigo, perguntavam-me o nome, eu não percebia e era muito complicado...estavam todos a olhar para mim, e perguntavam-me “mas tu ouves?”. É muito complicado...estavam-me sempre a perguntar se estava doente, se tinha algum problema, diziam-me sempre para esperar cá fora porque não conseguiam comunicar comigo eu estava ansioso, tive de ficar à espera. Entretanto a minha mãe chegou e eu fui-me embora.

Outra situação também foi quando um estrangeiro, num evento, que eu fazia parte da organização, partiu o ombro, a clavícula e fomos para o hospital, ele também era surdo, os 2 surdos e é estrangeiro. Então a sra disse, vou falar consigo que é surdo mas é Português, eu disse epeço desculpa mas é melhor chamar outra pessoa porque como é que nos vão chamar a nós. A senhora, viu-se muito complicada, estive à espera, durante muito tempo, e estava na dúvida de havia de continuar a esperar, se me iam chamar, e o outro surdo perguntou então o que é que se passa e a enfermeira depois disse tem de esperar que outra pessoa chama. Eu via pessoas entrarem e saírem e estava na dúvida e fui lá perguntar, desculpe sabe alguma coisa, a enfermeira viu o nome dele na lista e depois expliquei somos os 2 surdos, porque é que não nos chamaram? E não havia resposta. Eu expliquei se o estrangeiro não sabia falar português, que eramos os 2 surdos. O médico chamou, falou palavras muito curtas e eu não consegui explicar ao sr o que é que se passava.

Uma 3ª situação, o meu pai está a perder a audição, eu fui acompanhá-lo, e expliquei à enfermeira que eu sou surdo e o meu pai está a perder a audição, dei o nome e pedi para

me chamarem. A enfermeira andou às voltas, chamou várias pessoas, passaram à frente e eu fiquei na dúvida, olhe desculpe, mas eu sinto que já chamou o meu pai, e perguntei de facto à enfermeira. A enfermeira disse que não. Ok, eu esperei, esperei, esperei, depois um médico apareceu e eu vi através da boca que chamaram o meu pai, através da leitura labial. Já tinha avisado a enfermeira, eu sou surdo, o meu pai está a perder a audição, andaram por aí às voltas, não dá.

**2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

Não houve facilitador nenhum. A maior dificuldade foi, eu não percebo o que é que o médico diz, o médico manda-me para a rua e não explica o que é que o tenho, e o facto de a enfermeira andar às voltas, parece que se esquece dos surdos

**3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

Não aceitaram as pessoas, nenhuma delas aceitou a escrita, pediram para falar e é muito complicado, tive de fazer um grande esforço para falar e pior para tentar perceber o que diziam através da leitura labial.

**4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

De 0 a 20 dou 5, é negativa, senti-me muito mal, é muito complicado.

## **Entrevista 5**

### **1. Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Eu já fui ao Centro de Saúde muitas vezes na Amadora, ao princípio não gostava nada da médica da atitude dela, mas depois nunca mais a vi por causa da atitude deixei de ir lá. Se eu tivesse doente fazia um esforço para fazer o tratamento em casa, tomar ben-u-run's para a febre, porque não gostava da atitude, mas depois fiquei grávida e a minha irmã disse-me que tinha de ter muito cuidado porque estava grávida e foi comigo e falamos e parece que a atitude da médica mudou...ficou simpática comigo e depois comecei a ir sozinha e recorremos à escrita, um bocadinho de mimica também, mas essencialmente escrita.

Também já fui ao hospital, por causa asma, na Póvoa. Estava grávida e tive asma, um ataque de asma e o meu namorado que é surdo também foi comigo às 4h da manhã. Eu estava grávida, pediram-me para mostrar o boletim, eu expliquei que tinha asma e eu conheço o sítio porque tinha muitos ataques de asma quando era pequenina. Então o médico veio, deram-me um máscara e foi muito simples. Foi um processo muito simples porque já conhecia.

Também outra situação, a minha filha mais velha eu vi que ela não estava bem, eu e o meu namorado fomos com a minha filha ao hospital e a comunicação a pediatra disse, pensava que o seu namorado ouvia mas não são os 2 surdos e a filha é pequenina mas ouve, mas é muito pequenina, mas não há problema eu escrevo. Mas senti que houve falta de uma ponte porque estávamos a tratar da minha filha. Resumi muito as coisas, faltou-me informação, faltou-me pormenores. Prefiro uma intérprete, foi há 1 da manhã e foi muito complicado, interpretes não há, eramos só nós

### **2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

Maior facilidade, não sei. Maior dificuldade é ser chamada, não há forma de me chamarem.

**3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

É através da escrita e um bocadinho de mimíma

**4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

De 0 a 20 dou 14, por causa da asma, foi muito simples, porque se partice o pé ou tivesse o coração muito depressa, mas pronto foi a asma. Foi uma coisa banal já, porque estou muito habituada a ir lá já.

