

IMPORTÂNCIA DA LIBRAS COMO DISCIPLINA NA GRADE CURRICULAR DE MEDICINA

IMPORTANCE OF LIBRAS AS A DISCIPLINE IN THE MEDICAL CURRICULUM

Ana Claudia Rottini Domingues^a; Bruna Regina Dall Agnol^b; Indianara Liana Casagrande Grando^c; Luciana de Freitas Bica^d; Paula Bellé^e; Vanuza Bortolan Tomazini^f

RESUMO

Objetivo: Avaliar as prerrogativas que a oferta prévia de LIBRAS na grade curricular de medicina possui na formação acadêmica e pessoal dos estudantes. Método: Diante das dificuldades de assistência à saúde enfrentadas pela comunidade surda, realizou-se uma revisão da produção científica sobre a história da luta dos surdos por seus direitos, bem como de perspectivas necessárias para comunicação em LIBRAS no âmbito da medicina. Resultados: Destaca-se a LIBRAS como forma de comunicação gesto-visual essencial para se estabelecer uma relação médico-paciente no âmbito hospitalar, visto que, obtém-se um diálogo de integração para com a comunidade surda. Diante disso, incentivos por parte das universidades permitem que educandos de medicina tenham contato com essa língua precocemente. Conclusões: Observar-se a relevância de estudar-se libras ainda no início da graduação, pois é preciso ofertar diariamente uma medicina acolhedora para que se possa seguir o modelo biopsicossocial durante as condutas médicas.

DESCRITORES: Surdos. LIBRAS. Medicina.

ABSTRACT

^a Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil
anaclaudiarottini2000@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4105-4657>

^b Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9260-6733>.

^c Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6602-8466>

^d Docente do curso de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4558-4471>

^e Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9571-5396>

^f Acadêmica de medicina, Centro Universitário de Pato Branco, Pato Branco-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8109-8040?lang=en>

Objective: To evaluate the prerogatives that the previous offering of LIBRAS in the medical curriculum has in the academic and personal formation of students. Method: Faced with the health care difficulties faced by the deaf community, a review of scientific production was carried out on the history of the struggle of the deaf for their rights, as well as the necessary perspectives for communication in LIBRAS in the field of medicine. Results: LIBRAS stands out as a form of gesture-visual communication that is essential to establish a doctor-patient relationship in the hospital environment, since an integration dialogue is obtained with the deaf community. In view of this, incentives by universities allow medical students to have contact with this language at an early age. Conclusions: The relevance of studying Libras at the beginning of graduation is observed, as it is necessary to offer welcoming medicine on a daily basis so that the biopsychosocial model can be followed during medical conduct.

DESCRIPTORS: Deaf. LIBRAS. Medicine.

INTRODUÇÃO

A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é uma língua ou idioma propriamente dito que passou por diversas dificuldades até ser efetivada e reconhecida como tal. Sendo assim, não deve ser denominada de linguagem, visto que, possui sua gramática própria, composta por níveis linguísticos, bem como, morfológicos, semânticos, fonológicos e sintáticos.¹ Outros aspectos importantes nesta língua são os parâmetros que fundamentam a sua prática, sendo eles, a configuração de mãos, expressão facial e corporal, orientação, ponto de articulação, e movimento. Mesmo com essas características, é importante salientar que não pode ser considerada uma língua universal, porque existem variações conforme cada região do mundo, sendo explicada por Gesser (2009) da seguinte forma: “nos Estados Unidos, os surdos ‘falam’ a língua americana de sinais; na França, a língua francesa de sinais, no Japão, a língua japonesa de sinais, no Brasil, a língua brasileira de sinais, e assim por diante”.¹

Sendo assim, pode se notar que nos dias de hoje, essa língua tem maior reconhecimento, o que estimula o interesse não só pela sua aprendizagem, mas também pela comunidade surda e suas particularidades.¹ Dessa forma, uma das principais características da comunidade, a qual lhes dá a identidade, é a surdez. A surdez pode ser congênita,

quando durante a gestação a mãe passa por doenças infectocontagiosas, bem como rubéola e sífilis, as quais comprometem o desenvolvimento, ou pode ser adquirida, quando após o nascimento uma patologia ou outros fatores acabam lesionando as estruturas do ouvido, causando a surdez. Assim, existe a classificação dos níveis de surdez segundo Rinaldi¹, o qual é citado em Gesser (2009), que variam de normal a profundo conforme a perda auditiva.

Além disso, tratando da surdez em um contexto histórico, a milhares de anos atrás essa era vista como algo extremo que tirava a condição de humanidade das pessoas, o que impedia suas vidas em sociedade, proibindo uma infinidade de vivências, até mesmo o casamento. Do mesmo modo, na questão da alfabetização dos surdos, houveram diversos empecilhos que dificultaram a efetivação da língua de sinais, sendo que dentre esses, um marco a ser salientado é o Congresso de Milão que ocorreu no ano de 1880. Nesse congresso foi consolidado e imposto o método oralista como único método de ensino, sendo proibida a língua gestual, excluindo totalmente a comunidade surda.² Entretanto, após todas as dificuldades e batalhas, houve uma grande conquista: a fundação da primeira escola para surdos, a qual localizava-se em Paris. Já no Brasil, a primeira escola foi fundada na época imperial, e atualmente é chamada de INES.

