



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

JULIANA DONATO NÓBREGA

DA ORALIZAÇÃO À SINALIZAÇÃO: OS DISCURSOS E PRÁTICAS DA SURDEZ
NO CAMPO DA SAÚDE

FORTALEZA

2019

JULIANA DONATO NÓBREGA

DA ORALIZAÇÃO À SINALIZAÇÃO: OS DISCURSOS E PRÁTICAS DA SURDEZ NO
CAMPO DA SAÚDE

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- N675o Nóbrega, Juliana Donato.
Da oralização à sinalização: os discursos e práticas da surdez no campo da saúde / Juliana Donato Nóbrega.
– 2019.
171 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes..
1. Práticas de Saúde. 2. Surdez. 3. Surdo. 4. Discurso. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD 610

JULIANA DONATO NÓBREGA

DA ORALIZAÇÃO À SINALIZAÇÃO: OS DISCURSOS E PRÁTICAS DA SURDEZ NO
CAMPO DA SAÚDE

Tese apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 09 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a. Carmem Emmanuely Leitão Araújo
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a. Marilene Calderaro da Silva Munguba
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a Dr.^a. Maria Cecília de Moura
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

Prof.^a Dr.^a. Adriana Di Donato Chaves
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Aos meus pais, Suzete Donato e Ginaldo da Nóbrega, pelo dom da vida e pelo amor a mim dedicado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes, por seu comprometimento com a Saúde Pública e por transformar sua docência em um espaço permanente de luta, questionamento e mudança.

Aos surdos e suas mães, seres humanos guerreiros, minha gratidão por compartilhar tantas vivências com vocês.

AGRADECIMENTOS

Este espaço se destina a agradecer e render homenagens àqueles que contribuíram com a elaboração deste estudo. Meus agradecimentos e profundo carinho:

Aos (as) professores (as)

Marília Fontenele - não poderia finalizar este momento sem essa grata homenagem. Foi sob sua orientação na iniciação científica, com a temática da surdez, que iniciei os passos para me tornar pesquisadora.

Eurivaldo Sampaio - pelas conversas e partilhas a respeito da intercessão do seu terreno de atuação com este estudo, por seus ensinamentos, olhar ponderado e acolhedor acerca do objeto desta Tese.

Sylvio Gadelha - que compartilhou conosco seus conhecimentos sobre Foucault. Que encanto vê-lo ministrando suas aulas com tamanho entusiasmo e propriedade! Obrigada por me acolher em seu grupo de pesquisa com imensa disponibilidade.

Marilene Munguba - pelas partilhas e conversas nos bastidores com esta querida companheira. Nesta reta final, tive o prazer de participar do Grupo de Estudos para as Diferenças e Estudos Surdos na Perspectiva Interdisciplinar (EDESPI), coordenado por ela e vinculado ao Curso de Letra-Libras da Universidade Federal do Ceará (UFC). Muitos encontros estão por vir.

Cecília Moura - quantas vezes li sua obra (**Surdo: Caminho para uma nova identidade**) e refleti sobre seu posicionamento acerca da atuação bilíngue com os surdos. Agradeço as conversas, as trocas de experiências, os materiais compartilhados e sua disponibilidade para que eu conhecesse a realidade do atendimento destas pessoas na perspectiva de uma atuação bilíngue. Agradeço também sua generosidade em avaliar este estudo.

Adriana Di Donato - pessoa por quem nutro carinho e admiração. Obrigada por me acolher em seu grupo de pesquisa na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), partilhar comigo reflexões e saberes oriundos de sua trajetória. Certamente, este estudo incorporou as vivências que compartilhamos.

Denise Klein - agradeço o carinho e os saberes docentes que compartilhamos na esfera da Saúde Pública. Sempre foi generosa em ouvir minhas inquietações e problematizações sobre a construção deste material.

Vaudelice Mota, Socorro de Sousa e Carmem Leitão - gratidão pelas valiosas contribuições na reta final deste estudo.

Ricardo Pontes, meu orientador, a quem tenho grande afeição. Agradeço pela convivência de uma década no plano acadêmico, profissional e pessoal. Sou grata pelo aprendizado, por sua condução que me direcionou a outros espaços e reflexões. Decerto, sua participação em minha trajetória acadêmica e pessoal contribuiu para a defesa deste estudo e para que eu me tornasse quem sou.

Aos amigos do grupo de estudo e orientação - obrigada por nossos momentos de estudos, discussões, reflexões e trocas, que contribuíram para elaboração desta Tese. Em especial, sou reconhecida aos amigos que se envolveram mais de perto com a elaboração deste estudo. Ei-los:

Neusa Goya - que, nas idas e vindas na senda de pesquisa, nas inúmeras viagens que fizemos, fomos tecendo nossos estudos. Não foram poucas as conversas e as disciplinas cursadas. Este caminho, é fato, se tornou mais prazeroso por sua convivência e generosidade. Obrigada por seu incentivo e apoio.

Wellington Aguiar - amigo sempre pronto a ajudar, seja com palavras acolhedoras ou mesmo pelo apoio a esta pesquisa por meio das transcrições e das publicações que partilhamos.

Socorro Carneiro - que tão bem nos acolheu, a mim e à Neusa Goya, em solo sobralense. Partilhou conosco seu carinho e experiência na Saúde Pública de Sobral. De igual modo, estendo o agradecimento a Karla Mara Oliveira, Roseane Paes e Anael Queirós, que também me acolheram na fase de campo da pesquisa e partilharam comigo as inquietações para formulação deste estudo.

Juliana Diógenes – minha grande amiga! Obrigada pelas discussões travadas sobre o objeto desta tese e pelo incentivo para concretização desse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelo convívio, aprendizado e conhecimento partilhado em suas disciplinas, eventos e seminários.

Aos funcionários da Universidade Federal do Ceará (UFC), sobretudo aos secretários do programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Zenaide Queiroz, Dominik Fontes e Hemison Magalhães - pela disponibilidade e condução de nossa vida acadêmica.

À agência de fomento Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio por meio da concessão da bolsa de estudo.

Aos colegas e amigos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que contribuíram para efetivação deste trabalho e, de igual modo, me apoiaram para que eu escrevesse este material com maior tranquilidade. Agradeço à Ana Virginia de Castro da Justa, Luciene Alice da Silva e Ivan Mendes.

Às amigas Fofas pelos conhecimentos científicos partilhados e por nossos encontros regados de cuidado e carinho. Evidentemente, vocês - Ana Paula Brilhante, Ozanira Aquino, Rocineide Ferreira (Neidinha) Vera Dantas (Verinha) e Kilma Gomes - tornaram essa trajetória mais leve.

Às amigas Dagmar Soares, Juliana Diógenes, Carmem Cemires e Adriana Serpa, pelo carinho e amizade de todas as horas. Muito obrigada pela permanência de vocês em minha vida.

À amiga Claudia Baquit (Claudinha), que soube me guiar e me apoiar em momentos tão cruciais de minha vida. Sua atuação tornou mais leve tudo o que precisei aprender e conquistar para defender esta Tese.

À amiga Sulyane Sousa – obrigada pelo apoio a esta pesquisa com o levantamento de documentos pertinentes. Obrigada por tê-la sempre por perto.

Aos muitos surdos que conheci e que compartilharam comigo suas realidades, angústias e desejos; em especial, a Kátia Lucy Pinheiro, pelos diálogos e reflexões que travamos acerca do atendimento das pessoas surdas no serviço de saúde. Agradeço, também, pelo acolhimento em minhas andanças pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Aos intérpretes Adan Adrião e Paulo Henrique Soares, que apoiaram a elaboração deste material. Agradeço, especialmente, a Mariana Farias, pela amizade e contribuições científicas a este estudo.

