

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NEUMA CHAVEIRO

**ENCONTRO DO PACIENTE SURDO QUE USA LÍNGUA DE
SINAIS COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Goiânia

2007

NEUMA CHAVEIRO

**ENCONTRO DO PACIENTE SURDO QUE USA LÍNGUA DE
SINAIS COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do Título Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Dinâmica do processo Saúde-Doença.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Alves
Barbosa

Goiânia

2007

C3982e Chaveiro, Neuma.

Encontro do paciente surdo que usa língua de sinais com os profissionais da saúde / Neuma Chaveiro. – Goiânia, 2007.

125 f.: il.; 30 cm.

Referências f. 89-91.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2007.

1. Surdez 2. Relações profissional-paciente 3. Linguagem de sinais I. Título.

CDU 616.28-008.14

NEUMA CHAVEIRO

**ENCONTRO DO PACIENTE SURDO QUE USA LÍNGUA DE SINAIS
COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do Grau de Mestre, aprovada em 12 de setembro de 2007, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Celmo Celso Porto - (UFG)

Presidente da Banca

Prof^a. Dr^a. Virgínia Visconde Brasil - (UFG)

Prof^a. Dr^a. Nélida Antônia Schimid de Fornés - (UFG)

Pós Doc. Marco Túlio Antonio Garcia-Zapata - (UFG)

DEDICO ESTE TRABALHO...

Ao meu pai Manoel e minha mãe Neusa que não mediram esforços para proporcionar a mim o estudo e com quem aprendi os valores eternos do amor e da esperança em dias melhores.

À minha querida irmã Telma que compartilhou comigo momentos tão especiais junto à comunidade surda, a ela e ao meu cunhado Wellington que, quando presentes, deram um brilho especial às nossas vidas proporcionando-nos momentos tão felizes.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder bênçãos sempre além do que peço.

À comunidade surda por partilhar comigo suas experiências, suas vidas.

Ao Prof. Dr. Celmo Celeno Porto, meu orientador, pela atenção, profissionalismo, competência e empenho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Alves Barbosa, minha orientadora e amiga, pelos ensinamentos, confiança, dedicação, atenção e carinho.

À junção perfeita dos meus orientadores, sendo que nem saberia nomear o Orientador ou Co-Orientador, possibilitando um crescimento em pesquisa muito superior.

Aos meus sobrinhos Fabiana, Natália, Pedro Henrique, Rafaella e Matheus pelos presentes preciosos que são em minha vida.

A todos os familiares e amigos que me incentivaram e acreditaram na conquista desta vitória.

À Márcia Sobral Costa pela amizade e ajuda com as correções gramaticais.

A todos vocês, muito obrigada!

“[A língua de sinais], nas mãos de seus mestres, é uma língua extraordinariamente bela e expressiva, para a qual, na comunicação uns com os outros e como um modo de atingir com facilidade e rapidez a mente dos surdos, nem a natureza nem a arte lhes concedeu um substituto à altura. Para aqueles que não a entendem, é impossível perceber suas possibilidades para os surdos, sua poderosa influência sobre o moral e a felicidade social dos que são privados da audição e seu admirável poder de levar o pensamento a intelectos que, de outro modo, estariam em perpétua escuridão. Tampouco são capazes de avaliar o poder que ela tem sobre os surdos. Enquanto houver duas pessoas surdas sobre a face da terra e elas se encontrarem, serão usados sinais”.

J. Schuyler Long

Diretor da Iowa School for the Deaf

The sign language (1910)

RESUMO

Dissertação construída na modalidade artigos científicos e consta de três artigos, sendo o primeiro e o segundo de revisão sistemática da literatura sobre o tema do estudo e o terceiro tem por conteúdo a parte experimental da dissertação. O primeiro artigo, aceito pela Revista da Escola de Enfermagem da USP tem como título: **Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde** com ênfase na comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde. No segundo, aceito pela Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, intitulado **Relação do paciente surdo com o médico**, foram abordados os aspectos legais e socioculturais da relação do paciente surdo com o médico. O terceiro, submetido à Revista de Saúde Pública, com o título **Encontro do paciente surdo que usa língua de sinais com os profissionais da saúde**, que tem por conteúdo o objeto desta dissertação, cujo objetivo foi analisar o encontro entre pacientes surdos que utilizam a língua de sinais e os profissionais da saúde. Desenvolvido numa abordagem qualitativa de natureza descritivo-exploratória. Participaram 11 pessoas surdas, que utilizam a Língua Brasileira de Sinais para se comunicar, sendo 8 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com idades entre 19 e 36 anos. Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, contendo questões que abrangiam as expectativas da pessoa surda quanto ao encontro com os profissionais da saúde, os meios de comunicação utilizados, a presença de um intérprete da Língua Brasileira de Sinais como mediador da relação e o que julga necessário para favorecer uma boa relação. Os dados foram organizados utilizando a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, que permitiu identificar três categorias: Comunicação Estabelecida, Presença do Intérprete e Falta de Autonomia. Na primeira categoria destacaram-se duas subcategorias: facilidades e dificuldades. Como facilitador surgiram os recursos visuais e, como dificultador, ineficiência na comunicação, podendo chegar ao extremo de sentirem-se impedidos de buscar assistência. Outras dificuldades apontadas foram a língua escrita e profissionais não capacitados para atendê-los. A categoria Presença do Intérprete apresentou como destaque a complexidade deste mediador. Em alguns momentos sua presença é valorizada, enquanto, em outros, torna-se uma barreira. Na Falta de Autonomia, verificou-se que os direitos dos pacientes surdos não estão sendo respeitados, ficando à parte nas decisões tomadas principalmente pela família. Concluiu-se que os pacientes surdos deparam-se com muitas barreiras no encontro com profissionais da saúde, desde o agendamento, o momento do encontro, até os desdobramentos decorrentes e, em muitos relatos verificou-se que eles não conseguem resolver seus problemas, não compreendem o porquê das atitudes tomadas pelos profissionais, sentindo-se excluídos, não respeitados em sua autonomia. Portanto, a participação efetiva dos pacientes surdos nos encontros clínicos necessita especial atenção por parte dos profissionais da saúde.

DESCRITORES: Surdez, Relações profissional-paciente, Comunicação, Linguagem de sinais, Pessoas com insuficiência auditiva, Relações médico-paciente, Audiologia.

ABSTRACT

This dissertation was built in the modality scientific article and it has three articles: the first and second ones of systematic revision of literature about the theme of the study and the third article consist of the experimental part of the dissertation. The first article, accepted in Revista da Escola de Enfermagem da USP, has as title **Literature Revision about the attendance of the deaf patient by health professionals**, with emphasis on the communication between deaf patient and health professional. In the second one, accepted to publish in Revista Brasileira de Otorrinolaringologia and entitled **Relation between deaf patient and the doctor**, the legal and sociocultural aspects of the relation between deaf patient and the doctor were presented. The third article, submitted to Revista de Saúde Pública, with the title **Meeting of deaf patient who uses sign language with health professionals**, has as content the object of this dissertation and has as purpose to evaluate the meeting of the deaf patient who use sign language with health. It was developed in a qualitative approach, of descriptive-analytical nature. Eleven deaf people, who use the Brazilian Sign Language to communicate, including 8 males and 3 females, with ages between 19 and 36 years old, had participated of the research. For data collection a half-structured interview was used and it had questions that approach the expectations of the death person about the meeting with health professionals, the means of communication used, the presence of a Brazilian Sign Language interpreter as a mediator and what the person judges necessary to favor a good relation. The data were organized using the content analysis, proposed by Bardin, that allowed to identify three categories: Established Communication, Interpreter Presence and Lack of Autonomy. In the first category, two sub-categories had been distinguished: facilities and difficulties. As facilitator the visual resources stood out and as difficulties inefficiency in the communication, even reaching the extreme of feeling hindered to search assistance. Other difficulties were the written language and non capable professionals to attend. The category Interpreter Presence presents as eminence the complexity of this mediator. In some moments his presence is valued, while in others it turned to a barrier. In Lack of Autonomy, it was verified that their rights haven't been respected and they stay apart from the decisions taken mainly by the family. It followed that deaf patients face a lot of barriers in the meeting with health professional, since the appointment, the moment of the meeting, until the decurrent unfoldings. And in many stories it was verified that they can't solve their problems and they can't comprehend the reason of the attitudes taken by professionals, so they feel excluded and not respected in their autonomy. So an effective participation of the deaf patient in clinical meetings requires special attention from the health professionals.

KEYWORDS: Deafness, Professional-patient relations, Communication, Sign language, Hearing impaired persons, Physician-patient relations, Audiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição dos artigos publicados na MEDLINE e LILACS, segundo as categorias estabelecidas.....	32
Artigo 1		
Quadro 2	Distribuição dos artigos publicados sobre o atendimento do paciente surdo pelos profissionais da saúde, de acordo com o ano (1996-2006), o país de publicação na MEDLINE e com o idioma publicado (s.d.) na LILACS.....	33
Artigo 1		
Quadro 1	Categoria temática COMUNICAÇÃO ESTABELECIDADA com a subcategoria temática facilidade e os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.....	73
Artigo 3		
Quadro 2	Categoria temática COMUNICAÇÃO ESTABELECIDADA com a subcategoria temática dificuldade e os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.....	75
Artigo 3		
Quadro 3	Categoria temática PRESENÇA DO INTÉRPRETE com os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.....	78
Artigo 3		
Quadro 4	Categoria temática PRESENÇA DO INTÉRPRETE com os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.....	81
Artigo 3		

LISTA DE ABREVIATURAS

ADOLEC	Saúde na Adolescência
ASG	Associação dos Surdos de Goiânia
ASL	American Sign Language
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEAD	Centro Estadual de Apoio ao Deficiente
CID	Código Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRER	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
FENEIS	Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INES	Instituto Nacional de Educação dos Surdos
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
LILACS	Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional
s.d	sem data
SUS	Sistema Único de Saúde
VHS	Video Home System

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	09
LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Inserção no tema.....	12
1.2. Justificativa.....	14
1.3. Aspectos históricos da pessoa surda.....	17
1.4. Aspectos sócio culturais da comunidade surda.....	23
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. Objetivo geral.....	25
2.2. Objetivos específicos.....	25
3. PUBLICAÇÕES.....	26
3.1. Artigo 1 – Revisão de Literatura sobre o Atendimento ao Paciente Surdo pelos Profissionais da Saúde.....	27
3.2. Artigo 2 – Relação do Paciente Surdo com Médico.....	42
3.3. Artigo 3 – Encontro do Paciente Surdo que usa Língua de Sinais com os Profissionais da Saúde.....	56
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
5. REFERÊNCIAS	89
6. APÊNDICES.....	92
6.1. Apêndice 1 – Roteiro Temático para Entrevista.....	92
6.2. Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	93
7. ANEXOS.....	94
7.1. Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	94
7.2. Anexo 2 – Aceite da Revista da Escola de Enfermagem da USP.....	96
7.3. Anexo 3 – Aceite da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.....	97
7.4. Anexo 4 – Declaração de submissão à Revista de Saúde Pública	98
7.5. Anexo 5 – Normas de publicação dos respectivos periódicos.....	99

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi construída na modalidade artigo científico e consta de três artigos, sendo o primeiro e o segundo artigos de revisão sistemática da literatura e o terceiro tem por conteúdo a parte experimental do estudo. Nesta pesquisa vamos nos ater a pessoas surdas que utilizam a língua de sinais como meio preferencial de comunicação e analisar a surdez com foco nos aspectos sócio culturais, excluindo as questões orgânicas da surdez.

1.1 INSERÇÃO NO TEMA

Desde o curso de graduação me senti atraída pelo fascinante mundo dos surdos. Estudar sobre o surdo, a surdez e sua forma diferente de comunicar e relacionar-se foi meu objetivo. Ainda na academia, como bolsista de iniciação científica, participei, no ano de 1989, do projeto de implantação da Filosofia da Comunicação Total, para o trabalho de reabilitação e educação dos surdos, no Instituto Pestalozzi de Goiânia, Goiás.

O meu primeiro trabalho como fonoaudióloga foi no Centro Estadual de Apoio ao Deficiente (CEAD), em Goiânia, no ano de 1992, onde atuo até o momento. Tive a oportunidade de colocar em prática o que aprendi na teoria, descobrindo com os surdos que o nosso crescimento acontece na relação, na troca com o outro e, para ser efetivo, o meio de comunicação estabelecido é essencial.

Faço parte também de uma pastoral de surdos que desenvolve trabalhos com objetivos religioso e social. A formação religiosa acontece na preparação para os sacramentos do Batismo, Primeira Eucaristia, Crisma e Matrimônio. As atividades sociais são desenvolvidas de acordo com os interesses e necessidades das pessoas surdas e incluem, entre outras, práticas esportivas, trabalho de interpretação para a Língua de Sinais e apoio às necessidades das famílias dos surdos.

Aprendi a LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) e hoje atuo também como intérprete. Acredito que todo profissional de saúde precisa reconhecer o valor das expressões não verbais

na comunicação com os pacientes surdos, considerando os aspectos sócio culturais da comunidade surda.

Trabalhando com surdos há 15 anos reconheço que a língua de sinais é fundamental em suas vidas, sendo um sistema de signos compartilhado pela comunidade surda. Quando nos deparamos com um grupo de surdos vemos suas mãos tão ágeis realizando movimentos que nos deixam paralisados e, ao mesmo tempo, fascinados. Como podem as pessoas não utilizar a voz para se comunicar? O que eles pensam? Como sonham? Como vivem? Sentimentos de compaixão e incompreensão nos invadem. Fica a certeza de que as mãos comunicam e, para os surdos, é o meio mais eficaz de estabelecer uma relação.

Ouvir e verbalizar as palavras não são os únicos meios de comunicação. Aprendi com os surdos que existem outros canais, tão eficientes quanto o canal oral-auditivo, e o canal espaço-visual é um deles e pode plenamente expressar tudo que uma pessoa desejar.

Deslumbrar com uma língua que usa movimentos e gestos, fez-me entrar no mundo dos surdos e descobrir maravilhas nunca antes imaginadas, como a alegria dos surdos em conseguir expressar-se e serem compreendidos, frustrações frente a situações tão corriqueiras para pessoas ouvintes, sempre dependendo do outro para as mais diversas situações do seu cotidiano: ver televisão, ir às compras, ao banco, a escola, ao hospital.

Mesmo trabalhando com a reabilitação de pacientes surdos e participando de uma pastoral de surdos, a experiência que tive de entrevistá-los sobre o encontro com os profissionais da saúde surpreendeu-me. Questões consideradas do meu ponto de vista como triviais, para eles eram uma barreira, chegando até a desistir de buscar assistência à sua saúde em decorrência destas dificuldades.

No início do século XXI, a inclusão foi colocada como meta a ser atingida. Identifiquei, na área da educação, diversos estudos realizados sobre a inclusão do aluno surdo, mas, na área de saúde observei que os pesquisadores ainda não tinham verificado a relevância deste tema. No Brasil há pouquíssimos trabalhos voltados para questões envolvendo o atendimento na área da saúde aos pacientes surdos. Assim sendo, decidi-me pela investigação do tema proposto e espero poder contribuir para uma assistência à saúde de qualidade à população surda.

1.2 JUSTIFICATIVA

O censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano 2000 revela que há no Brasil 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Destes, 16,7% apresentam deficiência auditiva, ou seja, existem no Brasil 5.735.099 (cinco milhões, setecentos e trinta e cinco mil e noventa e nove) pessoas surdas. Levando-se em conta o crescimento anual da população, teríamos, a cada ano, no Brasil, aproximadamente 93.295 (noventa e três mil, duzentas e noventa e cinco) crianças com surdez (IBGE, 2006).

A surdez caracteriza-se pela redução da percepção do som, em grau variado, o que dificulta a aquisição da linguagem oral de forma natural. Aí, então, a comunidade surda passa a usar a língua de sinais como primeiro meio de comunicação, sendo este um dos fatores que desperta o sentimento de pertencimento a uma cultura, com características únicas, linguagem e normas sociais. Um fato a ser ressaltado é que a surdez distingue-se de outras deficiências, não pela deficiência física propriamente dita, mas pela dificuldade de estabelecer comunicação entre pessoas (FELLINGER et al., 2005).

Os indivíduos surdos comunicam-se de maneira peculiar, e muitos usam a língua de sinais para se expressar. As línguas de sinais são de modalidade espaço-visual, pois o sistema de signos compartilhados é recebido pelos olhos e sua produção realizada pelas mãos no espaço. São reconhecidas enquanto línguas pela lingüística, que lhes atribui o conceito de línguas naturais e não as considera como problema do indivíduo surdo ou como patologia da linguagem (QUADROS; KANOPP, 2004, p. 179).

As línguas de sinais estão presentes nos cinco continentes, mas não são universais; cada uma tem sua própria estrutura gramatical, sendo que, com as línguas de sinais é possível expressar qualquer conceito complexo, sutil ou abstrato. As línguas de sinais são um sistema lingüístico altamente estruturado e tão complexo quanto as línguas faladas, estruturando-se neurologicamente nas mesmas áreas cerebrais das línguas orais (BARBOSA et al., 2003; ALLEN et al., 2002).

No Brasil temos a LIBRAS, que foi reconhecida como meio legal de comunicação e expressão da comunidade surda pela Lei Federal nº 10.436, de 24 de abril de 2002. A

aprovação desta lei representa a luta da comunidade surda brasileira que utiliza a língua de sinais, podendo assim ter seus direitos garantidos (FENEIS, 2006; LEZZONI et al., 2004).

Para a pessoa surda, o meio de comunicação utilizado na sociedade da qual ela faz parte não se apresenta como um recurso que vem facilitar seu intercâmbio, mas um obstáculo que precisa transpor com dificuldades para chegar ao mundo social de forma efetiva.

A relação dos profissionais de saúde com pacientes que têm audição em níveis normais é estabelecida pelo código verbal, mecanismo normalmente não utilizado pelos pacientes surdos, que recorrem à linguagem de sinais para se comunicar. A língua de sinais quase sempre não é compreendida por aqueles que lhes prestam assistência na área de saúde. Analisar o processo de construção das formações discursivas, os vínculos estabelecidos e investigar as relações que ocorrem neste cenário, torna-se imprescindível para viabilizar um atendimento humanizado (LEZZONI et al., 2004).

A comunicação é uma importante ferramenta para os profissionais da saúde no diagnóstico e no tratamento, pois são parte deles as instruções verbais de variados procedimentos, cujo resultado pode ser comprometido pela não compreensão das partes envolvidas (MEADOR; ZAZOVE, 2005; RALSTON; ZAZOVE, 1996).

As pesquisas mostram a necessidade de uma melhor comunicação dos profissionais com os pacientes surdos, no entanto isso continua negligenciada nos sistemas de saúde (MEADOR; ZAZOVE, 2005; RALSTON; ZAZOVE, 1996; HUDSON, 2004; CARDOSO; RODRIGUES; BACHION, 2006). Por isso, a linguagem não-verbal é um recurso que precisa ser conhecido e valorizado na prática das ações em saúde. Mesmo que não se conheça a língua de sinais, é fundamental interpretar seus aspectos supra-segmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais (CHAVEIRO; BARBOSA, 2004).

Além do mais, a LIBRAS permite ao surdo sua inclusão social, mas, para que isto aconteça, é preciso que os profissionais da área da saúde também reconheçam este direito essencial para que possam assisti-los adequadamente (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

Ainda é possível perceber um distanciamento entre paciente surdo e profissional de saúde em um momento fundamental como o encontro clínico, com prejuízos para ambos, sendo agravado quando o paciente se comunica pela língua de sinais.

Cumprе salientar que, quando um paciente surdo busca os serviços de um profissional da saúde, ocorre um encontro clínico atípico, que não se enquadra nos padrões habituais, existindo dificuldades para se estabelecer um vínculo adequado. Daí a necessidade de analisar esta relação do ponto de vista do paciente surdo que utiliza a língua de sinais. Questionando quais as expectativas do paciente surdo quando procura assistência na área da saúde; como a comunicação é estabelecida (fala, escrita, gestos, leitura labial, intérprete da língua de sinais) e como o paciente surdo, usuário da língua de sinais, se faz compreender.

Ser cidadão brasileiro e vivenciar a mesma cultura das pessoas ouvintes não garante às pessoas surdas atendimento igualitário na área da saúde. Uma barreira é imposta aos surdos e profissionais por não compartilharem a mesma linguagem.

Diante deste panorama é possível verificar a importância da análise do encontro entre pacientes surdos e profissionais da saúde, para a humanização em saúde, respeitando e valorizando as diferenças de grupos minoritários.

1.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PESSOA SURDA

Para compreender quem é a pessoa surda, sujeito da nossa pesquisa, faz-se necessário nesta introdução uma revisão da literatura sobre a influência dos aspectos históricos e sócio-culturais na formação do indivíduo surdo, bem como da comunidade na qual ele está inserido, conteúdo esse não explorado nos artigos da dissertação.

CONTEXTO MUNDIAL

Até o século XV os indivíduos surdos eram vistos como seres primitivos e não possuíam qualquer direito assegurado. Como todos os deficientes, eles eram relegados pela sociedade, considerados incapazes de herdar bens, casar, receber formação educacional e trabalhar dignamente (GÓES, 1999, p. 97).

Na Europa surgiram os primeiros educadores de pessoas surdas, cujo trabalho era desenvolvido por religiosos católicos e protestantes. Eles oportunizaram um deslocamento social dos indivíduos surdos, que anteriormente permaneciam numa condição de eliminação física e social, sem apoio do Estado, não sendo considerados humanos, e sim seres castigados pelos deuses (ROCHA, 2005).