Dessa forma, diante de toda essa dificuldade no reconhecimento da LIBRAS como língua propriamente dita e exclusão da comunidade surda na sociedade, foi um grande avanço a criação do decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 que regulamenta a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002 e art. 18 da Lei nº 10.098 de 10 de dezembro de 2000.

A partir deste contexto de inclusão, é fundamental analisar a forma como os surdos são incluídos na sociedade, as barreiras linguísticas e culturais entre surdos e ouvintes que ainda existem em diversos aspectos na sociedade, as quais podem ser observadas no cotidiano em situações rotineiras, como ir ao médico, por exemplo, momento em que a comunicação é imprescindível para que aconteça o acolhimento do paciente, um

atendimento humanizado, integral, que possibilite estabelecer um vínculo entre médico e paciente.

Assim, com ênfase no âmbito da saúde, é de suma importância analisar a educação e formação humanizada destes profissionais. Além disso, em se tratando do curso de medicina, é essencial analisar a estruturação da grade curricular do curso e salientar a importância da aprendizagem da língua durante a graduação destes futuros médicos, tornando-os habilitados, para que realmente seja efetiva a capacitação para o atendimento, mas para isso, é necessário incentivos já na sua formação, incluindo na própria grade curricular do curso, a disciplina de LIBRAS.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O surdo e a história

O Congresso de Milão ou também chamado de Segundo Congresso Internacional de Educação dos surdos, foi um marco histórico para a comunidade surda, visto que, houveram duras imposições para a comunidade surda, como a aceitação apenas da oralização, fazendo com que a gestualização fosse proibida no contexto escolar¹. Com isso, os reflexos da imposição atribuída perduraram por cerca de um século, o que gerou medo e aflição.

Em síntese, tal assembleia ocorreu em 6 de setembro de 1880, juntando intelectuais da época para discutir sobre os rumos da educação dos surdos, visto que, haviam opressoras barreiras à essas pessoas, pois muitos clamavam pelo oralismo como a melhor forma de comunicação e aprendizagem¹. No período deste acontecimento os surdos ainda eram vislumbrados como aberrações, deficientes físicos e até mesmo os apontavam como pessoas envolvidas com bruxarias, devido ao fato de não conseguirem desenvolver a linguagem por meio do aparelho fonador.

Antes mesmo do congresso, a idade média já era marcada por julgamentos e condenações, nos quais muitos foram submetidos à fogueira por serem taxados pela igreja

católica e seus seguidores como pessoas que tinham envolvimento com o demônio, sendo que segundo Lourenço e Barani (2011), "milhares de surdos e demais pessoas com deficiência, por não passarem pelo exorcismo, foram queimadas na 'fogueira da inquisição', para purificar suas almas"².

Visto isso, o acontecido em Milão apenas reforçou o que de fato os surdos enfrentaram no decorrer do século V ao século XV, e que por décadas buscaram transmutar. Esse encontro não cedeu espaço para que realmente a comunidade surda garantisse seus direitos, apenas reafirmou o preconceito existente, pois a banca era composta por pessoas ouvintes e para os poucos surdos ali presentes, foi negado o direito de expressão e, principalmente, de voto diante dos preceitos que estavam em discussão.

Na ocasião, então, foram delimitadas oito diretrizes/leis que avalizaram o uso do oralismo como único esmero para aprendizagem dentro de escolas e universidades. Com isso, a língua gestual foi banida e em pouco tempo, os intelectuais já visavam a erradicação desse método de ensino. Por conseguinte, os surdos acabaram sendo obrigados a compreender e estudar apenas por meio de leitura labial, o que levou muitos a optarem pelo suicídio, assim segundo Gesser (2009):

A oralização deixou marcas profundas na vida da maioria dos surdos. Pode-se dizer que a busca desenfreada pela recuperação da audição e promoção do desenvolvimento da fala vocalizada pelo surdo são objetos que se traduzem em vários sentimentos: desejo, dor, privação, aprovação, opressão, discriminação e frustração. Essa história dos surdos é narrada em muitos capítulos, e todos os surdos têm um fato triste para relatar. Ela traz resquícios muito vivos dos traumas que alguns surdos viveram em tempos em que a língua de sinais foi violentamente banida e proibida¹.

No cenário brasileiro, apenas no ano de 2002 é que a comunidade surda teve seus direitos garantidos por meio da lei nº 10.436 que assegurava como meio legal a Língua Brasileira de Sinais e posteriormente em 2005 com o decreto nº 5.626, o qual reafirmou a lei e considerou demais aspectos e direitos relacionados aos surdos.

Surdez congênita

As primeiras pesquisas relacionadas à surdez congênita surgiram na segunda metade do século XIX, contudo, por vários séculos, alguns médicos já haviam relatado a perda auditiva congênita. Em 1853 foi realizado o primeiro estudo relacionado ao tema, na cidade de Dublin, concluindo que a consanguinidade entre os pais aumentava a chance para a doença. Entretanto, 60 anos mais tarde, em 1992 foi descoberto o primeiro gene responsável pela perda auditiva, mapeado no cromossoma 5. Desde então, mais de 90 genes foram relacionados à surdez congênita³.

A perda auditiva (PA) pode ser classificada de acordo com a sintomatologia. Quando ocorre como sintoma isolado, é chamada de perda auditiva não síndrômica (PANS), e são responsáveis por mais da metade das perdas auditivas genéticas. Quando associada com outros sintomas, é chamada de perda auditiva síndrômica (PAS).