Às mães de filhos surdos que compartilharam comigo suas histórias, lutas e conquistas na busca incessante pelo que julgaram ser melhor para os seus filhos.

Ao amigo Emiliano Aquino por partilhar com tamanha generosidade sua vivência como professor, filósofo e sobretudo como pai de uma criança surda. Por deixar como legado um texto tão primoroso escrito no Prefácio do livro – “Implante coclear: normalização e resistência surda” da autora Patrícia Rezende, que situa a linguagem como campo de batalha, ao dialogar com o pensamento do filósofo Michel Foucault.

Aos meus familiares, Suzete Donato, minha mãe; Ginaldo da Nóbrega, meu pai; e a minha irmã, Michele Donato, pelo incentivo constante, apoio e envolvimento em minha trajetória pessoal. Especialmente, agradeço à minha mãe pela força e o incentivo diário.

À Deus, por situar no meu caminho as pessoas certas e por encontrar nele, em minha fé, o alento que precisei para esta caminhada.

Mas de que adiantaria “a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?” (FOUCAULT, 1984, p.13).

RESUMO

Este estudo interroga a produção discursiva da surdez no cenário da saúde. Seu objetivo foi problematizar os discursos e as práticas sobre surdez que produzem a atenção à saúde às pessoas surdas. Operou-se com os conceitos de discurso, poder e normalização inspirados em Michel Foucault e nos autores da Educação e da Saúde que utilizam a perspectiva cultural e foucaultiana em suas análises, dentre eles, autores dos Estudos Surdos. A produção do material empírico ocorreu pela: observação com registro no diário de campo, entrevistas abertas e a análise documental. Foram entrevistados dirigentes/ técnicos (5) e profissionais dos serviços de saúde (11); conselheiros municipais (2); pessoas surdas (5) e seus familiares (mães) (5) do município de Sobral- Ce, no período de 2016 a 2019. Constituíram-se as categorias de análise, considerando a articulação entre as produções discursivas dos entrevistados, dos documentos governamentais e das observações registradas no diário de campo. Definiu-se o que pretendia extrair do *corpus* discursivo de modo que o exercício analítico foi realizado em torno dos discursos que sustentam a organização da atenção à saúde para estes usuários e das estratégias sutis de poder operadas nestes serviços quando no atendimento ao surdo. Inicialmente, foi descrita a organização dos serviços, e em seguida, analisou-se os discursos sobre o qual esta atenção estava ancorada, evidenciando as relações sutis de poder exercidas neste espaço e no cotidiano destas pessoas. Observaram-se os enunciados recorrentes, aqueles que se apresentam como práticas cristalizadas e regulares, e, por sua vez, os discursos com menor recorrência, aqueles que despontavam no cenário estudado, que se constituíam como novidade. A articulação entre os dois eixos de análise permitiu argumentar que a surdez se constitui como uma prática sanitária, uma novidade, que articula às práticas curativas e reabilitadoras às práticas de prevenção e promoção da saúde, passando a intervir não só na clínica da surdez como outrora se fazia nos espaços filantrópicos-educacionais, como também forjam práticas coletivas, direcionando suas ações ao corpo populacional, momento em que a surdez é posicionada como um problema de saúde pública, respondendo ao jogo de força de corporações profissionais que socialmente se estabeleciam para atender estes usuários. A atenção à saúde exercida se manifesta sob a norma audista articulada ao discurso sanitário. As práticas destinadas às pessoas surdas, ao tomar o corpo populacional como objeto de sua ação, acentuou o exercício das práticas normalizadoras no corpo surdo. Atravessado pelas práticas de resistências, a língua de sinais disputa espaço para adentrar na saúde, tensionando uma reconfiguração nas práticas para atenção às pessoas surda neste ambiente.

Palavras-chave: Práticas de Saúde. Surdez. Surdo. Discurso. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This study questions the discursive production of deafness in the health scenario. Its objective was to problematize the deafness discourses and practices that produce health care for deaf people in this field. For that, it operated with the concepts of discourse, power and normalization inspired by Michel Foucault and the authors of Education and Health who use the cultural and Foucaultian perspective in their analyzes, among them authors of the Deaf Studies. The production of the empirical material occurred by: observation with record in the field diary, open interviews and document analysis. Leaders / technicians (5) and health service professionals (11) from the municipality under examination were interviewed; municipal counselors (2) deaf people (5) and their family members (5) from the city of Sobral-Ce, from 2016 to 2019. The categories of analysis were constituted, considering the articulation between the discursive productions of the interviewees, the government documents and observations recorded in the field diary. It was defined what was intended to be extracted from the discursive corpus so that the analytical exercise was performed around the discourses that support the organization of health care for these users and the subtle strategies of power operated in these services when attending the deaf. Initially, the organization of the services was described, and then the discourses on which this attention was anchored were analyzed, showing the subtle power relations exerted in this space and in the daily life of these people. We observed the recurrent statements, those that appear as crystallized and regular practices, and, in turn, the discourses with less recurrence, those that emerged in the studied scenario, which were new. The articulation between the two axes of analysis made it possible to argue that deafness is a sanitary practice, a novelty, which articulates curative and rehabilitative practices with prevention and health promotion practices, starting to intervene not only in the deafness clinic but in the past. was done in philanthropic-educational spaces, as they forge collective practices, directing their actions also to the population body, when deafness is positioned as a public health problem, responding to the power play of professional corporations that socially established themselves to meet these users. The health care exercised is materialized under the auditor standard articulated with the sanitary discourse. The practices aimed at deaf people when taking the population body as object of their action, accentuated the exercise of normalizing practices in the deaf body. Crossed by resistance practices, sign language vies for space to enter health, stressing a reconfiguration in practices to care for deaf people in environment.

Keywords: Health Practices. Deafness. Deaf. Discourse. Qualitative Research.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados no Estado do Ceará. Ano 2013-2014.....	45
Quadro 2 –	Quantitativo de equipes de Saúde da Família credenciadas, cadastradas e implantadas e proporção de cobertura. Sobral. Ano 2016.....	45
Quadro 3 –	Composição das Macrorregiões do Ceará em conformidade ao PDR. Ceará, Ano 2018.....	46
Quadro 4 –	Material empírico.....	53
Quadro 5 –	Material empírico.....	55
Quadro 6 –	Quantitativo de sujeitos entrevistados	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	I Semana Nacional de Prevenção da Surdez.....	78
Figura 2 –	II Campanha Nacional de Prevenção À Surdez.....	79
Figura 3 –	"Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"	80
Figura 4 –	"2ª etapa da Campanha Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"	80
Figura 5 –	"10 DE NOVEMBRO: DIA NACIONAL DA SURDEZ"	81
Figura 6 –	I Mobilização das Pessoas com Deficiência movimento o centro de Sobral.....	95
Figura 7 –	Levanta-te, vem para o meio.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ASL	<i>American Sign Language</i> (Língua Americana de Sinais)
APADAS	Associação dos Pais de Deficientes Auditivos de Sobral
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BERA	<i>Brainstem Evoked Response Audiometry</i> (Potencial Evocado de Tronco Cerebral)
CAS	Centro de Formação de Profissionais da Educação e de Atendimento às Pessoas com Surdez
CEFAS	Centro de Formação e Apoio ao Surdo Dom Fernando Saburido
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CMDPDS	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
ESF	Estratégia Saúde da Família
Feneis	Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos
FORL	Fundação de Otorrinolaringologia
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Implante Coclear
ICES	Instituto Cearense de Educação de Surdos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INES	Instituto Nacional de Educação de Surdos
Libras	Língua Brasileira de Sinais
MS	Ministério da Saúde
NUPPES	Núcleo de Pesquisa em Políticas Educacionais para Surdos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
SASA	Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SBO	Sociedade Brasileira de Otologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	18
1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	(DES) Caminhos acadêmicos e profissionais que marcam a Tese.....	21
1.2	Estudos surdos na perspectiva cultural e foucaultiana: pesquisas e apontamentos teórico-metodológicos.....	30
1.3	A produção discursiva da surdez no âmbito da saúde	37
2	TRILHAS INVESTIGATIVAS.....	43
2.1	Cenário do estudo e o acontecimento que propiciou a investigação no espaço escolhido	43
2.2	Pesquisa qualitativa e o percurso para produção do material empírico.....	48
2.2.1	<i>Procedimentos e técnicas para produção do material empírico</i>	50
2.2.2	<i>Participantes da Pesquisa</i>	56
2.3	Análise do material empírico sustentada na produção teórico-discursiva dos estudos surdos e foucaultianos.....	60
3	A INVENÇÃO DE UMA ATENÇÃO À SAÚDE DIRECIONADA ÀS PESSOAS SURDAS/COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ARTICULAÇÕES ENTRE AS ESFERAS LOCAL E NACIONAL.....	71
3.1	A organização de uma assistência pública de saúde às pessoas surdas/com deficiência auditiva.....	73
3.2	Municipalização das ações e serviços de saúde: organização dos serviços com base na Atenção Primária.....	82
3.3	Institucionalização do serviço público de referência às pessoas portadoras de deficiência auditiva.....	85
3.4	Organização do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA)	89
3.5	A Emergência da Língua de Sinais no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA)	92
4	DISCURSOS QUE SUSTENTAM A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA AS PESSOAS SURDAS.....	99
4.1	Surdez como prática audiocentrada	99
4.2	A invenção da surdez como prática sanitária.....	105