A preocupação com a aprendizagem da pessoa surda data do século XVI. Anteriormente, os surdos-mudos, como eram chamados, não eram considerados aptos para receberem educação formal, pois a palavra tinha importância fundamental.

A educação dos indivíduos surdos-mudos iniciou-se na Espanha, em 1555, com o padre beneditino Pedro Ponce de León, quando educou uma pessoa surda de família nobre. O ensino incluía a datilologia (alfabeto manual), escrita e treino para fala (oralização). A educação proporcionada aos indivíduos surdos de famílias nobres, tinha como objetivo levá-los a serem reconhecidos como cidadãos perante a lei e a sociedade, para poderem herdar os títulos e a fortuna da família (SACKS, 1998, p. 196).

Antes de 1750, para 99% dos indivíduos surdos congênitos, não havia esperança de educação. Atribui-se como responsável pelo processo de mudança na história o abade Charles

Michel de L'Épée, pessoa muito importante na educação destas pessoas. Ele aprendeu, com os surdos pobres que viviam nas ruas de Paris, a língua de sinais e introduziu este sistema de signos na educação das pessoas surdas, possibilitando uma transformação significativa da realidade. A influência do trabalho de L'Épée se estendeu além da França, deixando o método oral, que já começava a florescer, em situação desfavorável (SACKS, 1998, p.196).

Muitos profissionais não reconheceram a língua de sinais e atuavam numa linha oralista, conhecidos também como defensores do oralismo. Valorizavam somente a língua oral na reabilitação e não admitiam o uso dos sinais, considerando a língua de sinais prejudicial para o desenvolvimento e incapaz de promover a educação das pessoas surdas (GOLDFELD, 2003, p. 161).

Em 1750, com Samuel Heinick na Alemanha, surgiram as primeiras idéias do que hoje constitui a filosofia educacional oralista. Ele fundou a primeira escola pública para pessoas surdas na linha oralista (QUADROS,1997, p. 126).

Em 1815, Thomas Hopkins Gallaudet, professor americano, foi à Europa buscar subsídios para educação dos surdos, retornando em 1817 com o surdo francês Laurent Clerc e, com ele, fundou a primeira escola exclusiva para indivíduos surdos, que utilizava para comunicação um tipo de francês sinalizado (uso simultâneo do léxico da língua de sinais francesa com a estrutura da língua francesa, adaptado para o inglês) (SACKS, 1998, p. 196).

Em 1821, as escolas públicas americanas passaram a aceitar a American Sign Language (ASL) que sofreu muitas influências do método francês sinalizado. Em 1864, foi fundada a Universidade Gallaudet, a primeira universidade para pessoas surdas (BERNARDINO, 2000, p. 202).

Graças aos avanços tecnológicos que facilitaram a aprendizagem da fala dos indivíduos surdos, a partir de 1860 diversos profissionais começaram a investir no aprendizado da língua oral (KOZLOWSKI, 1998). O mais importante dos representantes oralistas foi Alexander Graham Bell, em cuja família eram surdas sua mãe e sua esposa. Por isso dedicou-se a descobrir equipamentos que auxiliassem a amplificação auditiva e, como grande gênio tecnológico, acabou inventando o telefone (FENEIS, 2006).

Em 1880, em Milão, foi realizado o II Congresso Internacional de Educação de Surdos, que teve como objetivo estabelecer critérios internacionais, científicos, para a

educação das pessoas surdas, e as decisões oriundas do congresso trouxeram uma completa mudança na vida dos indivíduos surdos. Realizou-se uma votação (excluindo os professores surdos) para decidir qual língua seria usada na educação dos surdos e foi decidido que apenas a língua oral de seu país deveria ser aprendida, atribuindo à língua de sinais um estatuto de língua inferior (KOZLOWSKI, 1998).

Grande parte desta decisão pode ser atribuída a Alexander Granhan Bell, em razão de sua imensa autoridade e prestígio, defensor do ensino da língua oral. Com severas críticas ao uso da língua de sinais como língua natural dos surdos, justificava sua resistência pelo risco de formarem-se guetos, tornando uma variedade da raça humana (DINIZ, 2003).

No início do século XX, grande parte das escolas em todo o mundo já havia deixado de utilizar a língua de sinais. Apesar das proibições dos adeptos ao oralismo, os surdos, em momentos informais, continuaram usando os gestos e sinais para se comunicarem (SANTOS; SHIRATORI, 2004).

Durante quase 100 anos existiu o então chamado “Império Oralista”. A partir da década de 1960, a filosofia educacional denominada oralismo sofreu uma série de críticas pelas restrições que impunha. Surgiram pesquisas demonstrando ser a língua de sinais uma língua, com todos os recursos da língua oral (SACKS, 1998, p. 196).

Em 1960, com a publicação do artigo *Sign language structure: an outline of the visual communication system of the American Deaf*, de William Stokoe, abriram-se as portas sobre a língua de sinais e seu valor na vida das pessoas surdas, dando origem à filosofia da comunicação total, com objetivo de garantir às pessoas surdas uma comunicação real. Oralizar não era sua meta. Substituiu-se o termo “deficiente auditivo” por “surdo”, cuja escolha foi feita pela própria comunidade surda (GOLDFELD, 2003, p. 161).

A partir de 1980, foram divulgados os pressupostos da filosofia educacional denominada de Bilingüísmo, com o objetivo de que a pessoa surda fosse bilíngüe. Priorizavam a exposição e estimulação da criança, o mais precocemente possível, a duas línguas: à língua de sinais e à língua oral de seu país (QUADROS, 1997, p. 126).

CONTEXTO DO BRASIL

As transformações no Brasil iniciaram-se a partir de 1855, quando o imperador D. Pedro II trouxe um professor francês H Ernest Huest (surdo e partidário de L'Épée), para iniciar um trabalho de educação com as pessoas surdas (GOLDFELD, 2003, p. 161).

Em 26 de setembro de 1857, foi fundado o Instituto Nacional de Educação de Surdos-Mudos, atual Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES). A partir de então, os indivíduos surdos brasileiros passaram a contar com uma escola especializada para sua educação, propiciando assim o surgimento da LIBRAS (GOLDFELD, 1997, p. 169).

Em 1911, o INES, seguindo a tendência mundial, desenvolveu o seu trabalho com a Filosofia Oralista. No final dos anos 1970, chegou ao Brasil a Filosofia da Comunicação Total e, na década seguinte, iniciou-se o Bilingüismo (GOLDFELD, 2003, p. 161).

Deste então, as comunidades surdas foram conquistando vários espaços relacionados com a educação de surdos e à LIBRAS. A pressão das organizações não-governamentais, como a Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos (FENEIS), e de políticos, culminou com a homologação da Lei de LIBRAS nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que reconhece a Língua de Sinais Brasileira como língua oficial dos surdos, cujo reconhecimento tem forte impacto no dia-a-dia das pessoas surdas (FELIPE, 2003).

Em 2003 a Organização Mundial de Saúde, a partir de uma visão inclusivista, apresentou um novo modelo de avaliação das deficiências, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Até então, as pessoas com deficiências eram avaliadas apenas pelos parâmetros do Código Internacional de Doenças (CID). O CID faz aferição sob o ângulo da enfermidade e a CIF realiza sua avaliação a partir da funcionalidade. Cumpre salientar que o Brasil assinou acordo, juntamente com outros países, comprometendo-se a adotar oficialmente esta nova referência a partir do ano de 2004 (VEET, 2003, p. 182).

A adoção da CIF não elimina o uso do CID, como destaca Rizzo, que assim se expressou: “A informação sobre o diagnóstico, associada à informação sobre a funcionalidade, permite uma visão mais ampla da realidade da pessoa, o que facilita a decisão sobre o tipo de intervenção a ser realizada”. Vale a pena repetir sua comparação: “É como se o CID fosse uma fotografia e a CIF um filme” (VEET, 2003, p.182).

Em 22 de dezembro de 2005, foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto nº 5.626 que regulamenta a Lei nº 10.436/02 – Lei de LIBRAS, destacando, para a área da saúde, o Capítulo VII que se refere à garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva. O artigo 25 enuncia:

“A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS - e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir a atenção integral à saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando:

I – ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva;

II – tratamento clínico e atendimento especializado, respeitando as especificidades de cada caso;

IX – atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS ou para sua tradução e interpretação; e

X – apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de LIBRAS e sua tradução e interpretação” (BRASIL, 2005)

Nesta linha de ação o Ministério da Saúde elaborou, em 2006, o manual *A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde*, destinado aos médicos, enfermeiros e outros profissionais da equipe de saúde, no qual propõe a inclusão social das pessoas com deficiência como meta mais abrangente. Entre as informações contidas neste manual destaca-se a seguinte: “A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão”(BRASIL, 2006).

CONTEXTO DO ESTADO DE GOIÁS

A educação formal da pessoa surda no Estado de Goiás iniciou-se em 1955 no município de Goiânia, com a criação do Instituto Pestalozzi de Goiânia, que, na década de 1960, possuía mais de 50 alunos surdos. Eles costumavam reunir-se nos intervalos, inclusive com outras pessoas surdas que não estudavam no instituto, para conversarem. Assim surgiram os sinais da primeira comunidade surda do Estado de Goiás (ASG, 2000, p. 7).

Em 1975, foi publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás a criação da Associação de Surdos de Goiânia (ASG), desenvolvendo a princípio atividades esportivas. Na década de 1990 conseguiram instalar-se em sede própria, fundando a Escola Especial Elysio Campos, ampliando assim suas atividades e colocando à disposição das pessoas surdas, serviços de fonoaudiologia, psicologia, assistência social, cursos de informática, marcenaria, serigrafia, costura e outros (ASG, 2000, p. 7).

No ano 2000, a ASG contava com mais de 500 sócios filiados, mas, como entidade filantrópica aberta à comunidade surda, assistia aproximadamente 5.000 pessoas deficientes auditivas (ASG, 2000, p. 7).

Em 2006, as pessoas surdas já contavam com diversas instituições educacionais e de habilitação e/ou reabilitação no estado de Goiás entre as quais destaca-se: Centro Estadual de Apoio ao Deficiente do Estado de Goiás (CEAD), Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) e a Universidade Católica de Goiás, situadas no município de Goiânia. Há ainda a Vila São José Bento Cottolengo, que está situada no município de Trindade.

Diante de tais conquistas, novos paradigmas precisam ser abordados na área de saúde numa perspectiva que define a surdez não somente como um impedimento auditivo, mas considerando a posição das pessoas surdas em termos culturais e lingüísticos.

1.4 ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS DA COMUNIDADE SURDA

Os estudos culturalistas sobre surdez elegeram a língua de sinais como fator primordial da cultura surda, sendo respaldado pela lingüística que a considera língua materna da comunidade surda, apresentando todas as características que lhe conferem o valor de língua. Estabeleceram, assim, as fronteiras políticas do movimento cultural dos surdos (DINIZ, 2003).

A história social da surdez retrata o quanto o surdo e mais recente sua comunidade têm sido submetidos ao controle dos profissionais da saúde e da sociedade ouvinte, exatamente por desafiarem os limites normativos do normal e do patológico. Para a comunidade surda, o problema de comunicação da pessoa surda não é de origem orgânica e sim, social e cultural. Argumentam que estariam sendo considerados deficientes pelo simples fato de não usarem a mesma língua da comunidade majoritária, no caso a língua oral-auditiva (SACKS, 1998, p. 221).

O movimento culturalista dos surdos tem se fortalecido conforme os países regulamentam o uso da língua de sinais como língua oficial da comunidade surda, diferente do passado quando pessoas surdas chegavam a serem exterminadas, consideradas indesejadas pela sociedade. Nos dias atuais, pelas técnicas de mapeamento genético, é possível à pessoas surdas optarem pela escolha de embriões surdos, descartando embriões ouvintes. Defendem esta postura pela adequação familiar e cultural, fato que deixou perplexa a comunidade científica, pois não imaginavam que os avanços científicos pudessem ser usados para este fim (DINIZ, 2003).

Jeff McWhinney, diretor executivo da Associação Britânica de Surdos, fez o seguinte pronunciamento relativo ao tema genética e surdez: “... a comunidade surda é uma comunidade orgulhosa de si. Orgulhosa de sua cultura, orgulhosa de sua história e orgulhosa de sua linguagem. Nós temos direitos de ser orgulhosos. Nós sobrevivemos a várias tentativas estigmatização, de opressão e mesmo de eliminação de todos nós” (DINIZ, 2003).

Dentre os conflitos da bioética surge o dilema da opção da comunidade surda por embriões surdos, garantindo assim o exercício da autonomia reprodutiva, mas ferindo princípios de justiça social e de não-maleficência.

A linguagem é um instrumento de comunicação de grande importância no atendimento das pessoas surdas e a elas não pode ser negado o direito de usufruir os benefícios de uma língua. Aceitar a diferença do surdo em relação a outras pessoas e conviver com a diversidade humana é um desafio proposto à sociedade, incluindo o adequado atendimento na área da saúde (STEINBERG et al., 2006).

A população de surdos é um grupo heterogêneo e inclui pessoas que têm vários graus de perda auditiva, utilizam-se de diversos meios para se comunicar e pertencem a diferentes culturas (MEADOR; ZAZOVE, 2005). Para o atendimento à pessoa surda torna-se importante conhecer estas diferenças que influenciarão no seu encontro com o profissional da saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o encontro entre pacientes surdos que utilizam a língua de sinais e os profissionais da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar a produção científica sobre a comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde e o atendimento prestado à população surda.
- Identificar e analisar a produção científica que aborda os aspectos legais e socioculturais da relação do paciente surdo com o médico.
- Identificar as expectativas do paciente surdo que usa língua de sinais em sua relação estabelecida com os profissionais da saúde;
- Identificar os meios de comunicação usados no encontro entre paciente surdo e profissional da saúde;
- Identificar as expectativas do paciente surdo quando busca um serviço de saúde, com ou sem a presença de um intérprete.

3. PUBLICAÇÕES

Artigo 1 - Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde

Artigo aceito à publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP

Autores

Neuma Chaveiro

Maria Alves Barbosa

Celmo Celeno Porto

Artigo 2 – Relação do paciente surdo com o médico

Artigo aceito à publicação na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia

Autores

Neuma Chaveiro

Celmo Celeno Porto

Maria Alves Barbosa

Artigo 3 – Encontro do paciente surdo que usa língua de sinais com os profissionais da saúde

Artigo submetido à Revista de Saúde Pública

Autores

Neuma Chaveiro

Maria Alves Barbosa

Celmo Celeno Porto

3.1 ARTIGO 1

Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde

Autores

Neuma Chaveiro

Maria Alves Barbosa

Celmo Celeno Porto

Artigo aceito à publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP, ISSN 0080-6234. Circulação Internacional, Qualidade C, Área de Avaliação: Medicina II. (Aceite do periódico, Anexo – 2).

**REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO PELOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE.**

**LITERATURE REVISION ABOUT THE ATTENDANCE OF DEAF PACIENT BY
HEALTH PROFESSIONALS**

**REVISIÓN DE LITERATURA SOBRE LA ATENCIÓN AL PACIENTE SORDO POR LOS
PROFESIONALES DE SALUD.**

¹Neuma Chaveiro

²Maria Alves Barbosa

³Celmo Celeno Porto

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.

Fonoaudióloga do CEAD – Centro Estadual de Apoio ao Deficiente do Estado de Goiás.

Intérprete da LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais.

²Professora Adjunta III, Doutora docente da Faculdade de Enfermagem – UFG – Universidade Federal de Goiás.

³Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - UFG.
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.

Nome para correspondência:

Neuma Chaveiro

Av. K, esq.c/ 6-A, nº 138, Aptº 101, Ed. Sandalo. Setor Aeroporto – Goiânia – GO

CEP: 74.075-200

Fone: (0XX) 62 – 3223-0571

Email: neumachaveiro@ig.com.br

Maria Alves Barbosa

Email: malves@ih.com.br

Celmo Celeno Porto

Email: celeno@cardiol.br

RESUMO

O objetivo deste estudo de revisão sistemática da literatura é analisar e identificar a comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde, bem como investigar a assistência oferecida. Foram utilizadas as bases de dados informatizadas para a coleta de dados, tendo como palavras-chave os termos “paciente”, “surdo” e “comunicação”. Os resultados foram agrupados em três categorias: comunicação, formação dos profissionais da saúde e aspectos legais. A categoria comunicação aborda barreiras comunicativas, linguagem escrita e a presença do intérprete. Na segunda categoria o foco está na formação dos profissionais referentes à comunidade surda. A terceira categoria relata os aspectos legais no atendimento ao paciente surdo. A revisão mostrou que há barreiras de comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde e que o atendimento é um desafio para ambos, ressalta também a necessidade de formação sobre o paciente surdo.

DESCRITORES: Comunicação, Surdez, Linguagem de sinais, Relações profissional-paciente.

ABSTRACT

The purpose of this organized literature revision is to analyze and identify the communication between deaf patient and health professional as well as to investigate the assistance offered. The computerized databases were used for the collection of data, having as keywords “patient”, “deaf person”, “communication” and “health”. The results were grouped in three categories: communication, health professional formation and legal aspects. The communication category deals with communicative barriers, written language and the presence of the interpreter. In the second category the focus is the formation of the professional relating to deaf community. The third category reports the legal aspects in the attendance of deaf patient. The revision showed that there are communication barriers between deaf patient and health professional and the attendance is a challenge for both. It stood out the necessity of formation about deaf patient.

KEY WORDS: Communication, Deafness, Sign language, Professional-patient relations.

RESUMEN

El objetivo de este estudio de revisión sistemática de la literatura es analizar e identificar la comunicación entre paciente sordo y el profesional de la salud, como también investigar la asistencia ofrecida. Fueron utilizadas las bases de datos informatizadas para la colecta de

datos, teniendo como palabra-clave los términos “paciente”, “sordo” y “comunicación”. Los resultados fueron agrupados en tres categorías: comunicación, formación de los profesionales de salud y aspectos legales. La categoría comunicación aborda barreras comunicativas, lenguaje escrito y la presencia del intérprete. En la segunda categoría el foco está en la formación de los profesionales con referencia a la comunidad sorda. La tercera categoría relata los aspectos legales en la atención al paciente sordo. La revisión mostró que hay barreras de comunicación entre el paciente sordo y el profesional de salud y que la atención es un desafío para ambos, se resalta también la necesidad de formación sobre el paciente sordo.

DESCRIPTORES: Comunicación, sordera, Lenguaje de signos, Relaciones profesional-paciente.

INTRODUÇÃO

O censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / 2000) revela que há no Brasil 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Destes, 16,7% apresentam deficiência auditiva, ou seja, existem no Brasil 5.735.099 (cinco milhões setecentos e trinta e cinco mil e noventa e nove) surdos. Levando-se em conta o crescimento anual da população, teríamos, a cada ano, no Brasil, aproximadamente 93.295 (noventa e três mil duzentas e noventa e cinco) crianças com surdez ⁽¹⁾.

A surdez era, antigamente, algo discriminador, os indivíduos surdos considerados dignos de pena e vítimas da incompreensão de toda a sociedade e até mesmo da própria família ⁽²⁾. Contudo essa visão vem se modificando e, atualmente, é discutida por profissionais de diversas áreas do conhecimento.

Helen Keller que ficou surda-cega desde os 19 meses de idade, considerava que ser surdo é pior do que ser cego, porque ser cego isola a pessoa das coisas, mas ser surdo isola a pessoa das outras pessoas. Ela nasceu em 1880, escreveu vários livros e ficou famosa em virtude do livro “The World I Live In”, publicado em 1914 ⁽³⁾.

Vale ressaltar o fato da surdez causar tantas conseqüências, embora a pessoa surda tenha um meio de comunicação espaço-visual tão competente quanto o oral-auditivo, utilizado pelas pessoas ouvintes. O problema de comunicação do indivíduo surdo não é orgânico e sim social e cultural.

A relação dos profissionais de saúde com pacientes que têm audição em níveis normais é estabelecida pelo código verbal, mecanismo normalmente não utilizado pelos

pacientes surdos, que recorrem à linguagem de sinais para se comunicar ⁽⁴⁾. Elas são de modalidade espaço-visual, pois os signos compartilhados são recebidos pelos olhos e sua produção realizada pelas mãos no espaço. São reconhecidas como línguas pela lingüística, que lhes atribui o conceito de língua natural e não as considera como problema do surdo ou como patologia da linguagem ⁽²⁾.

As línguas de sinais estão presentes nos cinco continentes, mas não são universais, cada uma tem sua própria estrutura gramatical, sendo que com as línguas de sinais é possível expressar qualquer conceito complexo, sutil ou abstrato. As línguas de sinais são um sistema lingüístico altamente estruturado e tão complexo como as línguas faladas, estruturando-se neurologicamente nas mesmas áreas cerebrais das línguas orais ⁽⁵⁻⁶⁾.

Para a pessoa surda, o meio de comunicação utilizado pelo meio que a cerca, não se apresenta como um recurso que vem facilitar seu intercâmbio com o mundo, mas um obstáculo que precisa transpor com dificuldades para chegar ao mundo social de forma efetiva ⁽⁷⁾.

Diante de todo o complexo que envolve a relação entre paciente surdo e profissional da saúde, surgem duas questões: sendo a comunicação uma ferramenta essencial nos mais variados procedimentos na área da saúde, como os profissionais interagem com os pacientes surdos? As barreiras de comunicação que surgem entre duas línguas diferentes, a língua de sinais e a língua oral, comprometem a qualidade da assistência oferecida à população surda? A proposta deste estudo é responder a essas perguntas investigando a produção científica, com o objetivo de identificar e analisar estudos sobre a comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde e o atendimento prestado à população surda.