Ademais, segundo Keats (2008) “a surdez congênita pode ser transmitida por meio dos padrões autossômico dominante, autossômico recessivo, ligado ao sexo e mitocondrial”³. A PA não síndrômica é classificada em autossômica dominante (DFNA) e autossômica recessiva (DFNB), no total mais de 70 loci estão envolvidos.

De acordo com Marina Faistauer (2019)⁴, em 2018 já estavam descritos 107 genes relacionados à perda auditiva não síndrômica, e maior parte se referia a herança autossômica recessiva. Para a expressão dessa herança, o indivíduo necessita ser homocigoto, ou seja, ter herdado dois alelos mutados. Nos casos em que apenas um alelo foi herdado, o indivíduo é portador da mutação, mas não apresenta perda auditiva.

O fenótipo da autossômica recessiva é caracterizado por perda auditiva inicialmente pré-lingual severa ou profunda, já na autossômica dominante é caracterizada por perda auditiva pós-lingual e progressiva, inicia geralmente na segunda ou terceira década de vida, o que permite o desenvolvimento normal da linguagem. O primeiro gene descoberto, em 1992, se refere a esse tipo de surdez. Logo em 1994, foi descoberto o primeiro locus gênico relacionado a PA não síndrômica autossômica recessiva, mapeado no cromossomo 13.

De acordo com Godinho, Keogh e Eavey (2003)⁵, em torno de 30% das perdas auditivas congênicas ocorrem associadas a uma síndrome, nomeada perda auditiva genética sindrômica. Ademais, também foram descritas mais de 700 síndromes associadas a perda auditiva, sendo a maioria delas condições raras⁴. A PA pode ser condutiva, mista ou neurossensorial, podendo envolver também malformações da orelha.

As síndromes mais comuns são Usher, Waardenburg e Pendred. A primeira é o tipo mais comum, em que ocorre perda auditiva congênita bilateral e alteração visuais de início tardio. A síndrome de Pendred é caracterizada pela presença de perda auditiva sensorioneural, de anormalidade cocleares e de bócio. A perda auditiva é variável, podendo ser leve a profunda, congênita, na maioria das vezes, ou início tardio. A síndrome de Waardenburg é causada por anormalidades na proliferação, migração ou diferenciação da crista neural durante o desenvolvimento embriológico⁴.

A perda auditiva de origem relacionada ao sexo é responsável por aproximadamente 2% da surdez congênita³. A mutação mais comum é associada à hipoplasia coclear. A PA apresenta característica mista e o componente condutivo ocorre por fixação do estribo, associado a uma deficiência sensorioneural progressiva de grau profundo. Com isso, há uma comunicação anormal entre líquido e perilínfa, completando a perda auditiva quando a janela oval é fenestrada e removida⁴.

Acerca da PA de origem mitocondrial, sabe-se que o DNA mitocondrial é herdado exclusivamente da mãe, e tem um índice de mutação dez vezes maior que o DNA genômico, podendo ser sindrômica ou não sindrômica. Além disso, de acordo com o estudo de Marina⁴ a mutação pode ocorrer em pacientes com histórico familiar de perda auditiva e em casos isolados, como por exemplo induzida pelo uso de antimicrobianos aminoglicosídeos.

Surdez adquirida

A perda auditiva pode ter etiologia adquirida e congênita, porém muitas das causas congênicas são “adquiridas” intraútero, como nos casos de infecções pré-natais. Com isso,

se pode pressupor que metade das etiologias podem ser evitadas, dentre elas estão as infecções virais, complicações pré, peri e pós natal, ototoxicidade e ruído.

A principal causa da surdez adquirida é o envelhecimento do organismo, somado a fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, o que provoca alterações no ouvido interno e reflete no sistema nervoso central. Quando ficamos expostos a ruídos muito altos com frequência, as estruturas internas do ouvido ficam comprometidas, podendo influir no desenvolvimento da surdez⁶.

As infecções pré-natais conhecidas como STORCH, incluem a sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus (CMV) e herpes, e também podem ocorrer perinatal. A infecção por CMV é a maior causa de perda auditiva congênita. Outras infecções como meningite, caxumba e sarampo também podem trazer alterações auditivas⁴.

O HIV (vírus da imunodeficiência humana) pode ocasionar infecções pré-natais, perinatais e pós-natais. A otite média é uma das mais frequentes infecções em crianças com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), sendo que pode acontecer diretamente pelo HIV ou patógenos oportunistas, até mesmo pelas drogas utilizadas na terapia antirretroviral.

Como já mencionado sobre a meningite, a perda auditiva é uma das complicações mais comuns da infecção bacteriana, sendo que a perda da audição tem início nos primeiros dias da doença, podendo variar de leve a profundo. A bactéria mais prevalente é a *Haemophilus influenzae* tipo B, porém a que mais causa perda auditiva é *Streptococcus pneumoniae*. Ademais, o uso de antibiótico não diminui a incidência da alteração auditiva, já o uso de corticoide pode mudar o desfecho.

A neuropatia auditiva ou dessincronia auditiva é a disfunção do processamento neural (resposta do VIII nervo) e função normal das células ciliadas externas. Nessa, os graus de perda auditiva e habilidades de comunicação variam, além disso, outros diagnósticos de alterações neurológicas podem estar associados. A etiologia dessa alteração envolve a mutação no gene OTOF, e outros fatores de risco como prematuridade, hipóxia e

hiperbilirrubinemia. Além disso, a incidência mostra-se maior em crianças internadas em UTI neonatal.