5	ESTRATÉGIAS SUTIS DE PODER.....	117
5.1	Vigilância e exame: a língua de sinais sob suspeita nos serviços de saúde.....	117
5.2	O Cárcere da fala oral: o imperativo da norma auditiva	122
5.3	A Libras como ferramenta assistencial e de resistência: articulação entre a oralização e sinalização.....	130
6	O ENCONTRO E A EXPERIÊNCIA DE RESISTÊNCIA.....	137
6.1	Um pouco sobre Janaina e nossa interação.....	138
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
	REFERÊNCIAS.....	149
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRIGENTES E TÉCNICOS.....	155
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS	156
	APÊNDICE C - MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, DE SOBRAL.....	157
	APÊNDICE D - FAMILIARES (MÃES).....	158
	APÊNDICE E - PESSOAS SURDAS.....	159
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – DIRIGENTES E TÉCNICOS	160
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	162
	APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – MEMBROS DO CMDPDS.....	164
	APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - SUJEITOS SURDOS.....	166
	APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- FAMILIARES (MÃES)	168
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	170

APRESENTAÇÃO

O estudo em questão interroga a produção discursiva da surdez no cenário da saúde. Com esta tese, manifesto o interesse em problematizar à luz da Saúde pontos emergentes direcionados às pessoas surdas.

Configura um tema que se insere no terreno de conhecimento da Saúde Coletiva, e se constitui na interface dos núcleos de estudos Ciências Humanas e Sociais, e Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Como acentua Nunes (2006), a Saúde Coletiva como um campo de saberes e práticas e se constitui na interface de seus núcleos disciplinares.

No contexto discursivo desta Tese, entendo Saúde Coletiva como bem abordam Carvalho, Ferigato, Barros (2009, p. 19)¹,

A Saúde Coletiva não é apenas o campo do saber que estuda as Políticas Públicas e a Saúde das populações, mas, sim, um campo que considera que, ao **intervir na saúde** de uma população intervimos necessariamente em **sujeitos** singulares, pessoas que se relacionam entre si, com objetos, ambientes, e consigo mesmas. Considerar a dimensão do sujeito é considerar que em Saúde Coletiva, falamos sempre na intervenção em múltiplas coletividades, em muitos modos de pensar e produzir saúde e em diferentes paisagens subjetivas.

A articulação entre saber e fazer na definição evidencia que a organização e operacionalização de uma política pública de saúde, por exemplo, produz influências na vida das pessoas. Isso ocorre porque a escolha dos procedimentos e técnicas para o público a qual se destina, é sustentada por um conjunto de saberes que institui sentidos sobre estes objetos, que por sua vez são constituídos enquanto práticas - este é o campo da produção discursiva.

Ao interrogar a produção discursiva da surdez no âmbito da saúde e a organização dos serviços que constituem esta realidade, necessariamente, são visualizadas práticas e discursos estabelecidos como verdade, pouco interrogados no plano acadêmico e das práticas cotidianas.

Na contextura acadêmica ou teórica, faço referência ao poder que tem a ciência de instituir verdades quando na formulação de seus objetos. Uma vez formulados e partilhados, científica e socialmente, eles são incorporados como legítimos.

¹ O Conceito de Saúde Coletiva está expresso na obra *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. O livro é uma coletânea fruto de um movimento do Grupo Conexões coordenado pelo professor Sérgio Resende. Os escritos discutem a produção das práticas de saúde com foco na clínica, na gestão, nas políticas públicas e na formação, questionando os saberes produzidos neste cenário, ancorando-se na perspectiva de Michel Foucault e em outros teóricos da Filosofia da Diferença.

No plano das práticas, este relativo às pessoas surdas/com deficiência auditiva, é inegável que as políticas constituídas nos anos de 1990 e 2000 possibilitaram, mesmo com as dificuldades estruturais ou de financiamento, o acesso das pessoas surdas/ com deficiência auditiva, em menor ou maior escala, ao serviço de saúde. Em função desta premissa, pouco se interroga sobre o espaço majoritário que as políticas auditivas ocuparam em suas vidas quando se pensa nas ações em saúde para este público.

Neste sentido, o foco deste estudo não é avaliar os serviços instituídos, sua qualidade, os aspectos estruturais ou mesmo dimensionar o acesso da população a tais serviços. As pesquisas realizadas dos anos de 2000 em diante discutem esses resultados (BEVILACQUA et al., 2009; PEIXOTO; CHAVES, 2019; SILVA et al., 2014; TEIXEIRA, 2007).

A novidade está em visibilizar a constituição de uma rede de saber e poder sobre a surdez que sustenta a organização e operacionalização de uma atenção à saúde para as pessoas surdas na atualidade, este é o assunto principal deste Estudo. Interrogo, portanto, a realidade concreta destas práticas e as relações estabelecidas para operá-las.

Discurso, saber e poder são ferramentas importantes para este estudo. Inspiro-me nas obras de Michel Foucault e sua “caixa de ferramenta” conceitual, nos autores da área da Educação e da Saúde que partilham do referencial cultural e foucaultiano, dentre eles os autores dos Estudos Surdos. É na relação entre saber-poder-verdade que o objeto de estudo desta pesquisa é constituído.

Esta Tese objetiva, portanto, problematizar os discursos e as práticas sobre surdez que produzem a atenção à saúde às pessoas surdas. A pergunta basilar deste estudo é: Como os discursos e práticas sobre surdez produzem a atenção à saúde às pessoas surdas? Esta questão se configurou como meu problema de pesquisa. Apresento, brevemente, os capítulos que compõe esta Tese e a discussão que a constitui.

O **Capítulo 1**, referente à **Introdução**, está dividido em três itens. O primeiro é **(Des) Caminhos acadêmicos e profissionais que marcam esta Tese**. Foram situadas as razões teóricas existenciais para realização deste ensaio. A partir de minha experiência como acadêmica, profissional de saúde e pesquisadora posiciono as relações que fui estabelecendo com os objetos desta investigação. Ao mesmo tempo, visibilizei os pontos que suscitaram tal estudo.