METODOLOGIA

Artigo de revisão sistemática da literatura cuja busca foi realizada em janeiro de 2007 na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, utilizando-se as bases de dados da Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Literatura Internacional (MEDLINE), Saúde na Adolescência (ADOLEC) e Base de dados de Enfermagem (BDENF).

Na base de dados MEDLINE, optou-se pela revisão no período de 1996 a 2006, foi utilizada a pesquisa estruturada por meio do formulário básico com os termos “paciente”, “surdo” e “comunicação” como palavras-chave. Foram encontrados um total de 65 artigos.

Nas bases LILACS, ADOLEC e BDENF, optou-se pela revisão de literatura sem restrição de período e procedeu-se a uma pesquisa estruturada utilizando o formulário básico com os mesmos termos usados anteriormente. Foram encontradas na LILACS um total de 5 artigos, sendo que 1 se repete na MEDLINE. Na ADOLEC e BDENF foram identificados 2 artigos em cada, sendo que eles se repetiam na LILACS e MEDLINE.

Todos os 70 artigos foram lidos para identificação dos objetivos propostos e excluídos 16 artigos da MEDLINE, 2 da LILACS que abordavam aspectos terapêuticos e cirúrgicos. Consoante com os objetivos do estudo encontramos 51 artigos.

Realizou-se também busca em sítios na Internet de organizações que trabalham com a comunidade surda. Os dados encontrados deram origem a três categorias temáticas: comunicação, formação dos profissionais da saúde e aspectos legais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhos foram agrupados em três categorias temáticas: comunicação, formação dos profissionais da saúde e aspectos legais. Na primeira categoria (comunicação) foram selecionados trabalhos sobre barreiras comunicativas, linguagem escrita, comunicação não-verbal e a presença do intérprete da língua de sinais como mediador. Na segunda categoria (formação dos profissionais) foram selecionados trabalhos que discutiam a importância de programas e formação dos profissionais e estudantes a cerca da identidade e aspectos socioculturais da comunidade surda. Na terceira categoria (aspectos legais) foram selecionados trabalhos que relatavam os aspectos legais no atendimento ao paciente surdo.

Os 51 artigos selecionados de acordo com objetivos propostos deste estudo, foram agrupados nas categorias abaixo, podendo um artigo estar incluso em mais de uma categoria.

Quadro 1 – distribuição dos artigos publicados na MEDLINE e LILACS, segundo as categorias estabelecidas:

Fonte de indexação / categorias	Comunicação	Formação	Aspectos legais
MEDLINE	35	20	12
LILACS	2	1	-
Total de artigos	37	21	12

Apesar do significativo número (51) de trabalhos publicados no período estudado, sobre a comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde e a assistência prestada a essa população, a produção científica brasileira é ainda muito incipiente constando apenas 2 trabalhos.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos publicados sobre o atendimento do paciente surdo pelos profissionais da saúde. De acordo com o ano (1996-2006) e o país de publicação na MEDLINE e de acordo com o idioma publicado (s.d.) na LILACS.

País - Idioma / ano	1992	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
E.U.A.	-	04	02	-	06	05	-	05	01	03	02	02	30
Inglaterra	-	01	01	01	02	01	-	01	-	01	03	01	12
Escócia	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Suíça	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
Arábia Saudita	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
França	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
Alemanha	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01	-	02
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
Português	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
Espanhol	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Total	01	05	03	01	08	09	01	06	03	04	06	04	51

No resultado apresentado a seguir é importante ressaltar que a revisão da literatura serviu como um balizador para a construção do texto, dentro das categorias temáticas já mencionadas.

COMUNICAÇÃO

A comunicação é uma importante ferramenta para os profissionais da saúde no diagnóstico e no tratamento, pois faz parte deles instruções verbais de variados

procedimentos, cujo resultado pode ser comprometido pela não compreensão das partes envolvidas⁽⁸⁻¹⁰⁾.

As pesquisas mostram a necessidade de uma melhor comunicação dos profissionais com os pacientes surdos, no entanto a comunicação com as pessoas surdas continua negligenciada nos sistemas de saúde^(8,10-11). Por isso, a linguagem não-verbal é um recurso de comunicação que precisa ser conhecido e valorizado na prática das ações em saúde⁽¹²⁾. Mesmo que não se conheça a língua de sinais, é fundamental interpretar seus aspectos suprassegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais⁽¹³⁾.

A comunicação não-verbal é de extrema importância no atendimento aos pacientes e permite a excelência do cuidar em saúde, o profissional que a reconhece adequadamente remete significados aos sinais não-verbais dos pacientes favorecendo a interação^(12,14).

Comparando-se as pessoas surdas e as que ouvem, verificam-se claramente suas particularidades, que são fundamentais na intervenção com pacientes surdos. Não é possível generalizar os surdos, como se todos fossem iguais, pois há diferenças em termos sensoriais e comunicativos⁽¹⁵⁾.

Fatores que devem ser considerados nessa população incluem o grau da perda auditiva, a época em que ocorreu o déficit auditivo, as preferências lingüísticas, assim como questões psicológicas e sócio-culturais⁽⁷⁾.

Alguns estudos têm como suporte equivocado considerar que as pessoas são semelhantes, não observando na prática a sua diversidade, pois cada paciente é um caso, portanto generalizar os estudos e canalizar como se todos fossem um, é, no mínimo, uma ingenuidade. Para evitar esta postura é necessário que o profissional da saúde deixe de considerar apenas a doença e se aplique em cuidar de uma pessoa que, circunstancialmente, está doente e que é única⁽¹⁶⁾.

Imagina-se que a presença do intérprete nos serviços de saúde solucionaria todos os problemas de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, entretanto, verifica-se que nem sempre é assim que ocorre. A atuação do intérprete pode melhorar, mas não é decisiva para um atendimento de qualidade⁽¹⁷⁾. Os surdos valorizam a presença do intérprete, mas com algumas ressalvas: desconfiança, constrangimento de se expor frente ao intérprete, sentimento de piedade e dificuldade de encontrar intérpretes disponíveis^(14,18).

Como os surdos com freqüência não apresentam problema visual, a escrita poderia ser uma alternativa, mas na realidade não é assim; isto porquê, para eles, a língua oral-auditiva do

seu país é uma segunda língua, e como qualquer língua estrangeira, seu aprendizado é difícil. Desde modo, a escrita não é o caminho para melhorar o atendimento ⁽¹⁴⁾.

O sucesso na comunicação com os pacientes surdos depende das características individuais de cada pessoa surda e, em relação às necessidades comunicativas, eles podem ser divididos em três categorias:

1. **Pessoas com dificuldades de audição** e que lingüisticamente ainda se beneficiam do código verbal.
2. **Pessoas surdas que se comunicam oralmente**, que por sua vez, podem ser divididas em dois grupos: a) adultos que perderam a audição; b) crianças surdas que foram educadas numa linha oralista.
3. **Pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais** que perderam a audição antes dos três anos de idade, ou seja, no período de aquisição da linguagem verbal, e tiveram como meio de comunicação a língua de sinais ⁽⁹⁾.

A população de surdos é um grupo heterogêneo e inclui pessoas que têm vários graus de perda auditiva, utilizam-se de diversos meios para se comunicar e pertencem a diferentes culturas ⁽⁸⁾. No atendimento ao paciente surdo torna-se importante conhecer essas diferenças que influenciarão no vínculo estabelecido.

A barreira de comunicação que dificulta ou até impede a interação entre surdos e profissionais de saúde só pode ser superada quando se encontram formas de interação, única maneira de se garantir uma assistência de boa qualidade ⁽⁵⁻⁶⁾.

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Há muitas barreiras no atendimento ao paciente surdo, destacando-se as dificuldades lingüísticas, falta de confiança no mundo dos que ouvem, atribuir aos surdos baixa inteligência comparando-os com deficientes mentais e falta de acesso dos surdos às informações preventivas ⁽¹⁹⁾. As pessoas surdas têm também pouco conhecimento da assistência em saúde, incluindo menor compreensão dos programas preventivos como HIV/AIDS e visitam com menor frequência os médicos, comparados com as pessoas que ouvem ^(8,20-21).

O encontro com o paciente surdo pode ser esporádico, mas o desafio para os profissionais da saúde está além dos serviços especializados. Habilidades no trabalho com pessoas que não partilham a língua oral e apresentam cultura própria não são rotineiramente

ensinadas, por isso os profissionais podem não estar preparados para o encontro com o paciente surdo⁽²²⁻²⁴⁾.

Para o profissional de saúde uma efetiva comunicação com seus clientes propicia um atendimento de melhor qualidade^(5,25-26), portanto a capacitação dos profissionais da saúde, para atender esses pacientes é uma necessidade urgente, uma formação que contemple os métodos de comunicação, cultura surda, noções básicas de língua de sinais e leitura-labial e como se posicionar frente ao atendimento do surdo, assegura o acesso aos cuidados de saúde^(19,21,23,27-28).

Estudos mostram que para trabalhar com grupos minoritários é essencial compreender sua cultura, a população surda que usa a língua de sinais, é lingüística e culturalmente um grupo minoritário,^(24,29) mas a maioria dos cursos na área de saúde caracterizam a surdez apenas como condição patológica não compreendendo a população surda como um grupo minoritário⁽²³⁾.

A comunidade surda é composta por pessoas que usam a língua de sinais como primeiro meio de comunicação, possuem sentimento de pertencimento à cultura surda, com características únicas, linguagem e normas sociais. Diferem-se de outras deficiências em virtude dos processos comunicativos e não pela deficiência física⁽⁶⁾.

Estudos culturalistas sobre surdez elegeram a língua de sinais como fator primordial da cultura surda, sendo respaldado pela lingüística que a considera língua materna da comunidade surda, apresentando todas as características que lhe confere o valor de língua. Estabelece assim as fronteiras políticas do movimento cultural dos surdos⁽²⁹⁾.

ASPECTOS LEGAIS

A partir de uma visão inclusiva a Organização Mundial de Saúde apresentou em 2003 um novo modelo de avaliação das deficiências, Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF. Até então as pessoas com deficiências eram avaliadas apenas pelos parâmetros do Código Internacional de Doenças - CID. O CID faz aferição sob o ângulo da enfermidade e o CIF realiza sua avaliação a partir da funcionalidade. A adoção do CIF não elimina o uso do CID. Cumpre salientar que o Brasil assinou acordo, juntamente com outros países, comprometendo-se a adotar oficialmente esta nova referência a partir do ano de 2004⁽³⁰⁾.

Admitindo-se a complexidade da relação do médico com pacientes surdos, torna-se necessário conhecer os aparatos legais que a regem, bem como compreender a identidade da

pessoa surda e os fatores culturais que caracterizam a comunidade surda, sendo estes os diferenciais essenciais na qualidade dos serviços prestados a essa população⁽³¹⁾.

A partir do momento em que os países têm reconhecido oficialmente a língua de sinais como língua natural da comunidade surda, o profissional da saúde está sendo requisitado pela lei para assegurar efetivo atendimento a população surda^(10-11,32). De acordo com o Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, que regulamenta a lei nº 10.436/02 – Lei da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, destaca para a área da saúde o Capítulo VII da garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva, neste Decreto o artigo 25 enuncia:

“A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS - e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir a atenção integral à saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando:

IX – atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de LIBRAS ou para sua tradução e interpretação; e

X – apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de LIBRAS e sua tradução e interpretação”⁽³³⁾.

Nesta linha de ação o Ministério da Saúde elaborou o manual “*A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde*”, destinado aos médicos, enfermeiros e outros profissionais das equipes de saúde, no qual propõe a inclusão social das pessoas com deficiência como meta mais abrangente. Entre as informações contidas neste manual destaca-se a seguinte: “A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão”⁽³⁴⁾.

A aprovação da Lei Federal nº 10.436/02 resultou da luta da comunidade surda brasileira que utiliza a língua de sinais. Cabendo às instituições públicas oportunizar programas que visem à formação dos profissionais da área de saúde no atendimento e tratamento dos pacientes surdos⁽³⁵⁾.

A Língua de Sinais não é uma escolha, é a língua da comunidade surda. O acesso à informação nesta língua não está bem definido, pois existem barreiras que dificultam a

compreensão das doenças e as decisões referentes a saúde ^(31,36). Estudo realizado nos Estados Unidos, verificou-se que os pacientes surdos preferem ser atendidos por médicos que sabem a Língua de Sinais ou médicos que são surdos ^(31,36).

CONCLUSÃO

A revisão de literatura mostrou que as barreiras de comunicação entre paciente surdo e profissional da saúde, podem colocar em risco a assistência prestada, podendo prejudicar o diagnóstico e o tratamento.

Os estudos demonstraram que é fundamental conhecer as particularidades culturais e lingüísticas da comunidade surda de modo a favorecer a interação entre paciente e profissional, reduzindo significativamente o desconforto de ambos nos encontros clínicos.

Durante a leitura dos artigos científicos verificamos que o atendimento do paciente surdo é um desafio para os profissionais da saúde e para o próprio surdo pois a comunicação verbal não é um recurso que facilita o intercâmbio da pessoa surda com o mundo, mas, pelo contrário, um obstáculo que ela precisa transpor para chegar ao mundo social de forma efetiva.

As pesquisas sugerem, principalmente as instituições acadêmicas, oportunizar estudos com questões referentes ao atendimento do paciente surdo, reconhecendo que estar diante de uma pessoa surda não implica apenas constatar um déficit auditivo, mas envolve também aspectos socioculturais e legais.

Sugere-se a realização de estudos referentes ao atendimento do paciente surdo na área da saúde, haja vista o número reduzido de publicações científicas no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro 2000. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>. [acesso em 10 Jan 2006].
2. Sacks O. Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos. Trad. de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
3. Reis VPF. A linguagem e seus efeitos no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança surda. Rev. Espaço: Informativo técnico-científico do INES. 1997;6(1):23-39.

4. Lezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med.* 2004;140(5):356-62.
5. Barbosa MA, Oliveira MA, Siqueira KM, Damas KCA, Prado MA. Linguagem Brasileira de Sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2003;11(3):247-51.
6. Allen B, Meyers N, Sullivan J, Sullivan M. American Sign Language and End-of-life care: Research in the deaf community. *E C Forum.* 2002;14(3):197-208.
7. Cardoso AH, Rodrigues KG, Bachion MM. Perception of with severe or profound deafness about the communication process during health care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(4):553-60.
8. Meador HE, Zazove P. Health care interactions with deaf culture. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(3):218-22.
9. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education. *Acad Med.* 2002;77(7):694-700.
10. Ralston E, Zazove P, Gorenflo DW. Physicians' attitudes and beliefs about deaf patients. *J Am Board Fam Pract.* 1996;9(3):167-73.
11. Hudson R. Including deaf patients in the conversation. *Fam Pract Manag.* 2004;11(6):37-40.
12. Silva MF, Silva MJP. A auto-estima e o não-verbal dos pacientes com queimaduras. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):206-16.
13. Chaveiro N, Barbosa MA. A surdez, o surdo e seu discurso. *Rev Eletron de Enferm [periódico online].* 2004; 6(2). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. [acesso em 15 Jan 2007].
14. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(4):417-22.
15. Hindley P. Psychiatric aspects of hearing impairments. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(1):101-17.
16. Porto CC, Teixeira CMFS. Linguagem dos órgãos e comunicação médico-paciente. *J Bras Med.* 2005;89(1):21-3.
17. Jeffrey D, Austen S. Adapting de-escalation techniques with deaf service users. *Nurs Stand.* 2005;19(49):41-17.

18. Martin SE, Irwin J. The use of sign language interpreting services by medical staff in Dundee. *Health Bull (Edind)*. 2000;58(3):186-91.
19. Steinberg AG, Wiggins EA, Barmada CH, Sullivan VJ. Deaf women: experiences and perceptions of healthcare system access. *J Womens Health (Larchmt)*. 2002;11(8):729-41.
20. Tucker BP. Access to health care for individuals with hearing impairments. *Houst Law Rev*. 2000;37(4):1101-62.
21. Bat-Chava Y, Martin D, Kosciw JG. Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*. 2005;17(5):623-34.
22. Porter A. Sign-language interpretation in psychotherapy with deaf patients. *Am J Psychother*. 1999;53(2):163-76.
23. Witte TN, Kuzel AJ. Elderly deaf patient' health care experiences. *J Am Board Fam Pract*. 2000;13(1):17-22.
24. Barnett S. Cross-cultural communication with patients who use American Sign Language. *Fam Med*. 2002;34(5):376-82
25. Strachan J. The sound barrier. *Nurs Stand*. 1999;13(25):24.
26. McAleer M. Communicating effectively with deaf patients. *Nurs Stand*. 2006;20(19):51-4.
27. Hines J. Communication problems of hearing-impaired patients. *Nurs Stand*. 2000;14(19):33-7.
28. Pollard RQ. Professional psychology and deaf people. The emergence of a discipline. *Am Psychol*. 1996;51(4):389-96.
29. Stebnicki JA, Coeling HV. The culture of the deaf. *J Transcult Nurs*. 1999;10(4):350-7.
30. Veet V. *Mídia e deficiência – série diversidade*. Brasília: Fundação Banco do Brasil; 2003.
31. Raifman LJ, Vernon M. New rights for deaf patients; new responsibilities for mental hospitals. *Psychiatr Q*. 1996;67(3):209-20.
32. Herring R, Hock I. Communicating with patients who have hearing loss. *N J Med*. 2000;97(2):45-9.
33. Brasil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. *Diário Oficial da União (Brasília, DF)*, 23 dez 2005.

34. Ministério da Saúde. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília – DF: Editora MS; 2006.
35. Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS). LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais. Disponível em: <http://www.feneis.br/> [acesso em 10 Jan 2007].
36. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. J Gen Intern Med. 2006;21(3):260-6.

3.2 Artigo 2

Relação do paciente surdo com o médico

Autores

Neuma Chaveiro

Celmo Celeno Porto

Maria Alves Barbosa

Artigo aceito à publicação na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, ISSN 0034-7299. Circulação Nacional, Qualidade A, Área de Avaliação: Medicina II. (Aceite do periódico, Anexo – 3).

RELAÇÃO DO PACIENTE SURDO COM O MÉDICO

RELATION OF THE DEAF PATIENT WITH THE DOCTOR

¹Neuma Chaveiro

²Celmo Celeno Porto

³Maria Alves Barbosa

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Fonoaudióloga do Centro Estadual de Apoio ao Deficiente do Estado de Goiás. Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

²Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFG. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.

³Professor Adjunto III, Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da UFG.

Instituição onde o trabalho foi realizado:

Universidade Federal de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Endereço: 1ª Avenida S/N – Setor Universitário – Goiânia – Goiás

Nome para correspondência:

Neuma Chaveiro

Av. K, esq. c/ 6-A nº 138, Aptº 101, Ed. Sândalo. Setor Aeroporto – Goiânia – GO

CEP: 74075-200

Fone: (0XX) 62 – 3223-0517/ 9983-1780

Fax (62) 3209-6151

Email: neumachaveiro@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: o objetivo deste estudo é analisar os aspectos legais e socioculturais da relação do paciente surdo com o médico.

MÉTODO: Foram utilizadas as bases de dados informatizadas para a coleta de dados, no período de 1996 a 2006, tendo como palavras-chave os termos “paciente”, “surdo”, “comunicação” e “saúde”. Realizou-se também busca não sistemática em publicações científicas referentes ao tema proposto.

RESULTADOS: Foram agrupados em duas categorias: *A comunicação do paciente surdo com o médico ouvinte* que trata das barreiras no atendimento ao paciente surdo e a importância da comunicação não-verbal na assistência à saúde. *O surdo, sua língua e a relação médico - paciente* que aborda as características da Língua de Sinais, como fator essencial da identidade surda, tendo como respaldo constitucional a Lei Federal nº 10.436/02.

CONCLUSÃO: Os pacientes surdos e os médicos quando se encontram, deparam-se com barreiras comunicativas que comprometem o vínculo a ser estabelecido e a assistência prestada, podendo interferir no diagnóstico e no tratamento. Ficou clara a necessidade das instituições públicas oportunizarem programas que visem à formação dos profissionais da área de saúde para adequada assistência aos pacientes surdos. Compreender as várias questões que envolvem o atendimento à pessoa surda pode favorecer a interação entre paciente e profissionais, reduzindo significativamente o desconforto de ambos nos encontros clínicos.

UNITERMOS: Comunicação, Surdez, Pessoas com insuficiência auditiva, Linguagem de sinais, Relações médico - paciente.

SUMMARY

BACKGROUND: the objective of this study is to analyze the legal and sociocultural aspects of the relation of the deaf patient with the doctor.

METHODS: The databases had been used computerized for the collection of data, in the period of 1996 to 2006, having as keyword the terms "patient", "deaf person", "communication" and "health". A not systematic search had been realized in scientific publications relating to the considered expression.

RESULTS: They had been grouped in two categories: *The communication of the deaf patient with the doctor listener* who deals with the barriers in the attendance to the deaf patient and the importance of the not verbal communication in the assistance the health. *The deaf person, its language and the doctor-patient's relation* that approaches the characteristics of the language of signals, as essential factor of the deaf identity, having as constitutional endorsement the Federal Law number 10.436/02.

CONCLUSIONS: The deaf patients and the doctors, when they meet each other, they come across communicative barriers that compromise the bond to be established and the given assistance, and it may interfere with the diagnosis and the treatment. It was clear the necessity of the public institutions to create programs that aim the formation of health area professionals for the appropriate assistance to the deaf patients. To understand the various questions that involve the attendance to the deaf person may encourage the interaction between patient and professionals and reduce significantly the discomfort of both in the clinical meetings.

KEY WORDS: Communication, Deafness, Hearing impaired persons, Sign language, Physician – Patient Relations.