Lei nº 10.436 – dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências

Em 24 de abril de 2002, o Congresso Nacional decretou a Lei nº 10.436, a qual foi sancionada pelo presidente da república, que reconhece como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e outros recursos de expressão a ela associados, que segunda Brasil (2002):

Entende-se como Língua Brasileira de Sinais – Libras a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideais e fatores, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.⁷

Além disso, o art.2 garante, por parte do poder público em geral, formas institucionalizadas de apoiar o uso e difusão de LIBRAS como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil.

O art.3, garante o atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva pelas instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde.

Já o art.4 diz respeito a inclusão nos cursos de formação de educação especial, de fonoaudiologia e de magistério, em seus níveis médio e superior, do ensino de LIBRAS, como parte integrante dos parâmetros curriculares nacionais – PCNs.

Por fim, a LIBRAS não poderá substituir a modalidade escrita da língua portuguesa.

Decreto nº 5.626 – regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000

O capítulo II do decreto de 22 de dezembro de 2005 insere a Língua Brasileira de Sinais como disciplina obrigatória nos cursos de formação de professores para o exercício

de magistério, em nível médio e superior, e nos cursos de fonoaudiologia, de instituições de ensino, públicas e privadas, do sistema federal de ensino e dos sistemas de ensino dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios⁸.

Além disso, constata a LIBRAS como disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional.

O capítulo III refere-se à formação do professor de LIBRAS e do instrutor de LIBRAS, na qual a formação de docentes para o ensino de LIBRAS nas séries finais do ensino fundamental, no ensino médio e educação superior deve ser realizada em curso superior de letras. Já a formação de docentes para o ensino de LIBRAS na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental deve ser realizada no curso de pedagogia.

O capítulo IV diz respeito ao uso e difusão da LIBRAS e da língua portuguesa para o acesso das pessoas surdas a educação, na qual as instituições federais de ensino devem garantir, obrigatoriamente, às pessoas surdas acesso à comunicação, a informação e a educação nos processos seletivos, atividades e conteúdos curriculares desenvolvidos em todos os níveis, etapas e modalidades de educação, desde educação infantil até superior.

O capítulo VI refere-se à garantia do direito à educação das pessoas surdas ou com deficiência auditiva, por meio da organização de escolas e classes de educação bilíngue, abertas a alunos surdos e ouvintes, com professores bilíngues. Já no capítulo seguinte, discorre sobre a garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva, por meio de ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva, tratamento clínico e atendimento especializado, realização de diagnóstico, atendimento precoce, acompanhamento médico e fonoaudiológico, atendimento por equipe multiprofissional, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde.

Por fim, os órgãos de administração pública e federal devem incluir em seus orçamentos anuais e plurianuais dotações destinadas a viabilizar ações previstas no decreto n° 9.656.

Os 5 parâmetros

As línguas de sinais somente vieram a ser consideradas cientificamente, como se vê hoje, nos últimos 40 anos. Antes, segundo Sacks (1990)⁹ que é citado na obra de Gesser (2009),¹ o sinal não era visto como uma língua verdadeira nem mesmo pelos sinalizadores, e hoje a LIBRAS possui a sua própria gramática assim como as línguas orais possuem desde 1660, tendo seu reconhecimento linguístico contemplado trezentos anos antes.

De acordo com Margarida Peter (2004),¹⁰ “a possibilidade de decompor as palavras e os enunciados em partes menores é uma, entre as várias características das línguas humanas, mais marcantes”. Até a década de 1960 não havia estudo algum comprovando que as línguas de sinais assim com as línguas orais, podiam se decompor em partes menores, sendo essas partes chamadas de Linguística de Fonemas.

O linguista americano Willian C. Stokoe, iniciou sua pesquisa na Língua de Sinais Americana (ASL) nos anos de 1960 e começou descrevendo os níveis fonológicos e morfológicos da língua apontando somente três parâmetros: configuração de mão (CM), ponto de articulação (PA) ou locação (L) e movimento (M). Já na década de 1970, os linguistas Robbin Battison, Edward S. Klima e Ursulla Bellugi aprofundaram os estudos sobre a gramática da ASL, descrevendo um quarto parâmetro: a orientação da palma da mão (O).

Nos dias atuais, as pesquisas apontam o total de cinco parâmetros que compõem as línguas de sinais, sendo o quinto deles ainda não citado que é: expressões faciais e/ou corporais (E). De forma resumida, esses parâmetros são a teoria daquilo que fazemos na prática ao utilizarmos a LIBRAS, sempre que formos executar algum sinal os cinco parâmetros estarão presentes nele.

A seguir será exemplificado cada um deles, de acordo com Quadros e Karnopp (2004)¹¹:

A configuração de mão (CM) é a forma assumida pela mão no momento da articulação do sinal, por exemplo, para executar o sinal de família a CM será no formato da letra F do alfabeto manual;

O ponto de articulação (PA) ou locação (L) é sobre a área do corpo na qual, ou próxima da qual, se articula o sinal, como exemplo, o sinal de aprender é realizado próximo à testa e o sinal de sábado é realizado próximo à boca;

O movimento (M) é um parâmetro mais complicado de ser explicado pois pode envolver formas e direções diferentes, sendo o movimento realizado pelas mãos do enunciador no espaço, exemplo: o sinal de dia e o sinal de Deus possuem a mesma configuração de mão e também o mesmo ponto de articulação, porém se diferenciam por movimentos contrários. Os dois são realizados na testa, o primeiro possui uma direção reta apontando para a frente e o segundo uma direção acima da cabeça apontando para o alto;