O segundo foi nomeado de **Estudos surdos na perspectiva cultural e foucaultiana: pesquisas e apontamentos teórico-metodológicos**. Situei as contribuições e

influências dos Estudos Surdos, nas perspectivas cultural e foucaultiana, para esta pesquisa, de modo que sobraram delimitados aspectos acerca do solo teórico-metodológico da pesquisa.

O terceiro segmento capitular denominado de **A produção discursiva da surdez no âmbito da saúde**, discorri sobre a produção discursiva da surdez, com procedência nas pesquisas publicadas na área. Posicionei o que meus pares produziram, situando a novidade que está neste ensaio.

No Capítulo 2, **Trilhas investigativas**, escrevi sobre a realidade estudada, o tipo de pesquisa, as técnicas utilizadas, os participantes, os “embates” para produção do material empírico e a análise ancorada no solo teórico-metodológico dos estudos foucaultianos ou de inspiração Foucaultiana.

No Capítulo 3, denominado de **A invenção de uma atenção à saúde destinada às pessoas surdas/com deficiência auditiva: articulações entre as esferas local e nacional**, sistematizei, com base nas entrevistas, no conjunto de documentos governamentais e na produção científica brasileira, a constituição da atenção à saúde às pessoas surdas/com deficiência auditiva no Município de Sobral-CE, articulando-a à produção discursiva nacional de organização de serviços para este público. Discorri a respeito da invenção de uma assistência a estas pessoas no decorrer dos anos de 1990 e, sobretudo na primeira década dos anos 2000.

Tenciono, portanto, evidenciar como determinadas práticas históricas se instauraram, instituindo regimes de verdade acerca da surdez quando na organização de uma atenção à saúde às pessoas surdas dos anos 90 em diante. Por conseguinte, considere, também, as tramas discursivas produzidas no discurso oficial das políticas e nos saberes acadêmicos.

No Capítulo 4, **Discursos que sustentam a organização das práticas de saúde para pessoas surdas**, analisei os discursos sobre a organização das experiências de saúde direcionadas às pessoas surdas, bem como as práticas de resistências operadas nestes serviços, para, em seguida, no Capítulo 5 - **Estratégias sutis de poder** - evidenciar as relações de poder sutis operadas nos espaços da saúde e que estão no cotidiano de vida das pessoas surdas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 (DES) Caminhos acadêmicos e profissionais que marcam a Tese

E aqui é preciso fazer um primeiro aviso: da impossibilidade de engendrar caminhos “em abstrato”. Portanto, a pesquisa nasce sempre da preocupação com alguma questão, ela provém, quase sempre, de uma insatisfação com a respostas que já temos, com explicações das quais passamos a duvidar, com desconfortos mais ou menos profundos em relação a crenças que, algum momento, julgamos inabaláveis. *Ela se constitui na inquietação.* (BUJES, 2007, p. 15).

Para investigar cientificamente é preciso experimentar a inquietação. Ela não nasce do nada, mas do desejo de dar solução a situações que gera desassossego e nos põe a pensar. Uma vez fisgado pelo problema, ele te rompe e te coloca em movimento.

Assim, recordo-me de uma passagem em uma das aulas da disciplina *Identidade, Diferença e Diversidade*, ministrada pelo professor doutor Sylvio Gadelha, que se dedica a estudar Foucault, cujo debate inicial gravitava à órbita do ato de **pensar**, advindo da afirmação do filósofo Heidegger: “Ao âmbito do que se chama pensar, chegamos quando nós mesmos pensamos”.

Certamente, o professor tencionava realizar no mínimo duas tarefas: 1) mostrar outro sentido sobre o ato de pensar, retirando-o do senso comum; 2) e situar seus alunos em ação, isto porque a citada disciplina convocava ao desassossego, uma vez que propunha o sujeito pensar o outro, a sua diferença, com base nele próprio, e não na referência convencionalizada pela norma como se está acostumado a experienciar.

PENSAR, na perspectiva deste professor, com suporte na leitura de Heidegger influenciada por Nietzsche, é um conceito precioso e em nada se aproxima da “simples” atividade cerebral que todos fazem cotidianamente ou a uma qualidade intrínseca da natureza humana.

Pensar é algo que não está dado *a priori*, pois, para que isto ocorra, é necessário um movimento, atitude que desloque a pessoa para este ato. O que conduz os sujeitos a este espaço, então?

De acordo com Gadelha² (2017, notas de aula), é o conflito, o problema, a questão, algo que produza um estranhamento, aquilo que cria inquietação, que situa o ente em movimento: é o que o faz pensar.

E o que tudo isso tem de relacionado com a pesquisa? Ora, é no desassossego que o conhecimento é produzido e fabricado. O conhecimento é fruto, como bem lembrou Bujes (2007, p. 16), “[...] quase sempre, de uma insatisfação com as respostas que já temos, com explicações das quais passamos a duvidar”.

Expresso, a seguir, os desassossegos, as inquietações na minha trajetória acadêmica e profissional que me induziram a escolher este estudo. De igual modo, aponto os (des) caminhos que impulsionaram esta investigação.

Descaminhos é um vocábulo correspondente ao título deste capítulo, palavra utilizada por Bujes (2007), no livro *Caminhos Investigativos II: Outros Modos de Pensar e Fazer Pesquisa em Educação*. O texto denominado de *Descaminhos*, escrito pela autora, objetivou compartilhar a sua experiência na realização de pesquisa qualitativa na Educação, cuja temática de estudo versou sobre a infância e suas implicações com este ambiente investigativo.

Bujes (2007) utiliza esta palavra tomada de empréstimo a Foucault, justificando seu uso ante mudanças ocorridas em seu ato de pesquisa. Na obra *História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres* (FOUCAULT, 1984), o autor, ao posicionar a sexualidade como objeto de sua investigação, problematiza os caminhos que precisou refazer para abordar a matéria sob nova perspectiva.

Descaminho assume o sentido de atrever-se, de ir além do já posicionado, ter obstinação, um certo esforço teórico para posicionar o objeto sob o modo que intenta abordar, significa pensar algo diferentemente do que já foi o pensado. Aproprio-me desta unidade de ideia, pois muito me serve para problematizar pontos, incisões e fraturas que me fizeram refletir sobre objeto surdez na saúde.

Faz sentido, então, mostrar meu percurso acadêmico e profissional, porque há aqui pontos teórico-vivenciais que me mobilizaram, me conduziram ao estranhamento e possibilitaram posicionar o estudo da surdez, no concerto da saúde, sob novas lentes.

² Informação fornecida por Sylvio de Sousa Gadelha Costa na disciplina *Identidade, Diferença e Diversidade*, realizada Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Educação- FACED, Departamento de Fundamentos da Educação no Período 2017.1.

Sou trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando no serviço público desde 2007. Graduei-me em 2005 no curso de Fonoaudiologia. A atuação junto às pessoas surdas ocorreu em decorrência da minha formação acadêmico-profissional.

Iniciei esta trajetória na qualidade de aluna e estagiária de um Programa de Doação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI); ao menos era assim que os profissionais o denominavam. Posteriormente, tornei-me pesquisadora na temática da surdez.

Por algum tempo, atendi pessoas surdas ou com deficiência auditiva por meio da terapia da comunicação, da realização de exames auditivos e da protetização auditiva³. O fato é que fui forjada pelos saberes e experiências de minha seara de atuação e me constituí com amparo numa série de vivências.

Por estas experiências, compreendi a surdez, com amparo nos saberes clínicos que a classificam, corrigem e a tratam. Conheci as pessoas surdas como aquelas que necessitam desse serviço sob pena de ficarem privadas linguisticamente e terem prejuízos comunicativos, cognitivos, psicológicos e sociais.

A afirmação de Bujes (2007) sobre o ser criança bem se harmoniza à produção discursiva sobre as pessoas surdas. A autora acentuou que as crianças foram marcadas pelo “signo da diferença”. Acrescento: os surdos também.