INTRODUÇÃO

O censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / 2000) revela que há no Brasil 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Destes, 16,7% apresentam deficiência auditiva, ou seja, existem no Brasil 5.735.099 (cinco milhões setecentos e trinta e cinco mil e noventa e nove) surdos.¹

Problemas de comunicação interpessoal estão presentes em todo sistema de saúde e tornam-se mais significantes quando englobam barreiras de linguagem e cultura. A comunidade surda, que utiliza a língua de sinais como meio de comunicação, encontra obstáculos no acesso aos serviços do setor de saúde.²

A palavra comunicar vem do latim “comunicare”, que tem por significado “por em comum”. Ela pressupõe entendimento entre as partes envolvidas. Daí a pertinência de duas questões: em relação aos pacientes surdos, os médicos conseguem compreender suas expressões não-verbais? Os indivíduos surdos compreendem as informações do médico?

As informações recebidas pelos pacientes colaboram na relação médico – paciente, diminuem a sensação de isolamento e aumentam a satisfação e a participação no tratamento. Comunicar as questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento é um dever dos médicos e um direito dos pacientes.³⁻⁴

A relação dos médicos com seus pacientes que não têm deficiência auditiva geralmente é estabelecida pelo código verbal, mecanismo habitualmente não utilizado pelos pacientes surdos. Diante disso surge a necessidade de recorrerem a um outro canal para se expressar, representado pela Língua de Sinais.⁵ Contudo, esta linguagem quase sempre não é compreendida por aqueles que lhes prestam assistência na área de saúde. Analisar o processo de construção das formações discursivas, os vínculos estabelecidos e investigar as relações que ocorrem neste cenário, torna-se imprescindível para viabilizar um atendimento adequado, do ponto de vista técnico e humano.

A partir de uma visão inclusivista a Organização Mundial de Saúde apresentou em 2003 um novo modelo de avaliação das deficiências, Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF. Até então as pessoas com deficiências eram avaliadas apenas pelos parâmetros do Código Internacional de Doenças - CID. O CID faz aferição sob o ângulo da enfermidade e o CIF realiza sua avaliação a partir da funcionalidade. Cumpre salientar que o Brasil assinou acordo, juntamente com outros países, comprometendo-se a adotar oficialmente esta nova referência a partir do ano de 2004.⁶

A adoção do CIF não elimina o uso do CID, como destaca Rizzo⁶ que assim se expressou: “A informação sobre o diagnóstico, associada à informação sobre a funcionalidade, permite uma visão mais ampla da realidade da pessoa, o que facilita a decisão sobre o tipo de intervenção a ser realizada”. Vale a pena repetir sua comparação: “É como se o CID fosse uma fotografia e a CIF um filme”.

Admitindo-se a complexidade da relação do médico com pacientes surdos, torna-se necessário conhecer os aparatos legais que a regem, bem como compreender a identidade da pessoa surda e os fatores culturais que caracterizam a comunidade surda, sendo estes os diferenciais essenciais na qualidade dos serviços prestados a essa população.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo é analisar a produção científica que aborda os aspectos legais e socioculturais da relação do paciente surdo com o médico em publicações que integram a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS.

MÉTODOS

Esta revisão foi realizada em junho de 2006 na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, utilizando-se as bases de dados da Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Literatura Internacional (MEDLINE). O período avaliado foi de 1996 a 2006, utilizando-se os termos “paciente”, “surdo”, “saúde” e “comunicação” como palavras-chave. Realizou-se também busca não sistemática em publicações científicas referentes ao tema relação médico - paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunicação do paciente surdo com o médico ouvinte

Pacientes surdos utilizam o sistema de saúde de modo diferente dos pacientes ouvintes e relatam dificuldades representadas por medo, desconfiança e frustração. A consequência é buscarem assistência médica com menos frequência.⁷ Isso fica evidente no depoimento de uma paciente que assim se expressou: “*Tive medo de não ser compreendida, tive que esperar mais ou menos 5 dias para minha mãe chegar e ir comigo ao médico*”.

É inegável a necessidade de uma melhor comunicação dos médicos com os pacientes surdos, no entanto a comunicação com as pessoas surdas continua negligenciada nos sistemas de saúde.⁸ Por isso, a linguagem não-verbal é um recurso de comunicação que precisa ser

conhecido e valorizado na prática das ações em saúde. Mesmo que não se conheça a Língua de Sinais, é fundamental interpretar seus aspectos suprasegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais.⁹ Outra paciente abordou esta questão da seguinte maneira: *“Seria bom se os profissionais da saúde soubessem a Língua de Sinais. A doença muitas vezes não pode esperar até que se consiga um intérprete, o quadro pode se agravar. Foi o que aconteceu comigo”*.

Em geral os médicos não estão suficientemente preparados para o cuidar do paciente surdo, pois na formação acadêmica o currículo não contempla as habilidades necessárias para atender essa população.¹⁰ Sem dúvida, uma efetiva comunicação com pacientes surdos é primordial na área de saúde, isto porque uma comunicação inadequada pode levar a erros no diagnóstico das doenças e no tratamento.¹¹

A especialização crescente dos médicos resulta na fragmentação do paciente, dando origem à separação entre a medicina das doenças e a medicina dos doentes, fazendo com que o paciente receba assistência de vários profissionais sem formar vínculos com nenhum deles. Afinal o ser humano não é a soma de suas partes, pelo contrário, é uma unidade da qual o ser biológico, psíquico e social não podem ser separados.¹²

Cumprе ressaltar que a língua escrita poderia ser uma maneira de superar a dificuldade na assistência a pacientes deficientes auditivos ou pessoas surdas que se comunicam oralmente, mas esta é imprópria para os indivíduos que ficaram surdos antes da aquisição da linguagem oral e aprenderam a Língua de Sinais como primeira língua.¹⁰ Para estas pessoas, o português é uma segunda língua, e como qualquer língua estrangeira, seu aprendizado é difícil.⁹ Tal fato fica claro na observação de um paciente que assim se expressou na Língua de Sinais: *“O médico escreve a hora que tem que tomar remédio, isso é fácil. Difícil é entender as explicações da doença, para que serve o remédio”*.

A competência para estabelecer uma comunicação eficiente, respeitando as diferenças culturais, deve incluir os aspectos da comunicação não-verbal e habilidades de perceber e decodificar a mensagem transmitida pelo paciente.⁴ Um dos maiores fatores que interferem na qualidade e adequação da assistência prestada pelos profissionais da saúde aos pacientes surdos, é a não consciência de quem é a pessoa surda, associado a inabilidade de uma comunicação não-verbal.¹³

Experiências relatadas pelos pacientes que buscam assistência em saúde, mostram que acompanhados de intérpretes, médicos que sabem a Língua de Sinais ou se esforçam para melhorar a comunicação, usando figuras, desenhos e expressões não verbais, melhoram a qualidade da assistência à saúde.⁷

O surdo, sua língua e a relação médico - paciente

A surdez caracteriza-se pela redução da percepção do som, em grau variado, o que dificulta a aquisição da linguagem oral de forma natural. Aí, então, a comunidade surda passa a usar a língua de sinais como primeiro meio de comunicação, sendo este um dos fatores que desperta o sentimento de pertencimento a uma cultura, embora nem todas as pessoas surdas se consideram membros de uma comunidade, com características únicas, linguagem e normas sociais. Um fato a ser ressaltado é que a surdez distingue-se de outras deficiências, não pela deficiência física propriamente dita, mas pela dificuldade de estabelecer comunicação entre pessoas.¹⁴

Para vencer estas barreiras surgiram as Línguas de Sinais, presentes nos cinco continentes. No Brasil a LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) foi reconhecida como meio legal de comunicação e expressão da comunidade surda pela Lei Federal nº 10.436/02. Em 22 de dezembro de 2005, foi publicado no Diário Oficial da União o Decreto nº 5.626 que a

regulamenta. Destacaremos o artigo 25 do Capítulo VII que garante a saúde das pessoas surdas:

“A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS - e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir a atenção integral à saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando:

I – ações de prevenção e desenvolvimento de programas de saúde auditiva;

II – tratamento clínico e atendimento especializado, respeitando as especificidades de cada caso;

IX – atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS e das empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e

X – apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação”.¹⁵

Nesta linha de ação o Ministério da Saúde elaborou o manual “A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde”, destinado aos médicos, enfermeiros e outros profissionais das equipes de saúde, no qual propõe a inclusão social das pessoas com deficiência como meta mais abrangente. Entre as informações contidas neste manual destaca-se a seguinte: **“A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão”.**¹⁶

A aprovação da Lei Federal nº 10.436/02 resultou da luta da comunidade surda brasileira que utiliza a língua de sinais. Cabendo às instituições públicas oportunizar programas que visem à formação dos profissionais da área de saúde no atendimento e tratamento dos pacientes surdos.¹⁷

A Língua de Sinais não é uma escolha, é a língua da comunidade surda. O acesso à informação nesta língua não está bem definido, pois existem barreiras que dificultam a compreensão das doenças e as decisões referentes a saúde.¹⁸ Em estudo realizado nos Estados Unidos, verificou-se que os pacientes surdos preferem ser atendidos por médicos que sabem a Língua de Sinais ou médicos que são surdos.⁷

Comunicando-se por uma língua espaço-visual e com características culturais próprias, as pessoas surdas podem apresentar significantes lacunas no conhecimento na área da saúde.¹⁹ Para exemplificar esta dificuldade, destacamos a seguinte manifestação de um paciente surdo: “*A comunicação é difícil entre os profissionais da saúde, falta compreender melhor o surdo, só dar receita, não resolve*”.

CONCLUSÃO

Esta revisão mostrou que pacientes surdos e médicos quando se encontram deparam-se com barreiras comunicativas que comprometem o vínculo a ser estabelecido e a assistência prestada, podendo prejudicar o diagnóstico e o tratamento.

Em primeiro lugar é necessário conhecer as particularidades da identidade e da cultura surda de modo a propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas e favorecer a relação entre paciente surdos e médicos.

Como determina a Lei de LIBRAS 10.436/02, os direitos da comunidade surda precisam ser resguardados, assegurando a formação dos profissionais da área de saúde na adequada assistência a esta parcela significativa da população.

Conhecer e compreender as várias questões que envolvem o atendimento à pessoa surda vai favorecer a interação entre pacientes e médicos, reduzindo significativamente o desconforto de ambos no encontro clínico.

Pode-se concluir que são necessários estudos na área de saúde referentes a assistência ao paciente surdo, haja visto a escassez de material bibliográfico e de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro 2000. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>. [acesso em 10 Jun 2006].
2. Folkins A, Sadler GR, Ko C, Branz P, Marsh S, Bovee M. Improving the deaf community's access to prostate and testicular cancer information: a survey study. *BMC Public Health*. 2005;5(1):63.
3. Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Antonio RO, et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev Assoc Med Bras* 2004;50(1):41-7.
4. Filho EJS. A interação médico-cliente. *Rev Assoc Med Bras* 1998;44(1):35-42.
5. Lezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med*. 2004;140(5):356-62.
6. Veet V. Mídia e deficiência – série diversidade. Brasília: Fundação Banco do Brasil; 2003.
7. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):260-6.
8. Meador HE, Zazove P. Health care interactions with deaf culture. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(3):218-22.
9. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):417-22.
10. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: A guide for medical education. *Acad Med*. 2002;77(7):694-700.

11. U.S. Department of Justice: Communicating with people who are deaf or hard of hearing in hospital setting. Disponível em: <http://www.ada.gov> [acesso em ago 2006].
12. Porto CC, Teixeira CMFS. Linguagem dos órgãos e comunicação médico-paciente. *J Bras Med.* 2005;89(1):21-3.
13. McAleer M. Communicating effectively with deaf patients. *Nurs Stand.* 2006;20(19):51-4.
14. Fellingner J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(9):737-42.
15. Brasil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. *Diário Oficial da União (Brasília, DF)*, 23 dez 2005.
16. Ministério da Saúde. *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.* Brasília – DF: Editora MS; 2006.
17. Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS). *LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais.* Disponível em: <http://www.feneis.br/> [acesso em 29 Jun 2006].
18. Allen B, Meyers N, Sullivan J, Sullivan M. American Sign Language and End-of-life care: Research in the deaf community. *H E C Forum.* 2002;14(3):197-8.
19. Margellos-Anast H, Hedding T, Perlman T, Miller L, Rodgers R, Kivland L, et al. Developing a standardized comprehensive health survey for use with deaf adults. *Am Ann Deaf.* 2005;150(4):388-96.

3.3 Artigo 3

Encontro do paciente surdo que usa língua de sinais com os profissionais da saúde

Autores

Neuma Chaveiro

Maria Alves Barbosa

Celmo Celeno Porto

Artigo submetido à publicação na Revista de Saúde Pública, ISSN 0034-8910. Circulação Internacional, Qualidade B, Área de Avaliação: Medicina II. (Declaração de submissão do artigo ao periódico, Anexo – 4).

**ENCONTRO DO PACIENTE SURDO QUE USA LÍNGUA DE SINAIS COM OS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

**MEETING OF DEAF PATIENT WHO USES SIGN LANGUAGE WITH HEALTH
PROFESSIONALS**

¹Neuma Chaveiro

²Maria Alves Barbosa

³Celmo Celeno Porto

Titulação:

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Fonoaudióloga do Centro Estadual de Apoio ao Deficiente do Estado de Goiás. Intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

²Professor Adjunto III, Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

³Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Universidade Federal de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Endereço: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás: 1ª Avenida, s/n, Setor Leste Universitário, Goiânia – Go, CEP: 74605-020

Nome para correspondência:

Neuma Chaveiro

Av. K, esq. c/ 6-A, nº 138, aptº 101, Ed. Sândalo. Setor Aeroporto, Goiânia – GO, CEP: 74075-200

Fone: (0XX62) - 3223-0517/ (62) 9983-1780 , Fax: (0XX62) - 3209-6151

Email: neumachaverio@hotmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o encontro entre pacientes surdos que utilizam a língua de sinais e os profissionais da saúde.

MÉTODO: Estudo de natureza descritivo-analítica, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma escola, onde estudam alunos surdos. Participaram da pesquisa 11 pessoas surdas, todas elas utilizavam a língua de sinais para se comunicarem.

RESULTADOS: Identificaram-se três categorias: Comunicação Estabelecida, Presença do Intérprete e Falta de Autonomia. Na primeira categoria destacaram-se duas subcategorias: facilidades e dificuldades. Como aspecto facilitador surgiram os recursos visuais, e como dificultador ineficiência na comunicação, podendo chegar ao extremo de sentirem-se impedidos de buscar assistência. Outras dificuldades foram a língua escrita e profissionais não capacitados para atendê-los. Na categoria Presença do Intérprete apresentou como destaque a complexidade que envolve o encontro com a presença deste mediador. Em alguns momentos sua presença é valorizada, enquanto, em outros, torna-se uma barreira. Na Falta de Autonomia, verificou-se que os direitos dos pacientes surdos não estão sendo respeitados, ficando à parte nas decisões, tomadas principalmente pela família.

CONCLUSÃO: Os pacientes surdos deparam-se com muitas barreiras no encontro com os profissionais da saúde desde o agendamento, o momento do encontro, até os desdobramentos decorrentes e, em muitos relatos, verificou-se que eles não conseguem resolver seus problemas, não compreendem o porquê das atitudes tomadas pelos profissionais, sentindo-se excluídos, não

respeitados em sua autonomia. Portanto, uma participação efetiva dos pacientes surdos nos encontros clínicos necessita especial atenção por parte dos profissionais da saúde.

DESCRITORES: Surdez, Relações profissional-paciente, Comunicação, Linguagem de sinais, Pessoas com insuficiência auditiva, Relações médico-paciente, Audiologia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the meeting of deaf patient who uses sign language and health professionals.

METHODS: Study of descriptive-analytical nature, with qualitative approach, developed in a school where deaf students go to. Eleven deaf people participated in this research and all of them use sign language to communicate.

RESULTS: Three categories had been identified: Established Communication, Interpreter Presence and Lack of Autonomy. In the Established Communication, two sub-categories had been distinguished: facilities and difficulties. As facilitator aspects the visual resources were distinguished and as difficulty the inefficiency in the communication, even reaching the extreme of feeling hindered to search assistance. Other difficulties were the written language and not capable professionals to attend. The category Interpreter Presence showed the complexity of the meeting with the presence of this mediator. In some moments his presence is valued, while in others it is a barrier. In Lack of Autonomy, their rights haven't been respected and they stay apart from the decisions taken mainly by the family.

CONCLUSIONS: Deaf patient face a lot of barriers in the meeting with health professionals, since the appointment, the moment of the meeting, until the decurrent unfoldings. And in many stories it was verified that they can't solve their problems and can't understand the reason of the attitudes of the professionals, so they feel excluded not respected in their autonomy. Therefore an effective participation of the deaf patient in clinical meetings requires special attention from the health professionals.

KEYWORDS: Deafness, Professional-patient relations, Communication, Sign language, Hearing impaired persons, Physician-patient relations, Audiology.

INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) / 2000 revelam que existem no Brasil 24,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Destes, 16,7% apresentam deficiência auditiva, ou seja, existem no Brasil 5.735.099 (cinco milhões setecentos e trinta e cinco mil e noventa e nove) pessoas surdas.¹ Esta parcela significativa da população busca atendimento em todos os locais em que é prestada assistência à saúde no país.

Há dois modos distintos para compreender a surdez. Um deles, conhecido como clínico-terapêutico ou oralista, no qual a surdez é vista como doença/déficit, adotando, neste caso, como paradigma, o trabalho de reabilitação oral para as pessoas surdas, com o objetivo de suprir ou sanar a falta de audição. Na concepção oralista as línguas faladas, como o Português ou o Inglês, possuem status elevado, enquanto a Língua de Sinais é tida como inferior e somente deve ser ensinada ao surdo adulto que não tenha sucesso no modelo oralista.²

A concepção oposta à filosofia oralista é a visão sócio-antropológica que utiliza o termo “surdo” para se referir a qualquer pessoa que não ouve, independente do grau da perda auditiva. Esta visão define surdez como diferença e as pessoas surdas como membros de uma comunidade minoritária, com características culturais e lingüísticas próprias. Optar por este paradigma significa, portanto, reconhecer a língua de sinais como língua natural da comunidade surda e aceitá-la como forma legítima de aquisição e troca de conhecimentos da pessoa surda.²

Outras concepções precisam ser consideradas na área de saúde, numa perspectiva que define a surdez não somente como um impedimento auditivo, mas considerando a posição das pessoas surdas que definem-se em termos culturais e lingüísticos.

As Línguas de Sinais, ao contrário do que muitos imaginam, não são simplesmente mímicas e gestos soltos, utilizados pelos surdos para facilitar a comunicação. É correto atribuir às línguas de sinais o status de língua porque elas apresentam estruturas gramaticais próprias e alcançam a complexidade existente em qualquer língua falada, contendo todos os níveis lingüísticos: fonológico, morfológico, sintático, semântico e pragmático.³

As Línguas de Sinais não são universais, cada país possui a sua, sujeita às influências da cultura nacional, além de agregar valores regionais que diferem em cada região, ou seja, incorpora os regionalismos, o que a legitima ainda mais como língua. A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), teve sua origem na Língua de Sinais Francesa⁴ e foi reconhecida como meio legal de comunicação e expressão da comunidade surda, pela Lei Federal nº 10.436/02 e regulamentada pelo Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005.⁵ A partir do momento em que os países reconhecem oficialmente a língua de sinais como língua natural da comunidade surda, os profissionais da saúde passam a ser solicitados a se prepararem para dar efetivo atendimento à população surda.⁶

A comunicação é um direito essencial do ser humano e foram anos de luta para que os surdos tivessem este direito reconhecido, garantindo a eles direito às informações em qualquer segmento da sociedade. No entanto, de

maneira geral, o meio de comunicação utilizado pela comunidade surda ainda não é compreendido pelos que lhes prestam assistência na área da saúde.⁷

Além do mais, a LIBRAS permite ao surdo sua inclusão social, mas, para que isso aconteça, é preciso que os profissionais da área da saúde também reconheçam este direito essencial para que possam assisti-los adequadamente.⁸

Ainda é possível perceber um distanciamento entre paciente surdo e profissional de saúde em um momento fundamental como o encontro clínico com prejuízos para ambos, sendo agravado quando o paciente se comunica pela língua de sinais.

Cumprе salientar que, quando um paciente surdo busca os serviços de um profissional da área de saúde, ocorre um encontro clínico atípico, que não se enquadra nos padrões habituais, existindo dificuldades de se estabelecer um vínculo adequado. Daí a necessidade de analisar esta relação do ponto de vista do paciente surdo que utiliza a língua de sinais. Questionando quais as expectativas do paciente surdo quando procura assistência na área da saúde; como a comunicação é estabelecida (fala, escrita, gestos, leitura labial, intérprete da língua de sinais) e como o paciente surdo, usuário da língua de sinais, se faz compreender?

OBJETIVO GERAL

- Analisar o encontro entre pacientes surdos que utilizam língua de sinais e os profissionais da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as expectativas do paciente surdo que usa língua de sinais em sua relação estabelecida com os profissionais da saúde;
- Identificar os meios de comunicação usados no encontro entre paciente surdo e profissional da saúde;
- Identificar as expectativas do paciente surdo quando busca um serviço de saúde, com ou sem a presença de um intérprete.

REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria de Vygotsky⁹ foi escolhida como referencial teórico deste estudo por ser um ponto de referência na área da deficiência, incluindo a surdez. A partir de uma perspectiva histórico-cultural, Vygotsky desenvolveu uma teoria geral do desenvolvimento humano e aplicou seus princípios na área da deficiência denominada por ele de defectologia, área que inclui todas as questões relativas aos deficientes: seu desenvolvimento, a formação dos profissionais que atuam nesta área e os métodos utilizados na educação. Na defectologia a deficiência é vista como uma variação particular ou tipo especial de desenvolvimento, e não uma variante quantitativa da normalidade.⁹

Vygotsky percebeu que os maiores problemas dos sujeitos com deficiência não eram de cunho biológico, mas social. Assim, também, a natureza dos processos compensatórios para o desenvolvimento da criança com deficiência deveria ser social e não, biológico.⁹ Assumindo esta concepção teórica, entendemos que a constituição do paciente surdo depende menos dos fatores orgânicos em si e mais dos modos pelos quais as relações sociais são estabelecidas.

Recorrendo aos fundamentos da teoria histórico-cultural, estaremos olhando para o paciente surdo enquanto sujeito interativo que se constitui nas relações sociais, incluindo o encontro do paciente surdo com os profissionais da saúde, a linguagem que usada nesta relação e os vínculos estabelecidos.

A princípio Vygotsky valorizava a língua oral na educação dos surdos, mas torna-se importante contextualizar que, nas décadas de vinte e trinta, quando ele realizou suas pesquisas com os surdos, imperava a filosofia

oralista. Talvez sob esta influência defendeu a língua oral como única forma do surdo atingir o pleno desenvolvimento humano: “de todos os métodos de ensino, o método oral é o que mais contradiz a natureza do surdo, mas nenhum método está em condições de devolver o surdo à sociedade humana como pode fazer o método oral”.⁹

Em 1930, Vygotsky⁹ mudou sua forma de pensar acerca da língua de sinais, denominada por ele de mímica, e passou a percebê-la como língua. Mesmo usando o termo mímica, ele disse:

A luta da linguagem oral contra a mímica, apesar de todas as boas intenções dos pedagogos, como regra geral, sempre termina com a vitória da mímica, não porque precisamente a mímica, do ponto de vista psicológico, seja a linguagem verdadeira do surdo-mudo, nem porque a mímica seja mais fácil, como dizem muitos pedagogos, senão porque a mímica é uma língua verdadeira em toda a riqueza de sua importância funcional e a pronúncia oral das palavras formadas artificialmente está desprovida de toda sua riqueza vital e é só uma cópia sem vida da linguagem viva.

Atribui-se a Vygotsky, além de ter desenvolvido a teoria sobre a linguagem e pensamento, também ser o primeiro autor a considerar a língua de sinais como própria dos surdos: “os hábitos da mímica e dos gestos estão tão arraigados que a linguagem oral não pode lutar contra eles”.⁹

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é de natureza descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, considerada a mais apropriada para esta pesquisa por privilegiar significados, experiências, motivos, sentimentos, atitudes e valores dos sujeitos envolvidos, num espaço mais profundo das relações, considerando como objeto de estudo pessoas pertencentes à determinada condição social, com suas crenças, valores e significados.¹⁰

Esta abordagem identifica-se com o tipo de problema deste estudo, uma vez que se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado e possibilita conhecer a maneira que as pessoas pensam e reagem frente a determinadas questões.¹¹

Este modo de conduzir a pesquisa caracteriza-se como um método de compreensão e de reflexão sobre um determinado tema. Para Minayo¹⁰

interessa, em estudos com segmentos sociais especiais, trabalhar com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos. Sua fala não apenas informa sobre o que é real do seu ponto de vista, mas também, valora, julga e estabelece prioridades e projeta seu social.

Portanto, a abordagem qualitativa possibilita a reflexão de questões que nos inquietam e que descrevemos neste estudo, sendo que muitas delas podem ser explicitadas a partir dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa que,

submetidos à análise, trazem significados que auxiliam na compreensão da problemática levantada. Trabalhamos, portanto, com experiências pessoais e relatos individuais dos pacientes surdos.

DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Escola Especial Maria Lúcia de Oliveira, situada no município de Goiânia, estado de Goiás, Brasil. A escola é a única no estado em que a inclusão aconteceu de forma inversa, primeiramente foi destinada a alunos surdos, passando, a partir de 2002, a receber também alunos ouvintes.

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SURDOS ENTREVISTADOS

A população deste estudo foi constituída por 11 alunos surdos, sendo 8 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com idades entre 19 e 36 anos, com predomínio de 26 a 30 anos. Foi definido, como critério para inclusão, ter perda auditiva, idade superior a 18 anos e utilizar a língua de sinais como meio de comunicação.

A utilização destes critérios de inclusão buscou atender às especificidades da pesquisa qualitativa, pois, para Minayo¹⁰, “numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou representação”.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada no período de agosto a outubro de 2006. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada com questões que abordavam as expectativas do paciente surdo quanto ao encontro com os profissionais da saúde, os meios de comunicação utilizados nesse encontro, a presença do intérprete da LIBRAS como mediador e o que julga necessário para favorecer uma boa relação.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, que é intérprete da LIBRAS. Em virtude das características da língua de sinais foi necessário filmar a coleta de dados, buscando garantir o registro correto dos depoimentos. As fitas tipo Video Home System (VHS), contendo os dados coletados, serão mantidas sob a guarda da pesquisadora responsável pelo projeto durante o período de cinco anos, de acordo com a resolução do CNS 196/96 e, posteriormente, serão destruídas.¹²

As línguas de sinais apresentam modalidade sinalizada e escrita. A reprodução na forma sinalizada, em geral, é feita por vídeo, em razão de sua produção ser espaço-visual, já a modalidade escrita ainda é pouco difundida, mesmo na comunidade surda. Por isto nas transcrições dos depoimentos optou-se pela tradução da LIBRAS para a língua portuguesa escrita, realizada pela própria pesquisadora.

Foi utilizada a letra inicial da palavra sujeito (S), seguidos dos números das entrevistas para identificação dos relatos (S1, S2, S3 etc.).

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática, proposta por Bardin¹³, que “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.”

Pela análise categórica, realizou-se primeiramente, na pré-análise, uma leitura flutuante do texto que permitiu fazer a seleção do *corpus*. Após esta etapa, iniciou-se o processo de exploração do material, onde os dados foram organizados e reunidos em unidades que permitiram a visualização do conteúdo explorado.

Tivemos três ações neste momento:

1. Escolha das unidades de registros: com unidades que demonstram o conteúdo explorado;
2. Seleção das regras de contagem: obedecendo a presença, intensidade, ausência, frequência, direção, ordem de aparição e co-ocorrência para se estabelecer relações;
3. Categorização temática: incluiu a seleção das unidades de registro pelo recorte e pela codificação do *corpus*. Por meio desta divisão tais unidades foram agrupadas semanticamente, estabelecendo, quando necessário, a formação de subcategorias e a partir de inferências os núcleos de sentido foram apontados.¹³

Neste trabalho utilizamos principalmente a escolha das unidades de registro e a categorização.

O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte semântica que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. O tema geralmente é utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.¹³

O número de pacientes surdos não foi pré-determinado, de acordo com o método adotado. Foram realizadas onze entrevistas, observando a ocorrência de repetição dos conteúdos, evidenciando, assim, sua saturação, que, segundo Praça e Silva¹¹, “significa que há dados suficientes para a compreensão de todos os aspectos do fenômeno estudado”.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Nº 126/05.

Foi realizado um esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e todos os sujeitos do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e só participaram aqueles que concordaram, assinando o referido termo, tal como recomenda a Resolução de 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas permitiram identificar três categorias temáticas que emergiram das falas: Comunicação Estabelecida, Presença do Intérprete e Falta de Autonomia. A categoria Comunicação Estabelecida está dividida em duas subcategorias: facilidades e dificuldades. A partir de inferências os núcleos de sentido foram apontados como podemos visualizar nos quadros abaixo:

COMUNICAÇÃO ESTABELECIDA

1. Facilidades

Quadro 1 – Categoria temática **COMUNICAÇÃO ESTABELECIDA** com a subcategoria temática **facilidade** e os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

CATEGORIA	Sub Categoria	Núcleos de sentido	Depoimentos dos sujeitos da pesquisa
COMUNICAÇÃO ESTABELECIDA	FACILIDADES	Sabe LIBRAS	<p><i>“Tem uma médica ginecologista, minha esposa consulta com ela, sabe LIBRAS” (S3).</i></p> <p><i>“Já fui ao dentista sozinho, ela sabe LIBRAS, por isso não precisei ir com minha mãe” (S7).</i></p>
		Recursos visuais	<p><i>“Se o surdo não fala um desenho, uma figura pode ajudar” (S3)</i></p>

Os pacientes surdos relataram pontos positivos no encontro com os profissionais de saúde que favoreceram uma assistência com qualidade satisfatória, especialmente quando os profissionais comunicam-se pela LIBRAS ou utilizam recursos visuais.

Segundo Chaveiro & Barbosa⁸, a linguagem não-verbal é um componente que precisa ser conhecido e valorizado nas práticas das ações em saúde. Para compreender o paciente surdo, mesmo que não se conheça a língua de sinais, é fundamental saber interpretar seus aspectos supra-segmentais (gestos, expressões faciais e corporais). É condição essencial para se estabelecer uma efetiva comunicação com pacientes surdos.

Bosi & Uchimura¹⁴ ressaltam que, nas relações interpessoais, a comunicação estabelecida não pode ser reduzida à fala. O diálogo é considerado uma atitude para com o outro e pressupõe encontro.

2. Dificuldades

Quadro 2 – Categoria temática **COMUNICAÇÃO ESTABELECIDADA** com a subcategoria temática **dificuldade** e os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

Categoria	Sub Categoria	Núcleos de sentido	Depoimentos dos sujeitos da pesquisa
COMUNICAÇÃO ESTABELECIDADA	DIFICULDADES	Acesso na área de saúde	<i>“Tenho vontade de ir ao dermatologista, cuidar da pele, mas desisti porque não é fácil conseguir ajuda” (S2)</i>
		Visualizar a face	<i>“Fui ao dentista sozinha, ela falava e eu não entendia nada, estava usando máscara, pedi para ela retirasse a máscara, mesmo assim não entendi não entendi, nada” (S1).</i>
		Problemas emocionais	<i>Quando fui dar à luz, ninguém explicou nada, estava com as mãos imobilizadas e eu precisava delas para me comunicar. Queria saber o que estavam falando, gostaria de ter um intérprete. Não sabia porque foi necessário fazer cesárea. Na hora que meu bebê nasceu, não levaram para eu ver, nada. Queria ver o rosto, mas não vi nada” (S9).</i>
		Prescrição médica	<i>“Os profissionais da saúde não conseguem explicar. Um dia levei minha filha ao médico, ela estava vomitando muito, ele disse para dar remédio, não entendi como, a que horas, que quantidade” (S10). “Tinha medo de comprar, tomar remédio errado” (S4).</i>
		Escrita	<i>“Tenho dificuldades com o português, não gosto de escrever e o médico tem letra feia, usa palavras difíceis, eu não entendo nada. O nome dos órgãos do corpo é difícil” (S4). “Uma vez o médico me passou injeção, eu não entendi, me assustei quando fui à farmácia e vi que era injeção” (S8).</i>
		Formação do profissional da saúde	<i>“O profissional da saúde precisa conhecer um pouco sobre quem é a pessoa surda. Nem todos são iguais. Mesmo entre nós existem diferenças importantes” (S3)</i>

Verifica-se, no núcleo de sentido, acesso na área de saúde, que a barreira de comunicação entre pacientes surdos e profissionais da saúde é tão grave que pode impedir o acesso deste paciente ao sistema de saúde, como explicitou o sujeito da pesquisa. A dificuldade de ser compreendido foi relatada também pela impossibilidade de visualizar a face do profissional da saúde.

Quando os pacientes surdos necessitam ou desejam se comunicar com um profissional da saúde e não conseguem, isso ocasiona problemas, até mesmo emocionais, pela ineficiência desta comunicação, como expressou o paciente surdo no núcleo de sentido, problemas emocionais.

Para Meador & Zazove¹⁵, a maioria das pessoas surdas não se expressa verbalmente, como é o caso da população deste estudo, por isto o risco de acontecer uma comunicação fragmentada pode levar a conseqüências graves. A dificuldade de comunicação pode colocar em risco o diagnóstico e a proposta terapêutica indicada para cada paciente surdo, daí a necessidade de minimizar estas barreiras, conforme descrito no núcleo de sentido, prescrição médica.

Outra dificuldade encontrada pelos pacientes surdos foi a escrita, porque as estruturas gramaticais das línguas orais diferem da língua de sinais. Para eles, o português é uma segunda língua e tal, como para qualquer língua estrangeira, seu aprendizado é difícil.⁸ Isto explica porque os surdos compreendem a língua escrita com dificuldade, especialmente os termos usados na área da saúde¹⁵, como foi expresso nos depoimentos.

De acordo com McAleer¹⁶, para o profissional de saúde, uma efetiva comunicação com seus clientes propicia atendimento de melhor qualidade.

Portanto, como afirma Barnett¹⁷, a capacitação dos profissionais da saúde, para atender estes pacientes é uma necessidade urgente, incluindo uma formação que contemple a cultura surda, noções básicas da língua de sinais e como se posicionar frente ao atendimento do surdo, para assegurar a eles acesso aos cuidados de saúde. Tal posição ficou evidente no depoimento de um sujeito da pesquisa, descrito no núcleo de sentido, formação do profissional da saúde.

PRESENÇA DO INTÉRPRETE

Quadro 3 – Categoria temática **PRESENÇA DO INTÉRPRETE** com os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

CATEGORIA	Núcleos de sentido	Depoimentos dos sujeitos da pesquisa
PRESENÇA DO INTÉRPRETE	Valor da presença	<p><i>“O intérprete é importante porque explica para o surdo. É importante uma pessoa ouvinte porque, quando a secretária nos chama, ele escuta” (S10).</i></p> <p><i>“Acho que, com o intérprete, entende-se tudo” (S1).</i></p>
	Não têm tempo	<p><i>“Intérprete é bom, mas não têm tempo, por isso vou sozinho” (S6).</i> <i>“Estou preocupado com minha saúde, tenho medo de morrer, já fui à Associação dos Surdos, pedi um intérprete, mas nunca estão disponíveis. Quero um intérprete que me acompanhe” (S5).</i></p>
	Constrangimento	<p><i>“Com intérprete é bom, mas fico inseguro, com medo de fofoca” (S7).</i> <i>“Se vou com um intérprete e tenho assunto confidencial, preciso ter paciência. Fazer o quê?” (S1).</i> <i>“Sinto, muitas vezes, humilhação em ir junto com intérprete” (S3).</i></p>

Rosa¹⁸ refere que o intérprete da LIBRAS diminui o bloqueio de comunicação que isolam surdos e ouvintes, colocando-se como intermediário entre os que ouvem e os que se expressam por meio de gestos, sinais e alfabeto manual.

De uma maneira geral nos depoimentos dos pacientes surdos, verificou-se que eles valorizaram a presença do intérprete, mesmo antes de iniciar o encontro clínico. No entanto, alguns pacientes surdos, embora ressaltando a presença do intérprete, descreveram dificuldades de encontrar intérpretes disponíveis e qualificados para atuar no contexto da saúde, mesmo com ajuda da Associação dos Surdos, como se pode verificar no núcleo de sentido, não têm tempo.

De acordo com McAleer¹⁶, alguns pacientes surdos usuários da Língua de Sinais Britânica, são relutantes quanto ao uso do intérprete, especialmente se ele conhece ou participa da comunidade surda na qual está inserido. Os surdos sentem-se ansiosos em relação a questões confidenciais, mas, sem um intérprete, ficam sem informações sobre decisões e condução da assistência a ser oferecida. Encontram-se relatos semelhantes aos surdos britânicos entre os pacientes deste estudo como descrito no núcleo de sentido, constrangimento.

Para Rosa¹⁸, ao analisar a presença de um intérprete de língua de sinais, verifica-se a complexidade que envolve esta ação, pois não é suficiente ser conhecedor da língua de sinais, mas é necessário, também, saber transmitir o conteúdo da mensagem. Na área de saúde existem muitos termos relacionados às especialidades e a linguagem técnica, muitas vezes, não é acessível aos intérpretes que não lidam com questões de saúde. Ao se

convocar um intérprete para esta função, torna-se necessário ressaltar a complexidade do encontro clínico que pode ser comprometido pela dificuldade de compreender o que o profissional de saúde tenta explicar.

FALTA DE AUTONOMIA

Quadro 4 – Categoria temática **FALTA DE AUTONOMIA** com os núcleos de sentido, incluindo, em cada coluna, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

Categoria	Núcleos de sentido	Depoimentos dos sujeitos da pesquisa
FALTA DE AUTONOMIA	Fica à parte	<p><i>“Minha mãe é quem conversa com o médico, não me explica nada. Fico de lado” (S1). “Fico parecendo bobo, minha mãe fica sabendo o que eu tenho, o médico dá a receita para minha mãe e pronto” (S7). “A minha irmã falou com os médicos, mas eu não sabia de nada” (S9).</i></p>
	Depende das pessoas	<p><i>“Nunca fui sozinho, sempre com minha mãe, ela explica para o médico e ele explica para ela” (S7).</i></p> <p><i>“Quando era jovem, meus pais iam comigo, agora que sou adulto, é difícil depender de outras pessoas” (S4).</i></p> <p><i>“Tenho fortes dores de cabeça, dói muito, tomo remédios, mas não resolve mais. Esta semana tive outra crise, mas não tinha ninguém para ir comigo. Minha irmã pensava que era mentira, só quando ela viu que eu realmente estava passando mal, foi que ela pegou o telefone e marcou uma consulta. Ela vai me acompanhar na consulta” (S2.)</i></p>

Para Diniz¹⁹, autonomia é a capacidade de uma pessoa decidir o que fazer ou buscar o que julga melhor para si mesma. Nos depoimentos dos pacientes surdos verifica-se que este princípio não está sendo respeitado, como se podem ver nos relatos do núcleo de sentido, fica a parte.

Respeitar a autonomia é preservar os direitos fundamentais do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe¹⁹, e os pacientes surdos deste estudo, representam um bom exemplo. Apesar de esmagados pela hegemonia ouvinte, reivindicam seus direitos e a expressam de diferentes modos, como descrito no núcleo de sentido, depende das pessoas.

A aliança terapêutica, sempre necessária para o êxito do tratamento, deve estar baseada no respeito ao princípio de autonomia que obriga o profissional de saúde a dar ao paciente a informação mais completa possível, com intuito de promover compreensão adequada.¹⁹

O princípio da autonomia na assistência ao paciente surdo não é respeitado, impedindo-o de agir intencionalmente e fazer sua própria escolha.

CONCLUSÃO

No que diz respeito à busca de assistência à saúde, verificou-se que o paciente surdo encontra muitas barreiras, tais como não ser compreendido, dificuldade de comunicação, podendo chegar ao extremo de sentir-se impedido de buscar assistência quando apresenta algum problema de saúde.

Para os pacientes surdos que participaram deste estudo, a comunicação é eficaz quando os sujeitos envolvidos comunicam-se pela língua de sinais ou utilizam expressões não verbais, mas são raros os profissionais da saúde que sabem a língua de sinais ou que aproveitam recursos visuais para facilitar a relação.

Verificou-se nos depoimentos a valorização do intérprete da língua de sinais, mas com ressalvas. A presença deste mediador é complexa, inclusive pela dificuldade em encontrar intérpretes disponíveis ou pela possibilidade de terem de expor assuntos confidenciais. Além disso, foi percebido que os pacientes surdos consideram que, muitas vezes, os intérpretes são movidos por um sentimento de piedade, sem terem plena consciência de sua função.

Os pacientes surdos não compreendem o porquê de algumas atitudes tomadas pelos profissionais, sentindo-se excluídos, não respeitados em sua autonomia, pois a maioria das informações é repassada aos familiares ou intérprete, deixando-os à parte.

A participação efetiva dos pacientes surdos no encontro clínico é uma questão que exige atenção por parte dos profissionais da saúde. Os dados obtidos no presente estudo podem contribuir para desmitificar concepções inadequadas sobre a pessoa surda, sua língua e cultura, apontar meios para

uma assistência de qualidade à população surda que comunica-se pela língua de sinais, estimular a implementação de programas que visem à formação dos profissionais da saúde acerca da singularidade do paciente surdo, bem como propiciar uma capacitação específica dos intérpretes da LIBRAS para atuar na área de saúde, assegurando, como determina a lei, os direitos da comunidade surda.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro 2000. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>. [2006 jan 10].
2. Allen B, Meyers N, Sullivan J, Sullivan M. American Sign Language and end-of-life care: research in the deaf community. *E C Forum*. 2002;14(3):247-51.
3. Quadros RM, Kanopp LB. Língua de sinais brasileira. Estudos lingüísticos. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Chaveiro N, Barbosa MA. A surdez, o surdo e seu discurso. *Rev Eletron de Enferm* [periódico on line]. 2004; 6(2). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. [2007 jan 15].
5. Brasil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 23 dez 2005.
6. Hudson R. Including deaf patients in the conversation. *Fam Pract Manag*. 2004;11(6):37-40.
7. Lezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Ann Intern Med*. 2004;140(5):356-62.
8. Chaveiro N, Barbosa MA. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):417-22.
9. Vygotsky, LS. Fundamentos de defectologia. Obras completas, Tomo 5. Habana: Pueblo Y Educación, 1989.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1992.

11. Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. In: Praça NS, Silva IA. Rigor na pesquisa qualitativa em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 5-13.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
14. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):150-3.
15. Meador HE, Zazove P. Health care interactions with deaf culture. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(3):218-22.
16. McAleer M. Communicating effectively with deaf patients. *Nurs Stand*. 2006;20(19):51-4.
17. Barnett S. Communication with deaf and hard-of-hearing people: a guide for medical education. *Acad Med*. 2002;77(7):694-700.
18. Rosa AS. A presença do intérprete de língua de sinais na mediação social entre surdos e ouvintes. In: Silva IR, Kuchakje S, Gesueli ZM. Cidadania, surdez e linguagem: desafios e realidades. São Paulo: Plexus Editora; 2003. p. 235-43.
19. Diniz D. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(1):175-81.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a revisão sistemática da literatura ficou comprovado que pacientes surdos e profissionais da saúde enfrentam barreiras comunicativas que comprometem o vínculo a ser estabelecido e a assistência prestada, podendo prejudicar o diagnóstico e o tratamento. Foram encontradas poucas pesquisas na literatura nacional abordando a relação paciente surdo e profissional da saúde. O trabalho de revisão sistemática da literatura resultou em dois artigos que foram aceitos para publicação.

O atendimento do paciente surdo é um desafio para os profissionais da saúde e para o próprio surdo, pois a comunicação verbal que seria um recurso que facilitaria o intercâmbio do paciente surdo com profissional é um obstáculo que precisa ser transposto. Portanto, é fundamental que o profissional conheça as particularidades culturais e lingüísticas da comunidade surda, de modo a propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas e favorecer as relações interpessoais com esse grupo.

As pesquisas, ainda escassas, demonstram a necessidade de estudos a serem realizados principalmente pelas instituições acadêmicas, com questões referentes ao atendimento do paciente surdo, reconhecendo que estar diante de uma pessoa surda não implica apenas constatar um déficit auditivo, mas envolve, também, aspectos socioculturais e legais.

A parte experimental da dissertação, descrita no terceiro artigo, foi fundamentada na teoria histórico-cultural formulada por Vygotsky e desenvolvida numa abordagem qualitativa, contou com uma amostra de 11 pacientes surdos que se comunicam pela língua de sinais. Os resultados indicaram que o paciente surdo encontra muitas barreiras, tais como não ser compreendido, não conseguir se comunicar, podendo chegar ao extremo de sentir-se impedido de buscar assistência quando apresenta algum problema de saúde.

Para os participantes do estudo, a comunicação é eficaz quando os sujeitos envolvidos comunicam-se pela língua de sinais ou utilizam expressões não-verbais, mas são raros os profissionais da saúde que sabem a língua de sinais ou que aproveitam recursos visuais para facilitar a relação.

Verificou-se nos depoimentos a valorização do intérprete da língua de sinais, mas com ressalvas. A presença deste mediador é complexa, tanto pela dificuldade em encontrar intérpretes disponíveis, pela possibilidade de expor assuntos confidenciais, como pelo não preparo para traduzir informações técnicas da área da saúde. Além disso, os pacientes surdos consideram que muitas vezes, os intérpretes são movidos por um sentimento de piedade, sem terem plena consciência de sua função.

Os pacientes surdos não compreendem o porquê de algumas atitudes tomadas pelos profissionais, sentindo-se excluídos, não respeitados em sua autonomia, pois a maioria das informações é repassada aos familiares ou intérprete, deixando-os à parte.

O encontro clínico com paciente surdo pode ser facilitado se as instituições acadêmicas oportunizarem aos alunos, futuros profissionais, uma formação incluindo as especificidades da pessoa surda, sua língua e cultura. A comunicação tradicional não tem sido suficiente para estabelecer os vínculos necessários, não responde às questões dos pacientes, sendo portanto ineficaz e podendo levar a erros no diagnóstico das doenças e no tratamento.

Os intérpretes da língua de sinais, não têm, ainda, uma formação adequada para atuarem na área de saúde. Esperamos que os cursos que estão sendo oferecidos nos níveis de graduação e pós-graduação, em todo Brasil, possam reverter este quadro, capacitando-os para uma atuação mais profissional; assim os pacientes surdos poderão usufruir, sem constrangimento e receio, da presença do profissional intérprete. Acatamos também, a sugestão de que o Governo, seja na esfera Municipal, Estadual ou Federal, disponibilize o trabalho de tradução da Língua Portuguesa para a LIBRAS, com profissionais capacitados para esta função.

Enfim, a participação efetiva dos pacientes surdos no encontro clínico é uma questão que exige atenção por parte dos profissionais da saúde. Os dados obtidos no presente estudo podem contribuir para desmitificar concepções inadequadas sobre a pessoa surda, sua língua e cultura e apontar meios para uma assistência de qualidade à população surda que comunica-se pela língua de sinais. Além disso podem estimular a implementação de programas que visem formação dos profissionais da saúde acerca da singularidade do paciente surdo, e propiciar uma capacitação específica aos intérpretes da LIBRAS para atuarem na área de saúde, assegurando, como determina a lei, os direitos da comunidade surda.

5. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE GOIÂNIA. **Manual da associação dos surdos de Goiânia**. Goiânia: Associação dos surdos de Goiânia, 2000. 7 p.

ALLEN, B.; MEYERS, N; SULLIVAN, J.; SULLIVAN, M. American Sign Language and end-of-life care: research in the deaf community. **E C Forum**. 2002;14(3):197-208.

BARBOSA, M. A.; OLIVEIRA, M. A, SIQUEIRA, K. M.; DAMAS, K. C. A.; PRADO, M. A. Língua Brasileira de Sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**. 2003;11(3):247-51.

BERNARDINO, E. L. **Absurdo ou lógica? A produção lingüística dos surdos**. Belo Horizonte: Profetizando Vida, 2000. 202 p.

BRASIL. **Decreto-lei** nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. 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. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 23 dez 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília – DF: Editora MS; 2006.

CARDOSO, A. H.; RODRIGUES, K. G.; BACHION, M. M. Perception of with severe or profound deafness about the communication process during health care. **Rev Lat Am Enferm**. 2006;14(4):553-60.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. A surdez, o surdo e seu discurso. **Rev Eletron de Enferm** [periódico online]. 2004; 6(2). <Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 25 out. 2006.

_____. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Rev Esc Enferm USP**. 2005;39(4):417-22.

DINIZ, D. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. **Cad. Saúde Pública**. 2003;19(1).

FEDERAÇÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS SURDOS. **LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais**. <Disponível em: <http://www.feneis.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2006.

FELIPE, T. A. A função do intérprete na escola na escolarização do surdo. In: VIII Seminário Nacional do INES. II Congresso Internacional do INES. **Anais do Congresso surdez e escolaridade: desafios e reflexões**. Rio de Janeiro: INES, 2003. 87-98.

FELLINGER, J.; HOLZINGER, D.; DOBNER, U.; GERICH, J.; LEHNER, R.; LENZ, G. et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2005;40(9):737-42.

GÓES, M. C. R. **Linguagem, surdez e educação**. Campinas: Autores Associados, 1999. 97 p.

GOLDFELD, M. A. Fundamentos em fonoaudiologia. Linguagem. In: _____. **Surdez**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 97-112.

_____. **Criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista**. São Paulo: Plexus, 1997. 169 p.

HUDSON, R. Including deaf patients in the conversation. **Fam Pract Manag**. 2004;11(6):37-40.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico Brasileiro. <Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>. Acesso em: 10 jan. 2006.

KOZLOWSKI, L. A proposta bilíngüe de educação do surdo. **Rev Espaço: Informativo técnico-científico do INES**. 1998;10(1):47-53.

LEZZONI, L. I.; O'DAY, B. L.; KILLEEN, M.; HARKER, H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. **Ann Intern Med**. 2004;140(5):356-62.

MEADOR, H. E.; ZAZOVE, P. Health care interactions with deaf culture. **J Am Board Fam Pract**. 2005;18(3):218-22.

QUADROS, R. M.; KANOPP, L. B. **Língua de sinais brasileira. Estudos lingüísticos**. Porto Alegre: Artmed; 2004. 221 p.

QUADROS, R. M. **Educação de surdos: a aquisição da linguagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 126 p.

RALSTON, E.; ZAZOVE, P.; GORENFLO, D. W. Physicians' attitudes and beliefs about deaf patients. **J Am Board Fam Pract**. 1996;9(3):167-73.

ROCHA, S. M. Tensões atuais no campo da educação de surdos: escola para todos ou escola para surdos – contribuições para um possível diálogo. **Rev Espaço: Informativo técnico-científico do INES**. 2005;24(1):20-24.

SACKS, O. **Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. Trad. de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.196 p.

SANTOS, E. M.; SHIRATORI, K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. **Rev Eletron Enferm** [periódico online] 2004; 6(1). <Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em 25 out. 2006.

STEINBERG, A. G.; BARNETT, S.; MEADOR, H. E.; WIGGINS, E. A.; ZAZOVE, P. Health care system accessibility. Experiences and perceptions of deaf people. **J Gen Intern Med**. 2006;21(3):260-6.

VEET, V. **Mídia e deficiência – série diversidade**. Brasília: Fundação Banco do Brasil; 2003. 182 p.

6. APÊNDICES

6.1 Apêndice 1 – Roteiro temático para entrevista

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA COM OS PACIENTES SURDOS

Gostaria que me contasse um pouco sobre sua experiência quando precisou de atendimento na área de saúde, buscando qualquer profissional da saúde.

Questões norteadoras

1. Quais as suas expectativas do encontro entre paciente surdo e profissional da saúde?
 2. Como você se comunica com os profissionais?
 3. Os profissionais da saúde compreendem os sinais não-verbais que você utiliza?
 3. Quando você procura um serviço na saúde um intérprete o acompanha?
 4. Quais suas expectativas quanto a ir ou não aos serviços de saúde acompanhado de um intérprete?
 5. O que você julga necessário para favorecer uma boa relação com os profissionais da saúde?
-

6.2 Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr (a) está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa, intitulada: **Estudo do encontro paciente surdo e profissional da saúde. A visão do paciente surdo**, sob responsabilidade da pesquisadora Neuma Chaveiro, residente na Av k, esq. com 6A nº 138, aptº 101, setor Aeroporto, CEP 74075-200 Goiânia-GO, fone 3224-5765. Os objetivos desse projeto são: Analisar o encontro entre paciente surdo e profissional da saúde nos serviços de saúde, na visão dos pacientes surdos. Identificar as expectativas do paciente surdo quanto à relação estabelecida com os profissionais da saúde. Identificar os meios de comunicação usados no encontro entre paciente surdo e profissional da saúde. Identificar as expectativas do paciente surdo quando busca um serviço de saúde, com ou sem a presença de um intérprete.

Garantimos que o Sr(a) não sentirá nenhum desconforto, nem terá riscos ao participar do estudo. Devido a modalidade da língua de sinais ser espaço-visual será necessário filmar, buscando assim garantir a veracidade do depoimento. A pesquisa irá beneficiar a comunidade surda e os profissionais da saúde, uma vez que fornecerá subsídios para reflexão em torno do encontro paciente surdo - profissional da saúde.

Garantimos também o sigilo quanto ao seu nome, bem como o da instituição a que se referir. O Sr (a) terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo. Após estas explicações, se o Sr (a) concordar em participar do estudo, peço-lhe o obséquio de assinar ao final do presente Termo de Compromisso, em duas vias. Uma é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre seus direitos você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas / UFG, pelo telefone 3269-8338 ou 3269-8426. Em caso de dúvida sobre a pesquisa entrar em contato com o pesquisador responsável, pelo fone: 3224-5765.

O Sr(a) terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo. Se o Sr(a) concordar em participar do estudo, peço-lhe o obséquio de assinar o presente termo.

Eu, _____ RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: **Estudo do encontro paciente surdo e profissional da saúde. A visão do paciente surdo**, sob a responsabilidade da fonoaudióloga Neuma Chaveiro, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Neuma Chaveiro sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura do(a) participante _____

Nome do participante: _____

Data: ____/____/____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o(a) participante acima nomeado (a).

Assinatura do Investigador _____

Nome do Investigador: _____

Data : ____/____/____

Testemunha do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito (se o (a) participante não pode ler ou escrever, uma testemunha independente deve assinar por ele/ela).


Nome: _____

Assinatura _____

Data : ____/____/____

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL
PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG N° 126/05	Goiânia, 23/02/2006
INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): <u>Fonoaudióloga: Neuma Craveiro</u>	
TÍTULO: <u>"A Relação Paciente Surdo Profissional da Saúde Mediada pelo Intérprete da Língua de Sinais"</u>	
Área Temática: <u>Grupo III</u> Local de Realização: <u>Centro estadual de Apoio ao Deficiente</u>	
<p>Senhor Pesquisador,</p> <p>Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise, <u>aprovou sem restrições</u> o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.</p>	
<p>→ <u>Não há</u> necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.</p>	
<p>→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).</p>	
 Prof. Joffre Rezende Filho Coordenador do CEPMHA/HC/UFG	
<hr/> <small>1ª AVENIDA, S/Nº, SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO - CEP: 74 605-050 - FONE: 269 83 38 - FAX: 269 84 26</small>	

7.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG nº 126/05

Goiânia, 19/07/2006

INVESTIGADOR(A) RESPONSÁVEL: Fonoaudióloga – Neuma Chaveiro

TÍTULO: “A relação paciente surdo-profissional de saúde mediada pelo intérprete da língua de sinais”

DOCUMENTO(S) ANALISADO(S):

1- Solicitação, devidamente justificada de autorização para a realização da pesquisa em três etapas distintas, apresentadas como:

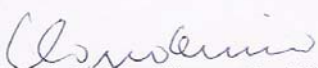
- ❖ Estudo do Encontro Paciente Surdo e Profissional da Saúde-A Visão do Paciente Surdo;
- ❖ Estudo do Encontro Paciente Surdo e Profissional da Saúde – A visão do profissional da Saúde;
- ❖ Estudo do Encontro Paciente Surdo e Profissional da Saúde – A Visão do Intérprete da Língua de Sinais.

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: Centro Estadual de Apoio ao Deficiente

Senhora Pesquisadora,

Comunicamos-lhe que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal/HC/UFG analisou e aprovou a solicitação acima referida e o procedimento foi considerado (s) em acordo com os princípios éticos vigentes.

Pl

 Prof. Joffre Rezende Filho
 Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

7.2 Anexo 2 - Aceite da Revista da Escola de Enfermagem da USP.

De: Reeusp <reeusp@usp.br>

[SALVAR CONTATO](#)

Data: 02/05/2007 (16:43:38)

Assunto: iso-8859-1?b?QXByb3Zh5+Nv do manuscrito 76/06

Prioridade: Normal

Para: neumachaveiro@ig.com.br, malves@ig.com.br, celeno@cardiol.br, malves@ih.com.br, mbarbosa@fen.ufg.br

Prezados Autores,
Comunicamos que o manuscrito "O atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde", protocolo nº 76/06, foi aprovado em 27/04/2007, está na fila aguardando publicação.
Atenciosamente,
Sabrina Martins (monitora da REEUSP)

Arlete de O. Batista
Especialista de Laboratório em Revista
Secretaria da Revista da Escola de Enfermagem da USP
Site: <http://www.ee.usp.br/reeusp>
E-mail: reeusp@usp.br - Telefone: 55 11 3061-7553
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira Cesar - São Paulo
CEP: 05403-000

7.3 Anexo 3 – Aceite da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia

De:	SGP
Para:	Neuma Chaveiro
CC:	
Data:	11/1/2007 09:32:53
Artigo:	Cód. Fluxo: 3546

Assunto: **Artigo Aprovado**

Mensagem:



Revista Brasileira de Otorrinolaringologia

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial
 Avenida Indianópolis, 740 - Moema
 CEP 04062-001 - São Paulo/SP - Brasil
 Tel.: (11) 5052.9515 - Email: revista@aborlccf.org.br

São Paulo, quinta-feira, 11 de janeiro de 2007

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Neuma Chaveiro

Referente ao código de fluxo: **3546**
 Classificação: **Artigo de Revisão**

Temos o prazer de informar que o manuscrito **Relação do Paciente Surdo com o Médico** foi aprovado pelo Conselho Editorial da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia e será publicado em breve. Lembramos que algumas modificações poderão ser solicitadas até a publicação do artigo.

Obrigado por submeter seu trabalho à Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.

Atenciosamente,

João F. Mello Jr.
 Editor

««« Favor não responder esta mensagem pois ela foi gerada automaticamente pelo SGP
 »»»»

7.4 Anexo 4 – Declaração de submissão à Revista de saúde Pública

RSP/

17 de agosto de 2007

Ilma. Sra.
Profa.Dra. Neuma Chaveiro
neumachaveiro@hotmail.com

Senhora colaboradora

Acusamos o recebimento do seu manuscrito submetido à publicação nesta Revista, o qual atendeu a todos os itens exigidos para esta finalidade.

“Encontro do paciente surdo que usa língua de sinais com os profissionais da saúde”

Nº de Registro: **.- 07/6857** Este número é a chave para obter informações e acompanhar o processo de julgamento. Portanto, mencione-o em toda correspondência vinculada ao manuscrito.

Seu manuscrito será encaminhado à nossa assessoria para a primeira fase de avaliação, destinada a verificar se o trabalho atende à política da Revista, sobretudo quanto às questões ligadas ao conteúdo, além de forma.

Agradecemos sua colaboração.

Nota: Favor informar-nos se há interesse em receber por e-mail as próximas correspondências referentes ao seu manuscrito.

Atenciosamente

Maria Teresinha Dias de Andrade

Profa. Dra. Maria Teresinha Dias de Andrade
Editora Executiva

7.5 Anexo 5 – Normas de publicação dos respectivos periódicos

7.5.1 Normas de publicação da Revista da Escola de Enfermagem da USP

Artigo 1 - Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde.

Instrução aos Autores

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Todos os autores dos manuscritos deverão ser assinantes da Revista no ano em que o original for depositado.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme modelo anexo.

Categorias de manuscritos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deve conter:

- Introdução: apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
 - Objetivos: especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.
 - Revisão da Literatura: levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.
 - Métodos: descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
-

- Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.
- Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
- Conclusão: corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

Artigo de revisão: estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 15 páginas.

Nota e discussão: colaboração de caráter geral ou discussão sobre artigos publicados, necessariamente com enfoque científico (não opinativos). Limitada a duas páginas, sem resumo.

Resenha: análise crítica da literatura científica recém-publicada em livros ou equipamentos e materiais recém-lançados, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Limitada a duas páginas.

À beira do leito: questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Processo de julgamento dos manuscritos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas Instruções aos Autores, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no

rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo e-mail e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

Citações – deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: (1-4) ; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Notas de rodapé – deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Depoimentos – frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.

Tabelas – a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.

Apêndices e anexos – devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.

Fotos – serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.

Agradecimentos – contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por e-mail.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (abstract) e espanhol (resumen), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método e resultados.

Descritores: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (Key words) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: Limitadas a 20, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Obs: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

O manuscrito pode ser encaminhado diretamente por via eletrônica (online ou e-mail) ou por via postal (três vias impressas, mais versão em CD ou disquete de 3,5”), para o seguinte endereço:

REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL

Ou Site: <http://www.ee.usp.br/artigo> ou suporte técnico: reusp@usp.br

7.4.2 Normas de publicação da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia

Artigo 2 – Relação do paciente surdo com o médico

CRITÉRIOS GERAIS PARA ELABORAÇÃO E ACEITAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

JOÃO FERREIRA MELLO JR.

Professor Livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Editor of Brazilian Journal of Otorhinolaryngology
e-mail: editor@rborl.org.br

Caros autores e revisores,

Há vários anos que a revista da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial tem adotado regras para a publicação de artigos científicos, que se baseiam nas de revistas internacionais importantes. Como atualmente estamos indexados na Scielo (Scientific Library Online) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), algumas pequenas adequações na sua estruturação devem ser adotadas. Por isto pedimos a todos os revisores e autores de trabalhos científicos da nossa revista que leiam atentamente estas instruções, para que com isto possamos manter nosso alto nível científico alcançado.

Pedimos especial atenção para algumas alterações que foram adotadas. Todos os artigos relativos à apresentação de relatos de casos deverão seguir as novas regras. Foi, também, criada uma nova sessão na revista, intitulada **carta ao editor**. Seu objetivo é abrir um canal de comunicação para que os leitores possam externar suas opiniões sobre os temas e artigos publicados neste periódico. Contudo, o Editor reserva-se o direito de não publicá-la se a mesma for de caráter agressivo.

As regras para como utilizar esta sessão e para submissão de relatos de casos são mostradas no texto a seguir. Pedimos especial atenção para a padronização das referências bibliográficas de todos os textos publicados que devem, necessariamente, seguir as regras de Vancouver.

Dr. João F. Mello Jr.

O texto está dividido em duas partes: quanto ao formato e quanto ao conteúdo.

QUANTO AO FORMATO

Extensão e apresentação

O artigo completo não deve exceder 25 laudas de papel tamanho A4 (21cm x 29,7cm), escritas em letra Times New Roman de tamanho 12, espaço duplo entre linhas e com margens laterais, superior e inferior de 3 cm. Se o revisor considerar pertinente poderá sugerir ao autor a supressão de gráficos e tabelas ou mesmo condensação de texto.

Título e autores

Um bom título permite aos leitores identificar o tema e ajuda aos centros de documentação a catalogar e a classificar o material. O título deverá se limitar ao máximo de dez palavras e seu conteúdo deve descrever de forma concisa e clara o tema do artigo. O uso de títulos demasiado gerais, assim como de abreviaturas e siglas, deve ser evitado.

Devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho. Outras formas de citação podem vir ao final do artigo. Um trabalho com mais de 7 autores só deverá ser aceito se o tema for de abrangência multidisciplinar ou de ciências básicas.

Consideramos salutar que os responsáveis pelo artigo identifiquem a atuação de cada um dos autores na confecção do trabalho. Lembramos que podem e devem ser considerados autores aqueles que cumprem as seguintes tarefas:

1. Concebem e planejam o projeto, assim como analisam e interpretam os dados,
2. Organizam o texto ou revisam criticamente o conteúdo do manuscrito,
3. Dão suporte e aprovação final ao artigo a ser submetido.