A orientação (O) é a direção para a qual a palma da mão aponta quando produzimos o sinal. Existem seis tipos de orientação de mão: para cima e para baixo, para dentro e para fora, para o lado contralateral e para o lado ipsilateral. Como exemplo serão utilizados os sinais de “te ajudar” e de “me ajudar”; para realização de ambos são utilizadas as duas mãos, porém o primeiro tem a orientação de uma das palmas da mão para fora e o segundo tem a orientação de uma das palmas da mão para dentro; já a segunda mão utilizada terá a orientação da palma para baixo nos 2 sinais;

As expressões não manuais (E) são as expressões faciais e corporais, movimentos do corpo, da face, da cabeça e dos olhos realizados no momento da articulação do sinal. O exemplo mais simples para esse parâmetro são os sinais de triste e feliz.

Por fim, vale ressaltar que diferente das línguas orais, a produção dos fonemas da língua de sinais ocorre de forma simultânea, sendo articulados todos os parâmetros durante a execução de um sinal.

Graus e níveis de surdez

Segundo Lopes Filho et. al. (2013),¹² “a surdez é definida como perda da audição, independente do grau, sendo ela parcial ou total”. Ainda, para o autor, a surdez é a “audição socialmente incapacitante”, o qual o indivíduo não desenvolve a linguagem oral, por ouvir somente ruídos e não sons. Para tanto, há uma classificação para determinar o grau de deficiência auditiva do indivíduo.

Seguindo a classificação do grau da perda auditiva citado pelo Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia (2017)¹³, a audição normal de uma criança é de 0-15 dB, um grau de perda auditiva leve é de 16-30 dB, moderado 31-60 dB, severo 61-80 dB e profundo >81 dB. Essa avaliação é feita das médias entre as frequências de 500, 1k, 2k, 4kHz.

Segundo a classificação da BIAP (1997) citado pelo Sistema de Conselhos Federal e Regiões de Fonoaudiologia (2013)¹⁴, o grau é medido em decibéis pela soma média. O grau de perda auditiva, caracterizando uma deficiência auditiva leve, é entre 21-40 dB, moderada 41-70 dB, severa 71-90 dB, profunda 91-119 dB e total >120 dB.

A deficiência auditiva ou perda auditiva pode advir de três locais: lesão na orelha externa, média ou interna. A deficiência auditiva condutiva se caracteriza por problemas ligados à orelha externa ou média. Anatomicamente, a primeira, é constituída pelo meato acústico, já a segunda, é constituída pela membrana do tímpano, cadeia ossicular e a tuba auditiva. Esse tipo de perda auditiva causa a diminuição da audição de sons graves, ao mesmo tempo que preserva, relativamente, os sons agudos. Já a deficiência auditiva sensorineural se caracteriza por lesões sensoriais da orelha interna e nervosa. A lesão neural pode englobar o nervo coclear e suas vias até o núcleo auditivo no tronco cerebral. Diferente da deficiência auditiva condutiva, há perda da audição de sons agudos e conservação relativa dos sons graves. Ainda, existe a deficiência auditiva central, o qual o paciente possui a audição normal, porém não conseguem entender o que lhes foi dito e a deficiência auditiva funcional, o qual, também não apresenta lesões, e a dificuldade da audição advém de problemas psicológicos ou emocionais. Por fim, a deficiência auditiva mista é uma soma da deficiência auditiva sensorineural e condutiva¹².

Barreiras linguísticas e culturais entre ouvintes e surdos

A comunicação só é efetiva quando os elementos da linguagem estão harmoniosos entre si. Para isso, é necessário que haja a emissão da mensagem pelo emissor e o receptor receba esta mensagem. Ainda, o conteúdo da mensagem, deve ser transmitido através de um código, ou seja, o modo do qual a mensagem será enviada. O código pode ser a escrita, a fala ou gestos. Por fim, deve-se haver um contexto, no qual duas pessoas estejam se comunicando¹⁵.

Além disso, Bonni (2013) diz que “o código remete a linguagem, o qual é inerente à comunicação”¹⁴. Por outro lado, para Giacobbo (2015), “linguagem faz parte da prática e interação social, diante disso, quando não há comunicação, não há interação social”¹⁶. Já para Ribeiro e Biernaski (2017),¹⁷ “a barreira linguística surdo-ouvintes se deve ao desconhecimento da sociedade ouvinte quanto aos surdos serem uma minoria linguística em relação à língua portuguesa, vigente no Brasil”.

Defronte a essa situação, a comunicação entre um ouvinte e um surdo só será efetiva quando os elementos da comunicação, principalmente a linguagem, neste caso, a Língua Brasileira de Sinais, é a mesma entre ouvinte e surdo. Portanto, para que as barreiras linguísticas entre um surdo e um ouvinte sejam quebradas, é necessário que o surdo e ouvinte tenham conhecimento do código de LIBRAS e tenham conhecimento da cultura surda¹⁸.

Para Bigogno (2010),¹⁸ a dificuldade de interação, devido à falta de comunicação associado ao preconceito e segregação histórica constituem barreiras. Ainda, uma vez que o indivíduo nasce surdo, passa a compreender o mundo (gesto-visual) de maneira que difere de um indivíduo ouvinte e isso requer estratégias educacionais especiais e específicas para ele. Para tanto, a LIBRAS é uma língua que ajuda na externalização do pensamento e na comunicação surdo-ouvinte e vice-versa. Para o auxílio na quebra da barreira linguística surdo-ouvinte, intérpretes de LIBRAS, ajudam na mediação entre esta língua para o português.