## Entrevista 6

### 1. **Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Aconteceu várias vezes eu ir às urgências, eu era novo e jogava futebol e no fim de um treino fui atropelado por um eléctrico e eu caí, bateu-me no coração, desmaiei, fui para o hospital na ambulância e ninguém sabia que eu era surdo. Cheguei lá a minha mãe estava preocupada, andei o dia todo que não lhe respondia, não sabia nada de mim, tentou telefonar, telefonar, para os hospitais, para os diferentes hospitais, dizer o meu nome e ninguém sabia. Mais tarde a minha mãe descobriu, desconfiou, que possivelmente estivesse no Hospital de São José porque conhecia lá a polícia e havia uma pessoa que não falava nada, que não conseguia comunicar que era eu, porque era surdo. O problema é que eu não podia falar, eu queria falar mas por causa do embate não conseguia, e era muito complicado porque a enfermeira não conseguia e eu estava muito nervoso. Comecei a ficar cada vez pior, queria dizer que tinha dores, mas não conseguia porque a enfermeira não percebia língua gestual, foi procurar alguma coisa, e eu tentava explicar que tinha sido um embate porque ninguém tinha visto. Depois a minha mãe veio e através da mimica, a minha mãe também não sabia língua gestual, através da mimica conseguiu falar comigo.

Outra situação, às vezes estou na sala de espera e esquecem-se de me chamar, na maior parte das vezes é isso que acontece. Eu já avisei antes, olhe eu sou surdo, tenha atenção, “ah sim, sim, espere sentado” e demora muitas horas e às vezes estranho, fui outra vez perguntar, olha desculpe “ahh, a sra ficou atrapalhada, aí desculpe pois é verdade, a enfermeira esqueceu-se, devia ter-se chamado, mas pronto a culpa não é minha” Há muita coisa...às vezes o médico não aceita que as pessoas me acompanhem, lá tenho de ir sozinho, mas como é que vou sozinho senão conseguimos comunicar, o médico não percebe o que eu digo, eu não percebo o que ele diz, fico muito nervoso, é horrível a atitude. Alguns médicos são simpáticos, aceitam que leve alguém, uma interprete ou uma amiga, ou um familiar, mas a maior parte não gosta, preferem que a pessoa vá sozinha.

**2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

Uma grande facilidade seria um call center de marcação de consultas de acesso mais fácil, ou seja vou ao hospital e já sabe eu sou surdo e automaticamente têm um sistema que está ligado à rede e que faz a comunicação entre a associação de interpretes onde há a video-chamada onde comunicam entre elas e fazem um triângulo, médico, interprete e recepção. É porque falarem através do microfone não dá, eu não percebo. A maior dificuldade é a comunicação, não dá para comunicar.

**3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

Depende das pessoas. Eu falo um bocadinho, eu posso falar, eu posso escrever, mas a maior parte dos surdos não têm muita dificuldade em escrever, muita dificuldade em falar, depende muito, é diferente de situação para situação.

**4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

Mais ou menos, depende do hospital, mais ou menos.

## **Entrevista 7**

### **1. Descreva-me um episódio em que tenha recorrido a um Serviço de Urgência Hospitalar. Fale-me da experiência de comunicação com o enfermeiro que o recebeu na triagem.**

Não gosto de ir ao hospital, porque já sei que não vai correr bem, mas estava com muitas dores e tive de ir. Fui ao balcão, entreguei os cartões e fizeram-me a ficha sem perguntar grande coisa.

Esperei cerca de 1h até que veio o enfermeiro da triagem ao pé de mim chamar-me, e eu fiquei contente, porque desta vez se tinham lembrado de mim. Não estava sozinha, tinha o meu irmão comigo que ouve parcialmente e mostrei um papel que já tinha escrito anteriormente a pedir que ele entrasse comigo. O enfermeiro com a cabeça disse-me que não, que estava muita gente e não podia permitir acompanhantes. Fiquei muito nervosa e desesperada. Como lhe ia dizer o que se passava? Tentei pedir de novo, mas o enfermeiro virou costas e eu tive de segui-lo sozinha.

O enfermeiro sentou-se do outro lado da secretária e mal olhou para mim, escreveu 5 perguntas todas de uma vez num papel e esperou que eu responde-se. Depois pegou numa pulseira e pôs no meu braço. Apontou para o computador e escreveu para lhe apontar qual o grau de dor que sentia. Depois escreveu que fosse para outra sala e que esperasse. Voltei a perguntar pelo meu irmão, mas voltou a repetir que não podia entrar.

### **2. Quais os elementos facilitadores e as dificuldades que recorda do processo de comunicação com o enfermeiro da triagem?**

Quando o enfermeiro me foi chamar à sala de esperar, achei que dessa vez as coisas fossem ser mais fáceis, mas não, não houve elementos facilitadores. As dificuldades foram várias, a postura do enfermeiro, o meu irmão não poder entrar, a falta de informação, a pressa, enfim.

### **3. Quais as estratégias de comunicação que adoptaram?**

**Do pouco que comunicamos, a estratégia foi escrever e apontar no computador.**

**4. Que avaliação faz da comunicação que se estabeleceu? Foi eficaz tendo em conta o contributo para a resolução do problema que motivou a ida à urgência?**

Continuo a não gostar de ir ao hospital e faço sempre os possíveis para não ir. Não tenho nenhuma experiência agradável que possa contar...o centro de saúde é mais fácil porque já me conhecem. A comunicação com o enfermeiro foi deficiente, se é que se pode considerar comunicação, o que ele fez foi por-me um questionário à frente porque nem olhou para mim. O meu problema ficou resolvido isso é verdade, mas eu fiquei sem perceber como nem porquê. Só mais tarde me explicaram no centro de saúde através da carta que levei para casa.