Todos os três critérios devem ser atingidos para que o indivíduo possa ser considerado autor ou

co-autor.

Critérios que não qualificam um indivíduo como autor são os seguintes:

1. Oferecer financiamento ou suporte de pesquisa,
2. Coletar dados para a pesquisa,
3. Dar supervisão geral a um grupo de pesquisa,
4. Ser chefe de serviço ou Titular de Departamento.

Se o indivíduo não se encaixar na figura de autor, mas tiver sua importância para o trabalho final, pode ser lembrado nos agradecimentos finais.

Resumo e palavras-chave (descritores)

Cada artigo DEVE ser acompanhado de um resumo em português e outro em inglês de cerca de 200 palavras, com seus tópicos devidamente salientados (estruturado), e indicando claramente:

- 1) As premissas teóricas e justificativas do estudo (introdução);
- 2) os objetivos do estudo (objetivo);
- 3) método básico utilizado (material e método);
- 4) desenho científico utilizado (estudo de caso, estudo de série, retrospectivo, prospectivo, clínico e experimental);
- 5) resultados principais e sua interpretação estatística (resultados) e
- 6) conclusões alcançadas (conclusão).

Não poderá ser incluída no resumo nenhuma informação não contida no texto. Deve ser escrito em voz impessoal e **NÃO** deve conter abreviaturas ou referências bibliográficas. O resumo deve ter a capacidade de ajudar o leitor a se decidir se há interesse em ler o artigo inteiro. Será, juntamente com o título, a única parte do texto que estará disponível na maior parte das bibliotecas e agências de catalogação e indexação, sendo, portanto, o cartão de visitas da pesquisa publicada.

Após o resumo devem estar descritos com três a cinco palavras, para fins de indexação, os descritores científicos baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), que pode ser acessado na página eletrônica da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), www.bireme.org, ou em outro local do site da RBORL.

Corpo do artigo

Os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no chamado formato IMRDC: introdução, material e método, resultados, discussão e conclusões.

Na **Introdução** é onde estão o objetivo e a justificativa do trabalho. Nela devem estar presentes as razões e pertinência para a confecção do trabalho, sua importância e abrangência, lacunas, controvérsias e incoerências teóricas e as premissas teóricas ou experiências pessoais que levaram o autor a investigar o assunto.

No **Material e Método** espera -se encontrar a descrição da amostra estudada e um detalhamento suficiente do instrumento de investigação.

Nos estudos envolvendo seres humanos ou animais deve ser informado o **número de protocolo de aprovação** do estudo pela Comissão de Ética da instituição onde o mesmo foi realizado.

A amostra deve ser bem definida e os critérios de inclusão e exclusão descritos claramente. Também a maneira de seleção e alocação em grupos deve ser esclarecida (pareamento, sorteio, sequenciamento, estratificação, etc)

O método deve ter coerência com a questão apresentada e deve ser explicitado o desenho do estudo (coorte, caso-controle, experimental, contemporâneo, historio, estudo de prontuários, etc.)

Todo uso de método ou classificação alheia deverá ter correspondência com a literatura pertinente.

Os **Resultados** devem ser apresentados de forma sintética e clara. Tudo que conste deste item tem que ter sido extraído do método. O uso de gráficos e tabelas deve ser estimulado, assim como análises estatísticas descritivas e comparativas.

Na **Discussão** esperamos que o autor apresente sua experiência pessoal no assunto, explore seus referenciais teóricos e discuta os resultados frente a estas premissas. Também é este o local para expor possíveis dificuldades metodológicas.

As **Conclusões** devem ser sucintas e se ater ao objetivo proposto. É fundamental que o método e os resultados obtidos por ele sejam suficientes para fundamentar os itens arrolados na conclusão.

Os **TRABALHOS DE REVISÃO e ATUALIZAÇÃO** devem ter uma boa introdução com o formato seguindo as necessidades do trabalho, assim como apresentar a sistemática de levantamento utilizada. Não deve ter caráter opinativo, reservando esta tarefa para os comentários finais.

Lembramos que há diferenças entre um trabalho de revisão, uma revisão sistemática e uma meta-análise. No primeiro caso, não há um compromisso maior com os mecanismos de coleta de dados e a revisão se presta mais para ser usada em uma argumentação do autor. Tem pouco valor científico e não necessariamente representa evidência médica. Já na revisão sistemática, há um objetivo explícito para fazê-la, portanto o método deve ser detalhado, por exemplo: data limite de levantamento, local e perguntas estabelecidas para busca, critérios de inclusão e exclusão, tipos de trabalhos utilizados (retrospectivos, prospectivos, experimentais etc.). As conclusões deste tipo de revisão devem obrigatoriamente considerar apenas os dados obtidos na coleta bibliográfica.

Finalmente, a meta-análise segue os mesmos princípios da revisão sistemática, mas lança mão de análise estatística para interpretação dos dados. É óbvio, neste caso, que os trabalhos obtidos devam, necessariamente, serem considerados comparáveis entre si, uma vez que, não o sendo, poderiam falsificar as conclusões finais.

Os **RELATOS DE CASO** devem conter introdução com revisão pertinente que justifique sua importância, seja pela raridade ou impacto clínico, apresentação do caso com riqueza de detalhes visuais e de descrição e comentários finais, com discussão das nuances que façam deste caso um artigo digno de publicação. Não há necessidade de envio de seu resumo.

- 1) Título – conciso e descritivo com no máximo 100 caracteres, não devendo constar as palavras relato de caso e revisão de literatura.
- 2) Palavras chave – no máximo 5 e em ordem alfabética.
- 3) Os textos não poderão ter mais de 5 autores, No caso de mais, uma justificativa deve ser enviada.
- 4) Corpo do texto estruturado em: introdução, apresentação do caso, discussão e comentários finais.
- 5) O texto completo, excetuando título e referências não deverá ultrapassar 600 palavras.
- 6) Referência bibliográfica – no máximo 6.
- 7) Aceitaremos 1 tabela ou figura apenas.

A CARTA AO EDITOR é utilizada para que os leitores da revista possam externar suas opiniões sobre os temas e artigos nela publicados. Sua submissão será através do sistema da internet, assim como qualquer outro artigo, devendo adequar-se à seguinte estruturação:

- 1) Quanto à formatação, deverão seguir as mesmas regras dos relatos de casos.
- 2) A carta será enviada ao autor do artigo, que terá 6 semanas para respondê-la.
- 3) A resposta deverá seguir a mesma formatação dos relatos de casos.
- 4) A carta e a resposta serão publicadas no mesmo número da revista, e não haverá mais réplicas.
- 5) As cartas não serão revisadas pelo corpo editorial. Contudo, se apresentarem caráter pessoal ou agressivo, a critério do Editor, poderão ter sua publicação negada.

Referências bibliográficas

São essenciais para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e técnicas a que se faz referência no texto e que provêm de investigações, estudos e experiências anteriores; apoiar os

atos e opiniões expressados pelo autor; e proporcionar ao leitor a informação bibliográfica que necessita para consultar as fontes primárias.

As referências devem ser pertinentes e atualizadas.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos em forma de superíndices, segundo a ordem de sua aparição. No final do artigo estas citações farão parte das referências bibliográficas da seguinte forma:

Artigos de revistas científicas

É necessário proporcionar as seguintes informações: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que este se publica; ano; volume (em números arábicos), número e página inicial e final. Toda a informação se apresenta na língua original do trabalho citado. A seguir mostramos alguns exemplos que ilustram o estilo de Vancouver para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas.

a. De autores individuais:

Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores e, se mais de 6, segue a expressão "et al.". Exemplos:

Kerschner H, Pegues JAM. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc* 1998; 98(12):1445-8.

Bin D, Zhilhui C, Quichang L, Ting W, Chengyin G, Xingzi W et al. Duracion de la inmunidad lograda con la vacuna antisarampionosa con virus vivos: 15 años de observación em la provincia de Zhejiang, China. *Bol Oficina Sanit Panam* 1992;112(5):381-394.

b. Que constam de várias partes:

Lessa A. I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arq Brás Cardiol* 1985;44:225-60.

c. De autor cooperativo:

se constar de vários elementos, mencionar do maior ao menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, pode-se atribuir ao organismo responsável os trabalhos sem autor.

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1993;27(3):287-295.

Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphatase déshydrogenase. *Bull World Health Organ* 1990;68(1):13-24.

d. Quando sem autor:

só utilizar se dão detalhes acerca de informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, além de seu título completo, cidade, ano e número. Se possível, informar a fonte do documento.

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

e. Artigo em língua não portuguesa ou inglesa

Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hostidligere frisk kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996;116:41-2.

f. Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

g. Número com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

h. Volume com parte

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes

mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32(Pt 3):303-6.

i. Número com parte

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *N Z Med J* 1994; 107(986 Pt 1):377-8.

j. Número sem volume

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995; (320):110-4.

k. Sem número ou volume

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

l. Paginação em números romanos

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995 Apr; 9(2):xi-xii.

m. Tipo de artigo indicado caso necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.
Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumo]. *Kidney Int* 1992; 42:1285.

n. Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in EL mice [retratação de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995; 11:104.

o. Artigo resumido

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [resumido em *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35:1083-8.

p. Artigo com errata publicada

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [errata publicada aparece em *West J Med* 1995; 162:278]. *West J Med* 1995; 162:28-31.

Livros ou outras Monografias

a. De autoria pessoal

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

b. Editor(es), compilador(es) como autor(es)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

c. Organização como autora e publicadora

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

d. Capítulo em livro

Phillips SJ, Whisnand JP. Hypertension and stroke. Em: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

e. Anais de conferência

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
quando publicado em português:
Costa M, Hemodiluição para surdez súbita. Anais do 46th Congresso Brasileiro de

Otorrinolaringologia; 2008 Out 23-25; Aracaju, Brasil. São Paulo, Roca; 2009.

f. Apresentação oral publicada

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

g. Relatório técnico ou científico

Elaborado através de apoio/financiamento da empresa XXX: Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Relatório final. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

ou

Elaborado através de apoio/financiamento da empresa XXX: Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCP282942008. Apoiado pela Agency for Health Care Policy and Research.

h. Dissertação

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertação]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

i. Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Outros materiais publicados

a. Artigo de jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

b. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [1 videocassette: 20 min]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Sinuistis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation [diapositivo]. Washington, DC: The Academy; 1988 [54 diapositivos acompanhados de manual preparado por HC Pillsbury e ME Johns]

Clark R, et al., eds American Society for Microbiology, prods. Topics in clinical microbiology [audiocassette]. Baltimore: Williams & Wilkins; 1976. [24 audiocassetes: 480 min; acompanhados de 120 diapositivos e um manual]

c. Material Legal

Lei Estadual:

Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Código de Regulamentações Federais:

Consentimento informado, 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

Audiência:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's Emergency Rooms: Audiência para a Subcomissão on Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. on Government Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (May 26, 1993).

d. Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [mapa demográfico]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources, Div. of Epidemiology; 1991.

e. Bíblia

Bíblia. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

f. Dicionário e similares

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Material não publicado

Não se considera referência apropriada os resumos (abstracts) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para a publicação e os trabalhos ou documentos inéditos que não sejam facilmente acessáveis ao público. Excetuam-se os artigos já aceitos, mas pendentes de publicação e aqueles documentos que, ainda que inéditos, possam encontra-se com facilidade. Nesta categoria encontram-se as teses, alguns documentos de trabalho de organismos internacionais, protocolos de trabalhos científico registrados em comitês de ética e informes apresentados em conferências.

a. No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas difíceis de conseguir, pode-se mencionar no texto (entre parênteses) ou como nota de rodapé. A citação no texto far-se-á da seguinte maneira:

“Foi observado¹ que ...”

e ao pé da mesma página do artigo colocar-se-á a nota correspondente:

1 Lanos-Cuentas EA, Campos M. Identification and qualification of the risk factors associated with New World cutaneous leishmaniasis. In: International Workshop on control strategies for Leishmaniasis, Ottawa, June 1-4, 1987.

Ou

1 Herrick JB [e outros]. [Carta a Frank R Morton, secretário, Associação Médica de Chicago]. Documentos de Herrick. [1923]. Documentos incluídos na: University of Chicago Special collections, Chicago, Illinois, EUA.

Material eletrônico

a. Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5]; 1(1):[24 telas]. Encontrado em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monografia em CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

b. Arquivo de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa computadorizado]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

c. Site na Internet

Pritzker TJ. Na early fragment from Central Nepal [Site na Internet] Ingress Communications. Disponível em <http://www.ingress.com/astanart/pritzker/pritzker.html>. Acessado em 8 de junho 1995.

d. Base de dados

Compact library: AIDS [base de dados em CD-ROM atualizada cada 3 meses]. Versão 1,55^a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 disco compacto; sistema operacional: IBM PC, OS/2 ou compatível; 640K de memória; MS-DOS 3.0 ou mais recente, extensão Microsoft CD-ROM]

Tabelas

As Tabelas, cujo propósito é agrupar valores em linhas e colunas fáceis de assimilar, devem apresentar-se em uma forma compreensível para o leitor; devem explicar-se por si mesmas e complementar - não duplicar - o texto. Não devem conter demasiada informação estatística, pois acabam incompreensíveis e confusas.

Devem ter um título breve, mas completo, de maneira que o leitor possa determinar, sem dificuldade, o que se tabulou; indicar, além disso, lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; deve indicar-se claramente a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) quando estas são utilizadas. Só se deve deixar em branco as caselas correspondentes a dados que não forem aplicáveis; deve-se usar três pontos quando faltar informação porque não se inseriram observações. As chamadas de notas se farão mediante letras colocadas como expoentes em ordem alfabética: a, b, c etc.

Digite ou imprima cada tabela com espaçamento duplo em uma folha separada de papel. Não

submeta tabelas como fotografias. Numere as tabelas consecutivamente na ordem da sua citação no texto. Dê a cada coluna um título curto ou abreviado. Coloque as explicações necessárias em notas de rodapé, não no título. Explique em notas de rodapé todas as abreviações sem padrão que são usadas em cada quadro. Para notas de rodapé use os símbolos seguintes, nesta seqüência:

Identifique medidas estatísticas de variações, como desvio padrão e erro padrão da média .

Não use linhas horizontais e verticais internas.

Esteja seguro que cada tabela esteja citada no texto.

Se você usa dados de outra fonte, publicada ou inédita, obtenha permissão e os reconheça completamente.

O uso de muitas tabelas em relação ao comprimento do texto pode produzir dificuldades na diagramação de páginas. Lembre-se que a revista brasileira de ORL aceita artigos com 25 laudas em sua totalidade.

O editor, ao aceitar o artigo, pode recomendar que quadros adicionais que contenham dados importantes mas muito extensos sejam depositadas em um serviço de arquivo, como o Serviço de Publicação Auxiliar Nacional nos Estados Unidos, ou os faça disponíveis para os leitores. Nesta situação, uma declaração apropriada será acrescentada ao texto. Submeta tais quadros para consideração com o artigo.

Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, mapas ou fotografias, entre outros) devem ser utilizadas para destacar tendências e comparações de forma clara e exata; serem fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. Seus títulos devem ser tão concisos quanto possível, mas ao mesmo tempo muito explícitos. Não se colocam notas ao pé da figura, mas se identifica a fonte se tomada de outra publicação. Havendo espaço, a explicação dos gráficos e mapas deverá ser incluída dentro da própria figura. O excesso de quadros ou material gráfico, ou ambos, é custoso, diminui o efeito que se deseja e ocupa muito espaço. É preciso selecionar este tipo de material cuidadosamente. Todas as figuras e fotografias podem ser publica das em cores.

Figuras devem ser profissionalmente desenhadas ou fotografadas. Desenhos à mão livre ou datilografados são inaceitáveis. Em vez de desenhos originais, filmes de radiografia, e outro material, envie impressões fotográficas apuradas, em papel lustroso, preto-e-brancas, em torno de 127 x 173 mm, não maior que 203 x 254 mm. Cartas, números, e símbolos deveriam estar claros e em tamanho suficiente, para que mesmo quando reduzido para publicação cada letra ainda seja legível. Títulos e explicações detalhadas devem ficar na legenda e não na figura.

Cada figura deveria ter um rótulo colado em sua parte de trás indicando o número da figura, o nome de autor e topo da figura. Não escreva na parte de trás de figuras ou arranhe ou use cliques de papel. Não dobre as figuras ou as monte em papelão.

Microfotografias devem ter marcadores de escala internos. Símbolos, setas ou cartas usados em microfotografias devem contrastar com o fundo.

Se fotografias das pessoas forem usadas, ou os mesmos não devem ser identificáveis ou suas fotos devem ser acompanhadas de permissão escrita para seu uso e publicação.

As figuras devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem na qual elas foram citadas no texto. Se uma figura já foi publicada previamente, deve ser reconhecida a fonte original e submetida a permissão escrita do proprietário protegido por direitos autorais para reproduzir o material. Permissão é requerida independente de autoria ou publicador, com exceção de documentos no domínio público.

Para ilustrações em cores, apresente negativos de cor, arquivos em qualidade de pelo menos 300 dpi, transparências positivas ou impressões coloridas de qualidade. Desenhos acompanhando as fotos podem ser úteis para a localização da região a ser reproduzida.

Legendas para Ilustrações

Digite em espaçamento duplo, começando em uma página separada, com numeral árabe que corresponde à ilustração. Quando usados símbolos, setas, números, ou cartas para identificar partes das ilustrações, identificar e explicar cada um claramente na legenda. Explique a escala interna e identifique o método de coloração das microfotografias.

Unidades de Medida

Medidas de comprimento como altura, peso e volume devem ser informadas em unidades métricas (metro, quilograma, ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser informadas em graus centígrados. As pressões sanguíneas devem ser em milímetros de mercúrio.

Os dados hematológicos e medidas de análise laboratoriais devem aparecer no sistema métrico em termos do Sistema Internacional de Unidades (SI).

Abreviaturas e siglas

Utilizar o menos possível. Na primeira vez que uma abreviatura ou sigla aparece no texto, deve-se escrever o termo completo a que se refere, seguido da sigla ou abreviatura entre parênteses, como no exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Devem ser expressas em português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou conhecidas internacionalmente por suas siglas não portuguesas (UNICEF), ou a substâncias químicas cujas siglas inglesas estão estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), não HC.

Quanto ao conteúdo

Quando se planeja um estudo na área médica, seja experimental ou não, busca-se acrescentar alguma informação ao conhecimento atual. A motivação destes estudos poderia ser classificada conforme a questão pesquisada, como: anormalidade, diagnóstico, frequência (incidência e prevalência), risco, prognóstico, tratamento, prevenção, causa, custo etc.

Durante a pesquisa procura -se identificar e analisar os eventos clínicos mais relevantes para a saúde do sujeito (desfechos). Estes eventos são descritos como os 6 "D": desenlace (desfecho antes do tempo), doença, desconforto, deficiência, descontentamento, despesa.

Existem estratégias gerais para estudarmos cada questão específica, que denominamos delineamento ou desenho. Em linhas gerais teríamos as seguintes formas:

- Diagnóstico - corte transversal. Prevalência - corte transversal. Incidência - estudo de coorte
- Risco - estudo de coorte ou caso/ controle
- Prognóstico - estudo de coorte. Tratamento - ensaio clínico. Prevenção - ensaio clínico
- Causa - estudo de coorte ou caso/ controle

Cada estudo tem sua própria possibilidade de erro sistemático, o chamado viés ou vício. Estes erros podem comprometer os resultados do estudo em si (validade interna, credibilidade) ou sua capacidade de generalização das conclusões, para além da amostra estudada (validade externa, transferibilidade). Os erros podem surgir nas diferentes formas de estudo e suas fases, como: viés de seleção, de aferição, de confusão, de amostragem, de montagem, de adesão, de migração, de duração etc.

Alguns erros sistemáticos são evitados pela experiência e conhecimento do pesquisador que identifica fatores inerentes ao assunto. Outros são evitados ou minimizados a partir de métodos específicos como: randomização, restrição, emparelhamento, estratificação e ajustamento (caso melhor-caso pior).

Outro erro inerente ao estudo epidemiológico é o acaso, o erro aleatório, decorrente da variação, que pode surgir no processo de mensuração ou estar vinculado à natureza do estudo. O tratamento estatístico dos resultados obtidos visa minimizar os efeitos do acaso.

Um estudo com delineamento adequado e bem conduzido, mesmo sem tratamento estatístico, pode ser avaliado corretamente com uma certa dose de bom senso. Por outro lado, um estudo inadequado, com erros sistemáticos grosseiros, não permite conclusão alguma, mesmo com

tratamento estatístico rigoroso.

Estes cuidados referem-se à capacidade de tirar conclusões conferidas a cada estudo. Entretanto, muitos estudos são motivados pela observação de fatos curiosos ou intrigantes, que muitas vezes trazem contribuições importantes para o direcionamento das pesquisas e, algumas vezes, até mesmo do "pensar" médico. Nestes casos, é fundamental o posicionamento coerente do pesquisador no capítulo de "conclusões" onde ele deve apresentar as hipóteses geradas das observações, fundamentá-las e, se possível, formular maneiras de testá-las.

Como Submeter Artigos (Explicações Gerais)

INSTRUÇÕES GERAIS PARA SUBMISSÃO ON-LINE DE MANUSCRITOS USANDO O SGP SISTEMA DE GESTÃO DE PUBLICAÇÕES DA RBORL

Todos os manuscritos serão submetidos em português. Somente serão aceitos em inglês quando nenhum autor for brasileiro. Deverão ser digitados em espaço duplo em papel tamanho A4 (21cm x 29,7cm), sendo que as margens não devem ser definidas, pois o sistema SGP as definirá automaticamente.