Para Marconcin et. al. (2013),¹⁹ uma das barreiras que o surdo encontra começa na escola de ensino regular, onde os profissionais não estão habilitados a receber este aluno, gerando um sentimento de incapacidade do indivíduo surdo defronte “exigências de uma cultura que não é a sua”, ocasionado desistência escolar que perpetua até o ensino superior. Estas barreiras geram, ainda, dificuldades no ambiente profissional.

Segundo Sacks (1998),⁹ são os valores, costumes, crenças e a linguagem que tornam o indivíduo surdo com a singularidade de cultura denominada cultura surda. Ainda, para

Cromack (2004),²¹ a identidade é dinâmica e social, ocorrendo por relações interpessoais e psicológicas. Essas relações são as experiências sociais e a comunicação do indivíduo, além do pertencimento a grupo social. Frente a essa situação, a identidade cultural surda, muitas vezes, não é singular, ela transita entre a identidade ouvinte e surda, definida como identidade flutuante. Diante disso, para Marconcin et. al. (2013),¹⁹ é necessário compreender que o surdo, de certa forma, é bicultural pela necessidade de se integrar à sociedade ouvinte.

Para que a sociedade quebre as barreiras linguísticas e culturais que existem entre o ouvinte e surdo, não só a existência de legislações que demonstrem os direitos de surdos, mas a garantia de que haja subsídios e recursos serão cumpridos e respeitados¹⁹. Ainda, os autores Ribeiro e Biernaski (2017)¹⁷ enfatizam que, apesar do fato de os surdos conquistarem o direito e o reconhecimento da língua de sinais como língua materna, a existência de preconceitos sociais e leis que não são devidamente cumpridas no âmbito de direitos humanos como educação, mercado de trabalho, saúde e inclusão, acarretam em barreiras. A luta pela quebra de barreiras não cessa e esses direitos um dia serão alcançados.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura durante todo ano de 2021, dessa maneira, analisou-se artigos encontrados em bases de dados como a [Scientific Electronic Library Online](#) (SCIELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), sendo assim, utilizando descritores como “LIBRAS, surdos, medicina e saúde”. Além disso, também houve a utilização de dois livros da escritora Audrei Gesser, os quais são intitulados como “LIBRAS? Que língua é essa?” e “O ouvinte e a surdez: sobre ensinar e aprender a LIBRAS”. Adicionalmente, também foi consultado materiais/cartilhas disponibilizadas pelo Governo Federal, mais precisamente pelo Ministério da Saúde.

Visto isso, os materiais foram usufruídos durante a escrita de cada tópico, os quais foram pensados de uma forma que faça os leitores compreenderem todo processo de luta

da comunidade surda por seus direitos, como também permita reflexão sobre a carência de profissionais habilitados em LIBRAS na atualidade.

Portanto, abordou-se acerca das barreiras linguísticas entre ouvintes e surdos durante assistência à saúde, bem como a importância da inclusão da LIBRAS na grade curricular de medicina para, dessa forma, num futuro próximo, haver a implementação de atendimentos mais humanizados nos âmbitos de atenção primária, secundária e terciária, o que permite reduzir significativamente erros de diagnóstico e prescrição incorreta de medicamentos e exames.

RESULTADOS

Por meio das revisões da literatura, pôde-se analisar a trajetória da comunidade surda através da história, tendo em vista conquistas traçadas no decorrer dos anos. Assim, ao se falar da inclusão de LIBRAS na grade curricular de medicina é novamente necessário combater uma barreira da comunicação. Todavia, é de grande importância tal feito para universidades públicas e privadas formarem médicos bilíngues para que os surdos possam ser acolhidos durante o atendimento. Dessa forma, a assistência prestada pelo serviço de saúde irá transparecer a relação médico-paciente entre ouvinte e surdo da forma com que essas pessoas precisam, além de enaltecer o entendimento sobre a medicação, exames e procedimentos que serão executados, trazendo assim benefícios para ambos, sem gerar dúvidas e constrangimentos.

DISCUSSÃO

Importância de LIBRAS para o curso de medicina

A comunidade surda possui uma história baseada na luta para conquista de seus direitos e, por vezes, os ouvintes acabam tentando buscar formas que façam a compreensão de LIBRAS não se tornar um empecilho durante a comunicação. Todavia, não ocorrem reflexões de que o progresso no diálogo se dá através do aprendizado de LIBRAS e assim

acaba-se pressupondo que são os surdos que devem buscar o oralismo para serem inseridos na sociedade. Antemão, a falta de entendimento acerca do Congresso de Milão e demais episódios obscuros da história dessa comunidade, não permite que haja reconhecimento de responsabilidades, as quais têm como base o aprendizado concreto de LIBRAS, visto que, para os surdos o autômato oral é algo que envolve fatores culturais, além de diversos obstáculos, pois segundo Gesser (2009), “oralizar é sinônimo de negação da língua dos surdos. É sinônimo de correção, de imposição de treinos exaustivos, repetitivos e mecânicos da fala”¹. Assim, para os surdos deixar de gestualizar é a mesma coisa que negar a própria condição.