Os surdos, tais como as crianças que eram vistas [...] “como diferentes, porque inocentes, imaturas, tanto do ponto de vista social quanto cognitivo, “seres em falta”, cujo “outro” seria o adulto” – dependiam de igual modo - “[...] da proteção e da autoridade dos mais velhos para se aproximarem do ideal de realização humana: seres maduros, equilibrados, produtivos, centrados, coerentes, racionais, no controle de suas emoções...Adulto, enfim!” (BUJES, 2007, p. 14).

Para que estes tivessem os qualificativos mencionados, foi imprescindível a atuação dos especialistas, sejam estes da saúde ou da educação. Aos profissionais, como ofício, foi confiada a tarefa de educar os surdos, de oferecer o suporte clínico para sanar ou minimizar aquilo que estava em falta e assim estarem aptos a viver em sociedade, integrando-se. E, acredite, nós profissionais cremos muito nisso.

³ Protetização auditiva: Consiste no ato de adaptar uma prótese auditiva no ouvido de uma pessoa com perda de audição, com o intuito de amplificar os sons de fala, dos ambientais, de sinais de perigo e alerta (ALMEIDA; IORIO, 2003).

A trama histórica pelo qual fomos formados teceu os fios que nos direcionaram a compreender os surdos pelo negativo da surdez e os profissionais da educação e da saúde como aqueles que poderiam salvá-los. Como disse Bujes (2007, p. 15) havia “[...] uma crença inabalável no poder redentor da educação, (ou, pelo menos, uma grande esperança de que ela viesse a cumprir este papel)”. Acresço: na saúde, esta crença também persiste.

Orientada pelas práticas normalizadoras, a educação, articulada ao saber da saúde, poderia salvá-los, ao aproximá-los do ideal de humanidade. Por esta via as práticas de educação e a assistência ao surdo foram tecidas. Ora, se os surdos foram constituídos na Modernidade como seres em falta, os saberes clínicos, ao mesmo tempo em que os classificaram, também dimensionaram seu tratamento e sua correção e quem deveria tratá-los.

Os profissionais detentores do saber acerca da condição da doença e da deficiência gozam de poder e de legitimidade para instituir verdades sobre seus pacientes, clientes ou usuários surdos, isso se afirma na relação com a família ouvinte, em especial. Sobre estes regimes de verdades, faz-se notar que no âmbito da surdez, as tecnologias auditivas têm seu saber consolidado.

Novas produções discursivas, entretanto, são referenciadas sobre a surdez. Aliás, como destaca Barberena (2013, p. 21), em sua tese intitulada *Educação e a constituição do sujeito surdo* - discursos que circulam na ANPED no período de 1990 a 2010,

Ao entender que vivemos na atualidade a ampla circulação e a multiplicação de conhecimento em diferentes espaços acadêmicos, vislumbro a produção discursiva acadêmica como um fluxo que considera a forma como estamos nos movimentando e produzindo a nós mesmos (enquanto docentes da educação especial, especificamente, da educação de surdos) e aos alunos surdos na Contemporaneidade. Nessa perspectiva, em que todos fazemos parte desse fluxo- de uma forma ou de outra, estamos nele e o movimentamos – não se trata de enaltecê-lo como bom, justo ou necessário, mas de compreender o funcionamento dos regimes de verdade que nos colocam e colocam os sujeitos surdos em determinadas posições.

A ampla circulação de conhecimentos promovida pelos variados espaços acadêmicos envolve tanto a nós, profissionais, como aqueles que são alvo de nossa assistência. Os saberes advindos da realidade da Educação e da Linguística ensejaram em mim certos estranhamentos, o desconforto, o desassossego, situando-me em movimento, fazendo-me pensar, por exemplo, sobre as práticas instituídas para pessoas surdas no interior dos serviços de saúde.

O estudo que desenvolvi no Mestrado, anos de 2008 a 2010, intitulado de: “O mundo dos surdos: representações, cotidiano e política públicas” (NÓBREGA, 2010), foi a

linha de separação para que eu conhecesse novas perspectivas sobre a temática focalizada. Fui apresentada a novos desafios, que fizeram “tremer” o solo sobre o qual meu saber estava assentado.

Sem dúvida, a aproximação com a Língua Brasileira de Sinais - Libras, da qual continuo me apropriando, foi fundamental para entranhar os saberes que me eram familiares e reelaborar outros nessa imensa extensão empírica e teórica aberta perante a atividade investigativa.

Quando ingressei no Mestrado, a proposta de estudo versava sobre a avaliação do programa de doação de prótese auditiva. As ações deste projeto faziam parte de uma política lançada em 2004 denominada de Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva - PNASA (BRASIL, 2004), que incentivava a criação ou habilitação de estabelecimento para concessão de prótese auditiva para pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

Nesta realidade, fomos formados, entendendo que era pela via da estimulação auditiva e da oralização que todos os surdos teriam acesso ao mundo linguístico e poderiam se desenvolver socialmente como todos os outros seres humanos. A convivência com os surdos sinalizadores e a aproximação com os Estudos Surdos, referenciais teóricos que problematizam os surdos em sua perspectiva linguístico-cultural, me puseram em contato com novas discursividades e ensejaram inquietações.

Quando decidi no Mestrado modificar o tema escolhido e fazer uma pesquisa junto à Comunidade Surda, tomei a decisão ética de me aproximar da Língua Brasileira de Sinais⁴, naquele momento, eu era uma pesquisadora-ouvinte, que pouco conhecia a língua de sinais, no meio de uma comunidade surda sinalizadora. Senti que precisava aprender a língua, percebi que esta era importante para a comunidade na qual eu realizava a pesquisa.

A respeito das experiências vividas⁵ nesta época quanto à aprendizagem da Libras, posso dizer que esta discussão se introduzia nos espaços educacionais cearenses, por onde transitei, com maior força em 2010.

⁴ Língua Brasileira de Sinais: “[...] é um sistema linguístico de natureza visual-motora, que apresenta uma estrutura gramatical própria, constituindo-se como um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos das comunidades de pessoas surdas do Brasil” (BRASIL, 2002).

⁵ Em 2009, iniciei um curso básico de formação em língua de sinais no Centro de Formação de Profissionais da Educação e Atendimento às Pessoas com Surdez (CAS). Este era um espaço de trabalho, militância surda, encontros, trocas de informações e fomento ao uso da língua de sinais pelos surdos e seus familiares. Nessa instituição, à época, também funcionava a Federação Nacional de Educação e Integração de Surdo (FENEIS) e, ao lado, havia o Instituto de Cearense de Educação de Surdo (ICES). Neste espaço, conheci a língua de sinais e tive contato com a comunidade surda. Em 2010, o curso foi para outra instituição, espaço que não propiciava as mesmas experiências linguísticas do anterior, visto não nos possibilitar o contato permanente com pessoas surdas e suas causas de luta. Finalizei o curso em 2014. De 2015 a 2017, objetivando aprofundar os conhecimentos

Lembro-me de que os primeiros cursos de Libras que fiz, básico 1 e básico 2, anteriormente a esta data, se dirigiam majoritariamente à aprendizagem prática da língua de sinais, porquanto não havia um solo teórico na perspectiva cultural da surdez, como há hoje. Materiais com fotos e vídeos não eram de fácil aquisição.

Fazíamos a descrição dos sinais por escrito ou desenhávamos o que se julgava representar o movimento daquele sinal. O conhecimento sobre a cultura surda era narrado por alguns professores surdos de maneira breve.

Com o tempo, o material didático foi se estruturando, reunindo novos elementos visuais, como desenhos e, posteriormente, fotos dos sinais. As avaliações, então, passaram a exigir mais atividades práticas. De igual modo, os conteúdos teóricos acerca da experiência visual e cultural da surdez foram introduzidos no material didático e proferidos com maior apropriação pelos professores surdos.