A submissão on-line deverá ser feita através do endereço do SGP/RBORL na internet: www.rborl.org.br/sgp. Quando entrar neste link, o sistema irá pedir seu nome de usuário e senha caso já esteja cadastrado. Caso contrário clique no botão "Quero me cadastrar" e faça seu cadastro. Ou ainda, caso tenha esquecido sua senha, use o mecanismo para lembrar sua senha, que gerará um e-mail contendo sua senha.

As regras para formatação do artigo encontram-se descritas no link <http://www.rborl.org.br/criterios.asp>. Lembramos ainda que nos estudos que envolvam seres humanos ou animais deverá ser informado o número de **protocolo de aprovação** do estudo pela Comissão de Ética da instituição onde o mesmo foi realizado.

O processo de submissão é composto de oito passos, são eles:

- 1º. Envio de Imagens para o seu Artigo
- 2º. Cadastrar Co-autores
- 3º. Informar Título e Palavras-chave
- 4º. Informar Classificação
- 5º. Informar Resumo e Comentários
- 6º. Montar Manuscrito
- 7º. Copyright (Sessão de Direitos)
- 8º. Aprovação do Autor

Após a submissão, o sistema oferece a opção de salvar uma cópia de seu manuscrito em formato PDF para seu controle.

A Revista encoraja fortemente que os autores submetam eletronicamente manuscritos preparados em WordPerfect ou Microsoft Word, pois no passo "Montar Manuscrito", será exibida uma tela que simula o Word, onde é possível "copiar e colar" de qualquer editor de texto, inclusive as tabelas. Já imagens e gráficos tem regras próprias, descritas abaixo.

Submissão on-line passo a passo

1º Passo: Informar Classificação - Escolha uma das quatro opções: Artigo Original, Artigo de Revisão, Carta ao Editor ou Relato de Caso

Artigos originais - Artigos originais são definidos como relatórios de trabalho original, e estas contribuições deveriam ser significativas e válidas. Os leitores deveriam poder aprender de um artigo geral o que foi firmemente estabelecido e que perguntas significantes permanecem não resolvidas. Especulação deveria ser mantida a um mínimo.


Revisão de temas - Normalmente são publicados artigos de revisão. É esperado que eles

cubram a literatura existente interessada com um tópico específico. A revisão deveria avaliar as bases e validade de opiniões publicadas e deveria identificar diferenças de interpretação ou opinião. O revisor deve ser informado no tópico debaixo de consideração e deve ser reconhecido como competente em julgamento e avaliação de sua literatura.

Relatos de caso - Serão publicados só relatos incomuns e especialmente significantes. Será dada prioridade a relatórios de interesse multidisciplinar e/ou prático. Para uma explicação mais detalhada da expectativa editorial da RBORL do formato de um artigo e dos critérios utilizados pelo corpo editorial na sua avaliação, procure o texto "Critérios para elaboração e avaliação de um trabalho científico" no link: <http://www.rborl.org.br/criterios.asp>.

2º Passo: Envio de imagens para o seu artigo - As imagens deverão obrigatoriamente estar em formato JPG. Caso necessite alterar o formato de suas imagens entre na seção DOWNLOADS no SGP em: <http://www.rborl.org.br/SGP/naveg/downloads.asp> (necessário estar logado no SGP) e faça o download de algum dos programas freeware oferecidos para edição de imagens.

O sistema envia grupos de até cinco imagens por vez. Para submeter mais de cinco imagens, basta clicar no botão "Enviar mais imagens". Logo após serão exibidas miniaturas das imagens,

onde há um botão (), que deverá ser clicado para editar o título e a legenda de cada imagem submetida.

3º Passo: Cadastrar Co-autores - Cadastre cada co-autor, informando nome completo, cargo e titulação obrigatoriamente. O CPF poderá ser informado posteriormente. A ordem dos co-autores pode ser alterada facilmente usando as "setas" exibidas na tela.

4º Passo: Informar Título e Palavras-chave - Informe o título do trabalho, em português e inglês, e as palavras-chave (português) e Keywords (inglês), que deverão ter aproximadamente 2 a 6 palavras-chave pertinentes, (ESTAS PALAVRAS DEVERÃO ESTAR CONTIDAS NO DECS E NO MESH que podem encontrados no SGP em todas as telas). Importante: O sistema não aceitará trabalho duplicados.

5º Passo: Informar Resumo e Comentários - O Resumo/Abstract deverá obrigatoriamente conter o máximo de 200 palavras, pois o que passar disto será cortado pelo sistema, e um aviso será exibido ao autor. Deve, ainda, ser estruturado segundo os critérios existentes no link <http://www.rborl.org.br/criterios.asp>, do contrário o sistema o bloqueará. O autor deverá preencher os campos: Instituição, Nome e endereço para correspondência, Suporte financeiro (Deverá ser provida qualquer informação sobre concessões ou outro apoio financeiro), e a carta ao editor (opcional). **Importante:** O limite máximo aceito pelo sistema de submissão on-line para os resumos em português e inglês é de 200 palavras. Sendo que o excedente será cortado automaticamente pelo sistema.

6º Passo: Montar Manuscrito - Nesta tela é exibido um simulador do Word, com todas as funcionalidades de formatação de texto necessárias. Para inserir seu texto neste campo, simplesmente selecione todo seu trabalho e copie e cole no campo de montagem do manuscrito (artigo). Somente selecione textos e tabelas, pois as imagens já deverão ter sido enviadas no 1º passo e serão inseridas no final do trabalho automaticamente. **Importante:** Nunca coloque neste campo os nomes de autores, co-autores, ou qualquer outra informação que possa identificar onde o trabalho foi realizado. Tal exigência se deve ao fato de o processo de revisão transcorrer em regime de duplo-cego. A não observância deste detalhe fará com que seu trabalho seja devolvido como FORA DE PADRÃO, para que seja corrigido pelo autor.

7º Passo: Copyright (Sessão de Direitos) - Neste passo é exibida a tela com o termo de Copyright, que deve ser impressa, para que o autor colha as assinaturas, e informe os CPFs de cada co-autor. Em seguida este documento deverá ser enviado para a sede da RBORL pelo correio ou para o FAX: +55 (11) 5052.1025. Antes de imprimir, certifique-se de ter respondido as duas perguntas no final do termo. **Importante:** O SGP oferece a opção de impressão deste termo de copyright, clicando no link "Gerar termo de copyright".

8º Passo (Último passo): Aprovação do Autor. Este é o último passo para completar a submissão do artigo. Nesta tela o autor terá a opção de visualizar seu trabalho no sistema e também pode salvar uma versão em PDF de seu trabalho recém submetido. Importante: O autor

deverá clicar no link “ **APROVAR MANUSCRITO**” para que seu trabalho seja encaminhado a Secretaria da RBORL para conferência e confirmação.

Procedimentos após a submissão (Notificações via e-mail) - Ao terminar a submissão de seu trabalho, será gerado um e-mail informando se a submissão foi efetuada corretamente, e quando seu trabalho for recebido e conferido se está dentro dos padrões também será gerado outro e-mail. Caso o artigo esteja “Fora de padrão”, o autor será avisado por e-mail e poderá corrigi-lo entrando no SGP/RBORL em www.rborl.org.br/sgp

Os autores poderão acompanhar a tramitação de seu trabalho a qualquer momento pelo SGP/RBORL, através do código de fluxo gerado automaticamente pelo SGP, ou ainda pelo título de seu trabalho. **Importante:** Como o sistema gera e-mails automaticamente conforme seu artigo estiver tramitando, é imprescindível, que o autor **DESABILITE** seus filtros de SPAM em seus respectivos provedores, ou que configurem suas contas de e-mail para **ACEITAR** qualquer mensagem do domínio RBORL.ORG.BR. Para informações sobre como configurar seu filtro de SPAM entre em contato com seu provedor de acesso.

Diretrizes para elaboração do manuscrito

Abreviações e terminologia - Devem ser identificadas abreviações incomuns completamente no primeiro aparecimento deles/delas no texto. Considerando que a Revista Brasileira de Otorrinolaringologia é projetada para uma audiência multidisciplinar, os autores devem evitar jargão específico para só uma disciplina. Devem ser evitadas notas de rodapé.

Referências Bibliográficas

A seguir mostramos alguns exemplos que ilustram o estilo de Vancouver, que é o aceito pela revista, para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas.

Exemplo (livros): Donner MW: Radiology in swallowing disorders. In: Heuck FHW, Donner MW (eds.): Radiology Today, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1983, pp 6-11

Exemplo (artigos): Cherry J, Siegel CI, Margulies SI, Donner MW: Pharyngeal localization of gastroesophageal reflux. Ann Otol 1970;79: 912-6.

Importante: Serão aceitas no máximo 50 referências bibliográficas, que deverão ser apresentadas segundo a ordem de sua aparição de acordo com a norma Vancouver, disponível em: www.rborl.org.br/sgp/downloads ou no site www.icmje.org. No caso de relato de caso e Carta ao editor aceitaremos apenas 6.

Tabelas - Devem ser numeradas tabelas com números arábicos e devem ser intituladas concisamente. Abreviações usadas na tabela devem ser definidas em notas de rodapé da tabela. Use letras minúsculas sobrescritas (um, b, etc.) para listar notas de rodapé.

Legendas de figura - Devem ser digitadas legendas para cada figura, durante o primeiro passo da submissão. Devem ser definidos todos os símbolos, título, setas, e abreviações usadas nas figuras e nas legendas.

Ilustrações - O editor reserva o direito para devolver ilustrações ao autor para correção. Para isto há na área do autor uma opção na navegação chamada “Devolvido com Sugestões”, onde estarão listados o(s) trabalho(s) que acaso necessitarem de correções do autor, após passarem pela revisão.

Fotografias - As fotos submetidas deverão estar na melhor resolução possível (preferencialmente 300dpi) em formato JPG. Recomendamos que os originais das imagens, fotos, exames, etc., sejam guardados pelo autor, pois talvez sejam necessários na fase de editoração e diagramação, caso seu artigo seja aprovado, sendo que neste caso a empresa que edita a revista entrará em contato com o autor para obter os originais das imagens. Esteja seguro que eles resistirão uma redução a 169 x 226 mm. O Editor reserva o direito de cortar separadamente e rearranjar figuras que não ajustem a página.

A revista reproduz radiografia na sua apresentação original. Por exemplo, devem ser submetidas

impressões com o bolo de bário em branco. Ilustrações do corpo devem ser orientadas de forma que o lado direito das estruturas anatômicas esteja à esquerda do leitor; *scans* de cabeça devem ser orientados da maneira convencional, i.e., como se o cérebro fosse visto do topo. Devem ser orientadas visões laterais com o perfil facial para a esquerda do leitor.

Desenhos em bico de pena - Devem ser convertidos e submetidos em formato JPG a 300 dpi, e deverão permitir uma redução a 81 mm.

Desenhos em semitom ou preto-e-branco - Devem ser convertidos e submetidos em formato JPG a 300 dpi. A fotografia do original assegura ótima reprodução e será devolvida o mais cedo possível (caso seja necessária será solicitada pela editoração). Rótulos e linhas devem ser em um papel celofane sobre o original, corretamente registrado para precisão, e também convertido para imagem no formato JPG.

Ilustrações coloridas - Devem ser convertidos e submetidos em formato JPG a 300 dpi., e serão aceitas para publicação, sem custo adicional.

Tamanho de ilustrações - Use a ilustração de tamanho menor que pode ser reproduzida com clareza. Se possível, prepare-a de forma que uma 1:1 reprodução seja possível. Classificando segundo o tamanho (coluna, meia página, página cheia). As dimensões do tamanho de figuras para a RBORL são:

Uma página cheia = um máximo de 169 mm x 226 mm.
Uma coluna cheia = um máximo de 81 mm x 226 mm.

Diretrizes para Ilustrações Eletronicamente Produzidas para Impressão

Geral - Envie ilustrações separadamente do texto (Use o 1º passo da submissão para enviar todas as suas imagens.). Arquive em seu poder os originais das imagens, pois podem ser necessárias caso o artigo vá ser impresso na revista.

Vetor (linha) Gráficos - Deveriam ser armazenados em seu micro gráficos de vetor exportados de um programa de desenho em formato de EPS, e em seguida convertidos para JPG a 300dpi para serem submetidos on-line pelo SGP/RBORL.

Programa de desenho satisfatório: Ilustrador da Adobe. Para arte de linha simples os programas de desenho seguintes são também aceitáveis: Corel Draw, À mão livre, Tela.

Não use régua menor que .25 pt.

Não use tela cinza mais clara que 15% ou mais escura que 60%.

Telas que tenham que se diferenciar umas das outras devem ter pelo menos 15% de densidade maior.

Gráficos de planilhas ou apresentações - A maioria dos programas de apresentação (Excel, PowerPoint, Freelance) produz dados que não podem ser armazenados em um formato de EPS, fazendo com que não possam ser usados gráficos produzidos por estes programas para impressão. Portanto, caso tenha alguma planilha transforme-a em tabela no Word (ou Wordperfect) e copie-a e cole-a na tela do 8º passo da submissão, e no caso dos gráficos converta-os para o formato de imagem JPG a 300 dpi usando algum programa de edição de imagens.

Ilustrações em semitons - Preto & branco e coloridas devem ser armazenadas em formato TIFF caso haja necessidade da editoração para publicação, e criadas cópias em formato JPG a 300 dpi para submissão on-line pelo SGP/RBORL.

Deveriam ser criadas ilustrações usando Adobe Photoshop sempre que possível, pois é o melhor software de edição de imagens. No entanto, na seção "Downloads" do SGP há opções gratuitas de softwares competentes.

Scans - Preto e branco - Devem ter 300 ppi e arquivadas em formato TIFF caso haja necessidade da editoração para publicação, e criadas cópias em formato JPG a 300 dpi para submissão on-line pelo SGP/RBORL.

Coloridos - Devem ter um mínimo de 300 ppi com 24-bit de profundidade de cor, e arquivadas em seu computador, caso haja necessidade da editoração para publicação, e criadas cópias em formato JPG a 300 dpi para submissão on-line pelo SGP/RBORL.

Arte de linha deveria ser provida como arquivos de TIFF a 600 ppi, e arquivadas em seu computador, caso haja necessidade da editoração para publicação, e criadas cópias em formato JPG a 300 dpi para submissão on-line pelo SGP/RBORL.

A RBORL solicita que os autores arquivem em seu poder as imagens originais, pois caso as imagens submetidas on-line apresentem algum impedimento para impressão, entraremos em contato para que nos envie estes originais.

7.4.3 Normas de publicação da Revista de Saúde Pública

Artigo 3 – Encontro do paciente surdo que usa língua de sinais com os profissionais da saúde.

Apresentação

A **Revista de Saúde Pública** é inter e multidisciplinar e arbitrada. Publica prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos sobre o campo da saúde pública, que possam ser replicadas e generalizadas, e também outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes, comunicações breves e cartas ao editor.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **Revista de Saúde Pública**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos. Os autores devem assinar e encaminhar uma [declaração de responsabilidade](#) cujo modelo está disponível no site da Revista.

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à política à sua editorial e às instruções aos autores, que seguem os "**Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**" (<http://www.icmje.org>). No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento. Os manuscritos que não atenderem a essas instruções serão devolvidos.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e generalizados, têm prioridade para publicação. Tais contribuições representam não somente pesquisas levadas a efeito no País, mas também na América Latina e em outros países. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês ou espanhol. Os artigos publicados em português são traduzidos para o inglês e divulgados somente no formato eletrônico.

A objetividade é o princípio básico para a elaboração dos manuscritos, resultando em artigos mais curtos de acordo com os limites estabelecidos pela Revista.

Atendidas as condições acima, os manuscritos são encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nesta fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos. Atendidas as condições acima, os manuscritos são encaminhados à Editoria Científica para análise preliminar. Aceitos nesta fase, os manuscritos serão avaliados por relatores externos.

Relações que podem estabelecer [conflito de interesse](#), ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma e inclusão de links para artigos da RSP sem a autorização do Editor Científico. Desta forma, os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, cujo modelo encontra-se disponível no site da Revista.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica comunicações breves, revisões sistemáticas, comentários, cartas ao editor, editoriais, além de outras.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a

objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder.

- Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras*, *não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas*.
- *As referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 25*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Referências a documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, podem ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A *Introdução* deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de *Resultados* deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A *Discussão* deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Comunicações Breves - São artigos curtos destinados à divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância a área de saúde pública.

- Devem ter de *800 a 1.600 palavras* (excluindo tabelas, figuras e referências) *uma tabela/figura e 5 referências*.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto para resumos, que não são estruturados e devem ter até 150 palavras.

Revisões sistemáticas - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de *5.000 palavras*.

Comentários - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou artigos opinativos. Sua extensão deve ser de *3.000 palavras*.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a *600 palavras e a 5 referências*.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" que se coadunem com a sua política editorial e que sejam aprovados na fase preliminar de análise, são encaminhados aos Editores Associados que selecionarão os relatores para avaliação.

Cada manuscrito é enviado relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelos Editores Científicos. Cópias dos pareceres são encaminhados aos autores e relatores.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição retornarão aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
 - Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
 - Cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da [Revista](#).
-

- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter:

- a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços.
- b) Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c) Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço.
- e) Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado.
- f) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- g) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- h) Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.
- i) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização. ([Verificação de itens](#))

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings](#) (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preenchem os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja [permissão expressa](#) dos nomeados.

Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Rocha JSY, Simões BJB, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das **referências no texto, nas tabelas e figuras** deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar colume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em uma via em papel para o seguinte endereço e e-mail:

Editor Científico da Revista de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Fone/Fax 3068-0539
e-mail: revsp@edu.usp.br

Verificação de itens

Ítens exigidos para apresentação dos manuscritos

1. Enviar ao Editor uma via impressa do manuscrito e o arquivo eletrônico por e-mail.
 2. Fornecer endereço para troca de correspondência incluindo e-mail, telefone e fax.
-

3. Incluir título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
4. Incluir título abreviado com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
5. Verificar se o texto está apresentado em letras arial, corpo 12 e espaço duplo, com margens de 3 cm, e em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
6. Se subvencionado, incluir nomes das agências financiadoras e números dos processos.
7. Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o nome da instituição e o ano de defesa.
8. Incluir resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, em folhas separadas, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
9. Incluir resumos narrativos originais em folhas separadas, para manuscritos que não são de pesquisa, nos dois idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
10. Incluir declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)", "[Conflito de interesses](#)" e "[responsabilidade de agradecimentos](#)", esta última assinada pelo primeiro autor.
11. Incluir documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica.
12. Verificar se as tabelas estão numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
13. verificar se as figuras estão no formatos: pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
14. A soma de tabelas e figuras não deve exceder a cinco.
15. Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
16. Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Conflito de interesses [[modelo](#)]

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados depende em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Os interesses financeiros podem incluir: emprego, consultorias, honorários, atestado de especialista, concessões ou patentes recebidas ou pendentes, royalties, fundos de pesquisa, propriedade compartilhada, pagamento por palestras ou viagens, consultorias de apoio de empresas para pessoal. São interesses que, quando revelados mais tarde, fazem com que o leitor se sinta ludibriado.

Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros e outros que possam influenciar seu trabalho. Eles devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa.

Para que o corpo editorial possa melhor decidir sobre um manuscrito, é preciso saber sobre qualquer interesse competitivo que os autores possam ter. O objetivo não é eliminar esses interesses; eles são quase que inevitáveis. Manuscritos não serão rejeitados simplesmente por haver um conflito de interesses, mas deverá ser feita uma

declaração de que há ou não conflito de interesses.

Os autores devem relatar informações detalhadas a respeito de todo o apoio financeiro e material para a pesquisa ou trabalho, incluindo, mas não se limitando, a apoio de concessões, fontes de financiamento, e provisão de equipamentos e suprimentos. Cada autor também deve assinar e submeter a seguinte declaração: "Certifico que todas minhas afiliações com ou sem envolvimento financeiro, dentro dos últimos cinco anos e para o futuro próximo, com qualquer organização ou entidade com interesse financeiro em ou conflito financeiro com o objeto ou assunto discutidos no manuscrito estão completamente divulgados."

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista. Além disso, os autores que não têm interesses financeiros relevantes devem fornecer uma declaração indicando que eles não têm interesse financeiro relacionado ao material do manuscrito.

As contribuições de pessoas que são mencionadas nos agradecimentos por sua assistência na pesquisa devem ser descritas, e seu consentimento para publicação deve ser documentado.

Os revisores devem revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em suas opiniões sobre o manuscrito, e devem declarar-se não-qualificados para revisar originais específicos se acreditarem que esse procedimento é apropriado. Assim como no caso dos autores, se houver silêncio por parte dos revisores sobre conflitos potenciais, isso pode significar que tais conflitos existem e que não foram revelados ou que os conflitos não existem. Assim, solicita-se também aos revisores que forneçam declarações de interesses competitivos, os quais são utilizados para avaliar o valor dos relatórios dos pares.

Documentos

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade, (2) Declaração de conflito de interesses, (4) Transferência de Direitos Autorais. Apenas a (3) Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada apenas pelo primeiro autor (correspondente).

Documentos que devem ser anexados ao manuscrito no momento da submissão:

1. Declaração de responsabilidade [[modelo](#)]
2. Conflito de interesses [[modelo](#)]
3. Agradecimentos [[modelo](#)]

Documento que deve ser enviado à Secretaria da RSP somente na ocasião da aprovação do manuscrito:

4. Direitos autorais [[modelo](#)]

**Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brasil
Tel./Fax: +55 11 3068-0539**

revsp@org.usp.br