Diante disso, cicatrizes causadas pelo oralismo devem ser dissolvidas pela sociedade diariamente, pois algo que venha a causar dor para outro tende a ser mitigada por meio de propostas dessemelhantes. Assim, levando-se para o contexto do surdo/surdez e a medicina, é de suma importância que acadêmicos de tal curso possam conseguir o acesso a LIBRAS precocemente, devido ao processo de construção e entendimento dessa língua ser algo gradual. A forte relação médico-paciente certamente é disseminada e instituída no processo de formação, e levando-se em conta a dificuldade dos surdos em serem compreendidos em momentos dentro do âmbito hospitalar, é fundamental que estudantes de medicina busquem o não julgamento e a humanização para com a comunidade surda de maneira constante, visto que, universidades deveriam compactuar ações, planos e projetos para que vossos estudantes possam englobar uma tendência ao aprender a cuidar, principalmente quando refere-se aos surdos.

A seguir, tem-se um relato em LIBRAS e traduzido para o português, nele consta o sentimento de uma surda em relação às circunstâncias vivenciadas durante comunicações com ouvintes, a qual é relatada na obra de Gesser (2012):

Alguns ouvintes ficam desesperados quando vêm falar comigo e veem que sou surda. Então não sabem o que fazer ou o que dizer... Acho até engraçado olhar o jeito de apavorado de alguns. Mas fico muito enfurecida quando me perguntam a toda hora se eu sei fazer leitura labial... porque eu fico triste de saber que muitos nem sabem que o surdo usa língua de sinais para se comunicar. Dependendo do meu

humor, digo que sei ler os lábios, mas tem situações que começo a sinalizar em LIBRAS sem parar, e quando alguém fala a língua oral comigo faço de conta que não entendo nada.²⁰

Portanto, a área da saúde deve ser o estopim para se desenvolver uma projeção de cultura integrativa, e esse mecanismo de medicina humanizada, visando conjugação dos surdos ao atendimento médico, demanda instauração logo nos primeiros passos da formação universitária, porque será nesse momento que haverá ampliação da visão de novas realidades, como é o caso do atendimento aos surdos. Assim, a importância de LIBRAS para o curso de medicina tende a exacerbar-se de maneira positiva não somente para a comunidade surda, mas também para o desenvolver de novos profissionais com olhares voltados para um decorrente futuro com melhores perspectivas educativas e sociais, as quais circundam a inserção dos surdos na sociedade, sem a necessidade do oralismo como método implexo para incorporação de comunicações altruístas.

Ademais, vale ressaltar os três princípios do Sistema Único de Saúde, sendo estes universalidade, equidade e integralidade, os quais foram firmados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017²² e que presumem profissionais capacitados para executar atendimentos que visem a relação médico-paciente de maneira a buscar empatia e inclusão.

Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.²²

Diante disso, vê-se que a implementação de LIBRAS na grade curricular de medicina tende a estabelecer uma premissa para que se possa almejar objetivos ainda maiores com previsões de curto a longo prazo, visto que, haverá possibilidade de ascensão de projetos de extensão dentro das universidades visando o atendimento à comunidade surda. Sendo assim, posteriormente, esse acadêmico já graduado virá a exercer atendimentos

humanizados em suas consultas, pois terá conhecimentos necessários sobre datilologia, parâmetros, sinalizações e compreensão acerca de como os surdos acabam agindo no ambiente hospitalar.

Formação de profissionais de medicina habilitados em atender os surdos

A medicina passou por diversas modificações até chegar à conformação que se encontra nos dias de hoje, com todas as particularidades e evolução, mas principalmente com ênfase no modelo biopsicossocial de atendimento, voltada cada vez mais na estruturação da medicina humanizada. Assim, quando se trata de humanização, é fundamental relacionar à inclusão, que é essencial para todos, e nesse caso, para a comunidade surda em questão. Porém, para que se tenha profissionais habilitados para isso, é necessário que inicie a capacitação desde a graduação.

Sendo assim, salientando aspectos do curso de medicina, percebe-se que a grade curricular do curso é baseada, de forma sucinta, em conhecimentos das disciplinas básicas como anatomia, histologia, processos fisiológicos e patológicos, componentes do processo saúde doença, abordagem do paciente, domínio de conhecimentos científicos básicos, proficiência em técnicas e prevenção e promoção de saúde. Assim, a formação é generalista, humanista, crítica e reflexiva²³. Porém, ainda é necessário que haja bastante incentivo para que disciplinas propiciem essa qualificação demandada.

E dentre as habilidades e competências que devem ser desenvolvidas pelo médico, há a comunicação, fundamental para que, basicamente, exista interação entre as pessoas, que compreendam umas às outras. Porém, ela é estabelecida, de fato, quando uma pessoa se expressa e a outra entende. Sendo assim, é imprescindível ressaltar que essa habilidade, é de suma importância à comunidade surda, porque ainda hoje existe uma barreira de comunicação entre surdo e ouvinte, que no âmbito da medicina, por exemplo, impede o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente. Além disso, segundo Mendes et al. (2020)²⁴, romper a barreira de comunicação possibilitará uma assistência eficaz, garantindo

maior segurança e confiança do paciente frente ao seu diagnóstico e tratamento, além de promover equidade e humanização no atendimento.