Aos poucos, uma nova concepção de pessoa surda foi se constituindo nos espaços educacionais. Experimentei a surpresa de muitos ao se depararem com a visão de pessoas surdas sob as lentes culturais. Com o tempo, vi ser expresso com certa veemência, por pessoas não ligadas diretamente à comunidade, mas que estavam fazendo formações nesta área, que os surdos eram sujeitos visuais. O enraizamento deste discurso nos espaços educacionais começara a se propagar.

É preciso expressar que em 2006, a Universidade Federal do Ceará (UFC) passou a sediar um dos polos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) do Curso de Letras-Libras modalidade licenciatura. A primeira turma iniciou nesse tempo e concluiu em 2010. A segunda turma, na modalidade bacharelado, iniciou em 2008 e finalizou em 2012. Muitos dos professores e tradutores-intérpretes de língua de sinais com quem tive contato neste período foram alunos deste curso. Nos anos posteriores, a UFC passou a sediar o seu curso.

A admissão ao curso de Letras-Libras em uma Universidade Federal, decerto, marcou uma ruptura na ideia de educação de surdos do Ceará, em razão de os membros da comunidade surda, dentre eles surdos e intérpretes atuantes, estarem vivenciando este decurso de formação.

Como escreve Lopes (2011), a comunidade surda, ante sua permanência na universidade, passou a vivenciar renovada fase de sua militância. Além disso, vários dos surdos

acerca da Libras, sua estrutura linguística, aspectos culturais e o processo de tradução e interpretação entre línguas, cursei a Especialização em Libras: interpretação, tradução e ensino. O contato que mantive com os alunos surdos e colegas ouvintes, intérpretes em sua maioria, me possibilitou conhecer ainda mais universo linguístico e cultural da pessoa surda, período em que fiz muitos amigos.

formados por este curso e intérpretes de Libras assumiram cargos dentro da Universidade e em outras estruturas da rede de Educação do Estado.

Lembro-me de que, em 2010, promovi grupo focal durante o Mestrado⁶ com membros da comunidade surda, e de um deles haver assim se pronunciado,

Bem assim, eu quando era criança eu tinha muitas dúvidas, eu não tinha a minha identidade própria, igual ao ouvinte [...] então assim, eu não sabia nada sobre identidade, o que eu fazia mesmo era copiar os ouvintes, a educação, avaliação, então só fazia mais copiar como é que eles se vestiam, como é que eles andavam [...]. Eu já comecei a estudar atrasado [...] foi onde eu fui descobrir, dar minhas opiniões, saber meus direitos, lutar, batalhar. Aqui no Instituto dos Surdos já tinham muitas informações que eram dadas, aí comecei a andar no Instituto, na FENEIS, na Associação de surdos, então às vezes as pessoas falavam o que queriam, mas eu não sabia como respondê-las, mas depois que eu comecei a entrar no mundo da educação, estudar, andar nas associações, na FENEIS, **agora não, eu me sinto mais uma pessoa mais responsável, eu falo o que eu quero, o que eu penso, estou fazendo faculdade, faço Letras-libras, eu me sinto outra pessoa.** O ano de dois mil e nove está sendo ótimo para mim e esse de dois mil e dez vai ser melhor. (NÓBREGA, 2010).

Este relato esteve diretamente atrelado a sua formação acadêmica no curso de Letras-Libras. Tais membros da comunidade surda, ao mesmo tempo em que foram formados, buscaram produzir mudanças na Educação de Surdos do Estado.

Se, na atualidade, ainda não conseguiram pôr em prática o que tencionam, certamente, ante a existência deste Polo e, posteriormente, do curso próprio da UFC, as questões da identidade e cultura surda passaram a ser divulgadas. De igual modo, os surdos se fortaleceram na qualidade de grupo cultural, sustentados pelos referenciais acadêmico-científicos.

Não é que anteriormente não existissem reivindicações ou eles não se articulassem nos espaços da Associação. O fato é que a vinda do curso de Letras-Libras para uma universidade pública concedeu a possibilidade de discussão de um novo referencial teórico metodológico de educação de surdos e serviu também para que eles se articulassem sob a luz de um referencial teórico que dava sustentação às experiências vividas na comunidade. A vida real se entrelaçou com o mundo do discurso científico e produziu efeitos.

Impõe-se eu expressar, porém, que, apesar de viver um verdadeiro tempo de descobertas e de abertura à novidade que se processava na realidade da Educação de Surdos do Estado do Ceará e no Brasil, vivi tempo de angústia que me desafiou a me desconstruir e reconstruir ante nova experiência discursiva da surdez, pois, eu era uma fonoaudióloga,

⁶ Informação oriunda da dissertação intitulada: O Mundo do Surdos: Representação, Cotidiano e Políticas Públicas, autora Juliana Donato Nóbrega, orientador: José Ricardo Soares Pontes.

formada sob o referencial clínico, no seio da comunidade surda que militava pelo uso da língua de sinais.

Foi necessário construir pontes para que compreendessem que, mesmo eu estando impregnada pelo referencial teórico sobre o qual fui preparada, era possível me abrir ao diálogo, conhecer e experimentar outra referência da surdez.

Como fio que se tecem e linhas que se entrelaçam e se articulam, após ingressar no Mestrado, meu orientador, elaborou um programa para ministrar a disciplina *Epistemologia na Saúde Coletiva*, resultado de um movimento novo que ele assumira e levou para a orientação.

Envolta em aspectos de cariz filosófico, a disciplina questionava: como o conhecimento foi produzido? O que é verdade? A disciplina abordava o modo como o conhecimento científico foi construindo e sustentado sobre que alicerce. Para tanto, abordou o conhecimento em sua concepção histórico-filosófica.

Fizemos leituras intermináveis. Líamos textos de diferentes variados períodos históricos acerca da questão do conhecimento. Passamos pela cultura grega, por Homero, Platão e Aristóteles e escrituras medievais, com Santo Agostino e São Tomás de Aquino. Tivemos acesso a Bacon, Descarte, Kant, Hegel, Marx e Foucault, passando por Sartre, Heidegger Merleau-Ponty e Paul Ricoeur.

No doutorado, estimulado pela temática relativa ao meu objeto de orientação, meu orientador trouxe para a cena as discussões sobre a Filosofia da Linguagem, passando por Górgias, filósofo pré-socrático, Saussure, Chomsky, Wittgenstein e a virada linguística, Cassirer e Bakhtin e Foucault.

É óbvio que em muitos desses filósofos não conseguimos nos aprofundar, mas este não era o objetivo primeiro da disciplina, pois quem quisesse se servir do pensamento de um desses autores o faria em outro momento.

De certo modo, apreendemos que o conhecimento é constituído socialmente e que distintas teorias se ocupavam a olhar os objetos sob diversos prismas. A ideia era que suspeitássemos do conhecimento produzido pela ciência e que algumas verdades fossem postas em suspenso. A ciência constituída modernamente, neutra em seus pressupostos e discursos, também foi social e historicamente estabelecida, sustentada por seus regimes de verdades.

Nestas inúmeras leituras, nos desconstruímos e reconstruímos. Quantas vezes eu e meus colegas nos angustiamos ante tal desconstrução. Era um misto de prazer-sufocante que nos mobilizava. Batia à minha porta o novo, que me levava a um certo descaminho e que me tensionava a repensar o que estava sedimentado.

De que adiantaria, porém, como diz Foucault (1984, p. 13) “[...] a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?”

No Mestrado, conheci a comunidade surda. Junto à Associação de Surdos, vivi novas experiências. Minha Dissertação que recebia (abreviadamente) o nome **O Mundo do Silêncio**, foi denominada de **O Mundo dos Surdos**, silêncio ou mesmo vácuo, em certos aspectos, posso dizer que tive em minha formação.