Portanto, quando se trata de inclusão, logo remete-se à humanização. E assim, é importante salientar a Política Nacional de Humanização (PNH)²² onde consta que:

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Dessa forma, para se ter profissionais habilitados em atender surdos, é necessário que haja incentivo desde o início da graduação, sendo que isso poderia ser feito a partir da implantação de disciplinas que, primeiramente, conscientizem os acadêmicos a respeito do ato de incluir as pessoas de forma humanizada, respeitando todas as diferenças e particularidades de cada ser humano, para que seja despertado no acadêmico o interesse de aprendizagem e que assim ele adquira esse conhecimento e pratique depois. Visto isso, após a sensibilização dos acadêmicos, é importante a implantação de disciplinas, como, por exemplo, LIBRAS, para que realmente sejam qualificados a prestar um atendimento adequado diante do paciente.

Por isso tudo, é de suma importância reforçar que a formação humanizada do médico, a qual possui a oportunidade de habilitá-lo para comunicar-se através dessa língua, pode contribuir para que haja, de fato, a inclusão da comunidade surda. Além disso, como supracitado, o processo pode se dar a partir da inclusão na disciplina de LIBRAS na grade curricular do curso de medicina, para que se rompa a barreira de comunicação entre surdo e ouvinte e se estabeleça uma relação médico-paciente genuína e humanizada para que seja realizado um atendimento digno, com universalidade, equidade e integralidade que são a base dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. Gesser A. Libras? Que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda. 1º ed. São Paulo: Parábola Editorial;2009.
2. Lourenço KRC Barani E. Educação e Surdez: um resgate histórico pela trajetória educacional dos Surdos no Brasil e no Mundo. Revista Virtual de Cultura Surda e Diversidade. n.8, set.2011.
3. Keats BJB. Genetic Hearing Loss. In: The Senses: A Comprehensive Reference. [s.l: s.n.]. v. 3p. 139–148.
4. Faistauer M. Etiologia das perdas auditivas congênita e adquirida no período neonatal. Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/202754/001105902.pdf>.
5. Godinho R, Keogh I; Eavey R. Perda auditiva genética. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 100-104, jan. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-72992003000100016>.
6. Maranhão ASA. Surdez: principais causas e tipos. 2020. disponível em: <https://cdo.com.br/surdez-principais-causas-e-tipos/>.
7. Lei Federal N 10.436, de 24 de abril de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm. BRASIL.
8. Decreto N 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. BRASIL.
9. Sacks O. Vendo Vozes: uma Viagem ao Mundo dos Surdos. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
10. Petter M. Linguagem, língua, linguística. In: FIORIN, J. L. (org.) Introdução à Linguística. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2004.
11. Quadros RM; Karnopp LB. Língua de sinais brasileira Estudos Linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2004.
12. Lopes OF.; Campiotto AR.; Levy CCA. C.; Redondo MC.; Anelly W. Novo tratado de fonoaudiologia. 3 ed. São Paulo: Editora Manole, 2013. 5-10 p.
13. SISTEMAS DE CONSELHOS DE FONOAUDIOLOGIA. Guia de Orientações na Avaliação Audiológica Básica. [s.l.]: [s.n.], abr., 2017. Disponível em: <http://www.crefono4.org.br/cms/files/Anexos/manualdeaudiologia.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.
14. SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA. Manual de procedimentos em audiometria tonal limiar, logaudiometria e medidas de imitância acústica. [s.l.]: [s.n.], fev. 2013. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/Manual%20de%20Audiologia.pdf>. Acesso em 13 maio 2021.
15. Bonni A. Veículo de comunicação e gênero textual: noções conflitantes. Delta: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 65-89, 2003. Anual. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-44502003000100003>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502003000100003. Acesso em: 13 maio 2021.

16. Giacobbo C. Linguagem como prática social na pedagogia empreendedora e na qualificação discente: um estudo da percepção dos coordenadores de cursos de graduação da Universidade de Cruz Alta. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta-RS, 2015. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/Caroline-Giacobbo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.
17. Ribeiro ROC.; Biernaski SR. Aspectos da comunicação do sujeito surdo e a sua inclusão na sociedade. In: EDUCERE - CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 7., 2017, Curitiba- Pr. Anais [...]. Curitiba- Pr, 2017. p. 21462-21474. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/25417_13281.pdf. Acesso em: 13 maio 2021.
18. Bigogno PG. Cultura, Comunidade e Identidade Surda. 2010. 18 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <https://www.ufjf.br/graduacaocienciasociais/files/2010/11/Cultura-Comunidade-e-Identidade-Surda-Paula-Guedes-Biogno.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.
19. Marconcin LIRP, Antunes LA, Ferreira LC, Festa PSV, Scholochuski VC. O olhar do surdo: traduzindo as barreiras no ensino superior. Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia das Faculdades Opet, Curitiba- Pr, jun. 2013. Disponível em: <https://www.opet.com.br/faculdade/revista-pedagogia/pdf/n5/ARTIGO-PRISCILA.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.
20. Gesser A. O ouvinte e a surdez: sobre ensinar e aprender a libras. 1º ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2012.
21. Cromack EMPC. Identidade, cultura surda e produção de subjetividades e educação: atravessamentos e implicações sociais. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília- DF, v. 24, n. 4, p. 68-77, dez. 2004. [Http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000400009](http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932004000400009). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400009#1a. Acesso em: 13 maio 2021.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

23. Brasil. Portal do MEC. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 20 abril 2021.
24. Alves AMB. MEDICINA E LIBRAS: OS DESAFIOS DE UMA FORMAÇÃO HUMANIZADA. CGHS UNIT-AL [Internet]. 30º de outubro de 2020 [citado 20º de julho de 2020];6(2):23. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/8916>.