Foi preciso estar com a comunidade surda para perceber que muito das coisas que julgava conhecer não conhecia. Sabia muito sobre tratamento, diagnóstico e clínica da surdez, mas pouco acerca dos surdos, ao menos a respeito daqueles que faziam uso da língua de sinais.

Na convivência com a comunidade surda, a questão de estudo no Mestrado que antes se destinava a avaliar a Política Auditiva, sobre a perspectiva do programa que se institucionalizava naquele período, se volveu a conhecer a comunidade surda e os dilemas vividos no âmbito da saúde. Não é que meu primeiro objeto de estudo fosse menos legítimo, não era isso! Contudo, a redefinição da pesquisa passou necessariamente pelos dilemas produzidos em mim ao ser interpelada por esta realidade.

Desse modo, fui em busca de compreender de que maneira uma comunidade surda política concebia o fenômeno da surdez e como vivenciava a assistência à saúde, cotidianamente. O encontro com a comunidade surda esculpiu no decorrer da feitura da Dissertação um caminho que se fez caminhando. Conviver com a comunidade surda deu o tom de uma nova proposta de estudo.

Fui tomada por incômodos e estranhamentos, o que me reafirmou o intento de continuar pesquisando em razão desse horizonte que se abriu ante as novas discursividades. Os saberes advindos da Educação e da Linguística e a realidade experimentada me fizeram estranhar os saberes naturalizados sobre os surdos, estabelecidos no curso de minha trajetória existencial e acadêmica.

A articulação entre essas diversas experiências vividas no Mestrado e no Doutorado, a aproximação com o referencial teórico mencionado, fizeram-me pôr em observação, no Doutorado, os saberes articulados no cotidiano do serviço, bem como as relações exercidas em seu interior, que perpassam tanto a sua organização como a operacionalização de suas práticas.

Jamais me havia questionado em relação aos saberes e práticas instituídos no ambiente da saúde e, de igual modo, se estas práticas influenciavam nas maneiras como os

surdos se constituíram. Nunca havia percebido as redes de poder e saber que estavam expressas. Sempre tomei tais práticas e discursos como naturais e necessários para que estes vivessem melhor em sociedade e se constituíssem em conformidade ao que esta almejava.

Os pontos que expus, entretanto, foram promovendo, *pari-passu*, uma espécie de fratura, fendas para olhar o objeto surdez sob outra perspectiva. Percebi que os saberes que forjaram a surdez implicavam o modo de lidar com as pessoas surdas, como os profissionais de saúde e suas instituições lidam com elas e de que maneira nos constituímos por meio delas.

Pela primeira vez, tive contato com uma literatura que discorria sobre a surdez com suporte em outros referenciais - os Estudos Surdos⁷. Foi estranho e desafiador olhar a surdez sob outros signos.

Além dos Estudos Surdos na perspectiva dos estudos culturais e foucaultianos, no Doutorado, deparei-me com as obras de Michel Foucault e de teóricos da Educação e da Saúde que se valeram da perspectiva foucaultiana para posicionar seus estudos e direcionar suas análises. Dentre eles, menciono Maura Coccini Lopes, Veiga-Neto, Sylvio Gadelha, Lilia Lobo, Patrícia Rezende, Sergio Arouca, Sérgio Resende e outros pesquisadores, alguns, orientandos deles, os primeiros citados.

O acesso à literatura foucaultiana, tanto nas disciplinas ministradas pelo meu orientador, como nas matérias e no grupo de pesquisa do professor Sylvio Gadelha, do qual participei nos últimos dois anos, operou verdadeiras rupturas e trouxe o novo na atividade de pesquisa. Articular essa literatura como meio discursivo da surdez na realidade da saúde foi o meu desafio.

Nos módulos que se seguem posiciono a produção discursiva dos estudos surdos, bem assim suas contribuições e influências para esta Tese. Também situo a produção discursiva da surdez nas pesquisas em saúde.

1.2 Estudos surdos na perspectiva cultural e foucaultiana: pesquisas e apontamentos teórico-metodológicos

A literatura dos Estudos Surdos, de acordo com Lopes (2011), teve início no Brasil nos anos 1980, influenciada pelos aspectos linguísticos e culturais que os estudos do linguista estadunidense Stokoe provocaram.

⁷ O item 1.2 desta Tese se detém na explicação dos Estudos Surdos.

O pesquisador exerceu intensiva influência nas publicações mundial e brasileira, quando definiu a Língua Americana de Sinais (ASL) na qualidade de língua natural, nos anos de 1960, publicando sua obra *Sign and culture*, nos anos de 1980. Esta produção discursiva influenciou o meio acadêmico e as lutas em torno do reconhecimento cultural da surdez, como aponta Lopes (2011, p. 25),

[..] Com as conquistas surdas e as “descobertas” em torno da língua de sinais, professores começaram a reivindicar, justamente com linguista, historiadores antropólogos, psicólogos, outras condições de ensino e de vida para pessoas surdas. As lutas pelo reconhecimento da língua de sinais nas escolas, pelo reconhecimento da comunidade surda e pelo fim de práticas oralistas nos trabalhos com sujeitos surdos ocuparam o cenário educacional com mais expressão acadêmica, social e política só a partir do final da década de oitenta e início da década de 90 do século XX. A formação de pesquisadores e professores surdos começou a acontecer nesse mesmo tempo. Eles lutaram para que a comunidade surda não se submetesse às imposições ouvintes e representações sobre os surdos e sobre a surdez. Filiaram o movimento surdo aos movimentos étnicos, imprimindo assim a compreensão que pensavam ser a melhor para a surdez, ou seja, entendo-a como uma diferença forjada no e pelo grupo social. Ser surdo passou a representar, a partir dos anos oitenta do século passado, inclusive no Brasil, ser integrante de um grupo étnico minoritário.

Os Estudos Surdos gestados nos anos de 1990, que encontram na diferença cultural outro modo de narrar a surdez, produziram seus efeitos com maior ênfase na virada do século XX, quando houve a concentração de publicações na área, com vistas a tensionar fortalecer a formação educacional dos surdos. Tais publicações, na perspectiva cultural e foucaultiana, alimentam um terreno de saber denominado de Estudos Surdos em Educação.

De acordo com Skliar (2016), os Estudos Surdos como programa de pesquisa em Educação problematizam as políticas educacionais para surdos, respaldando-se no referencial sociocultural da surdez, que enxerga a diferença surda, não pelo discurso da deficiência, que o reconhece e o deslegitima, mas pelo reconhecimento de outras diferenças que distinguem os surdos de qualquer outro grupo de indivíduos, tais como: a existência das comunidades surdas, as experiências visuais, as identidades surdas e o uso da língua de sinais.

Carlos Skliar foi um dos teóricos influentes para difusão dos Estudos Surdos no Brasil. O pesquisador, graduado em Fonoaudiologia, nos anos de 1990, articulou e potencializou ideias que vinham sendo gestadas acerca da educação de surdos no programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do SUL – UFRGS (LOPES, 2011).

De acordo com a autora, a necessidade de ter um professor da área específica da educação de surdos fez com que este fosse convidado a compor o programa, possibilitando a criação do Núcleo de Pesquisas em Políticas Educacionais para Surdos - NUPPES.

Embora a autora reconheça que algumas produções acadêmicas sobre a educação de surdos pelo prisma cultural já existissem nas universidades brasileiras, a chegada do Professor e a constituição do NUPPES junto aos pesquisadores da pós-graduação em Educação, em meados dos anos 1990, contribuíram para concentrar e difundir as pesquisas de autores nacionais e internacionais e de pesquisadores do próprio Núcleo.

A constituição do NUPPES, além de possibilitar a difusão e publicação do referencial cultural da surdez, produziu efeitos diretos na educação de surdos sob vários aspectos, quando possibilitou: 1) a entrada dos surdos na academia, multiplicando os pesquisadores surdos na área; 2) a proposição de políticas governamentais, estabelecendo novos parâmetros para a educação de surdos; e, 3) a formação de professores da educação básica na rede de ensino do Estado do Rio Grande do Sul e em outros estados.

No que se refere às políticas de educação, o grupo, por meio de um convênio com a Secretaria de Educação do Estado, promoveu a formação de professores para atuarem na Educação de Surdos na rede pública estadual. Devido à repercussão desses trabalhos, o grupo foi várias vezes chamado por outros estados brasileiros para atuar como formador de professores, bem como ministrar conferências, palestras e cursos. A disseminação da Língua Brasileira de Sinais foi uma das metas colocadas pelos pesquisadores, que buscavam parcerias em outros Estados para fortalecer a pesquisa e a comunidade surda, já integrada na produção e na vida acadêmica. (LOPES, 2011, p. 12).

[...] o Núcleo de Pesquisa em Políticas de Educação para Surdos (NUPPES), do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sem dúvida, contribuiu muito para alguns avanços sociais, educacionais e políticos no que concerne à causa surda, no Brasil. Tendo como aliada a Linha de Pesquisas Estudos Culturais em Educação daquele mesmo programa de pós-graduação, o NUPPES, durante muitos anos, funcionou como um centro tanto produtor e irradiador de conhecimentos e formador de especialistas no campo dos Estudos Surdos quanto catalizador de ações políticas em prol dos direitos dos surdos (LOPES, 2011, p. 32).

Ciente de não querer esgotar tudo o que existe sobre as investigações da educação de surdo no Brasil, aproximei-me de alguns autores que estudam essa temática à luz dos Estudos Surdos. São pesquisadores atuantes, cujas pesquisas são referenciadas por seus pares e por estudiosos de outras searas.

Ao referenciá-los, posiciono suas contribuições e influências para o estudo que intento desenvolver. Mais do que descrever o que os autores abordam em suas obras, pretendo evidenciar os pontos que me mobilizaram a posicionar este objeto de estudo, considerando tais referenciais. De igual modo, é pretexto se fazer uso de alguns expedientes conceituais que podem ser operacionalizadas nesta tese.

Duas obras as quais tive acesso no Mestrado foram cruciais para que me deparasse, como diz Bujes (2007, p. 17) com “[...] uma passagem inteiramente diferente, estranha, inquietante, desestabilizadora”.

Foi o livro organizado por Carlos Skliar, intitulado *Surdez: um olhar sobre as diferenças* (SKLIAR, 2016), cuja primeira versão foi publicada em 1998. A segunda obra foi a dissertação da Gladis Perlin, defendida em 1998, denominada de *Histórias de vida surda: identidades em questão* (PERLIN, 1998).

Na Apresentação do livro e no capítulo 1 - *Os Estudos Surdos em Educação*: problematizando a normalidade, o autor desenvolveu uma crítica acerca do modo como a surdez e o surdos foram narrados com base nos saberes clínicos, e firmou um novo horizonte epistemológico da surdez como base na diferença, demarcando o que são os Estudos Surdos na Educação,

Os Estudos Surdos ⁸se constituem enquanto programa de pesquisa em educação, onde as identidades, as línguas, os projetos educacionais, a história, a arte, as comunidades, as culturas surdas, são focalizados e entendidos a partir da diferença, a partir do seu reconhecimento político [...] a diferença, como significação política, é construída histórica e socialmente; é um processo e um produto de conflitos e movimentos sociais, de resistências às assimetrias de poder e saber, de uma outra interpretação sobre a alteridade e sobre o significado dos outros no discurso dominante. (SKLIAR, 2016, p.5-6).

Os surdos, com procedência nesta abordagem teórica, que centra sua base epistemológica nos Estudos Culturais, não de ser significados, não como pessoas deficientes ou sujeitos a corrigir, mas como sujeitos culturais.

Neste sentido, a surdez é um marcador cultural, como anota Lopes (2011), que revela diferenças outras que em nada precisam se identificar com a perda de audição, mas com outras experiências, como, por exemplo, os encontros entre surdos ou mesmo o uso da língua de sinais.

O autor lança visão renovada para temas já estudados, havendo aqui uma mudança de perspectiva da surdez, dando ensejo à produção de novas matrizes discursivas sobre o assunto. Com esta empreitada, desnaturaliza o lugar do surdo nos espaços educacionais, alojado na deficiência, e evidencia as práticas estabelecidas, tensionando novas práticas com os sujeitos surdos em interlocução com a língua de sinais.

⁸ Seus teóricos compreendem os surdos em sua diferença cultural e linguística, contrapondo-se à interpretação de surdez como deficiência e doença (SÁ, 2010; SKLIAR, 2016; STROBEL, 2008). As pesquisas produzidas nesta seara questionam o lugar do surdo na Educação e o modo como foram produzidos socialmente.

Grande parte dos trabalhos de doutorado e mestrado realizados na UFRGS, quando na formação do NUPPES, ocorreram sob a orientação deste professor. Dentre estes, destaca-se a dissertação de Gladis Perlin, intitulada *Histórias de vidas surdas: identidades em questão*, defendida em 1998. Em 2003, essa pesquisadora se torna a primeira surda doutora no Brasil, sob a orientação de Carlos Skliar.

Esta é a segunda referência teórica expressa aqui. Quando eu li esta obra pela primeira vez, fiquei chocada com as distintas possibilidades de identidades surdas e de constituição do sujeito surdo. Até aquele momento, o surdo era representado em sua integralidade como deficiente, uma visão única dos surdos como deficiente, uma identidade fixa sobre o qual ele era narrado. Uma certa visão essencializada⁹ do surdo tomava os referenciais sobre surdez, inclusive as políticas públicas assentadas à época.

A constituição da pessoa surda sob a óptica deste estudo é balizada socialmente pela experiência visual, emprego da língua de sinais, identificação dos sujeitos surdos consigo próprios e aceitação de um modo surdo de ser. A luta que propõe é para que os surdos possam se compreender por esta perspectiva. Veja a seguir, em uma breve passagem desta dissertação:

Desde que surgiram os estudos culturais, a identidade surda tem sido reespecializada e reinvestida em novas formas. Não é mais a visão do indivíduo surdo sob o ponto de vista do corpo, da normalidade. É o sujeito surdo do ponto de vista da identidade. A identidade não é em uma visão que “universaliza” o sujeito. E trata o sujeito na alteridade e na diferença representável dentro da história e da política. Diante desta possibilidade, a pesquisa foi feita no sentido de se olhar as histórias de vida de surdos, questioná-las, perceber e refletir sobre suas resistências e chegar à política da identidade surda. Talvez eu não tenha conseguido perceber, neste trabalho, todas as nuances que estão implicadas na temática da identidade surda e comunidade, mas as identidades surdas representadas estão aí para que questionem as pesquisas ainda pouco realizadas dentro da perspectiva dos estudos surdos. (PERLIN, 1998, p.5).

Na discussão sobre as identidades surdas, a Autora, além de afirmar a política da identidade surda, evidenciou, como pano de fundo, a heterogeneidade do universo da surdez e pôs em destaque as tramas de poderes e saberes para constituição das identidades das pessoas surdas quando negociada no interior dos diversos espaços culturais.

⁹ Esse termo é usado por Lopes (2011, p. 14) para se referir à ideia de educação de surdo com base na Educação Especial que não percebe os surdos em suas experiências e identidades diversas. Neste sentido, tal concepção o “[...] essencializa porque, muitas vezes, parte do pressuposto de uma ‘pureza surda’ na forma de ser, pensar e relacionar-se. Não há uma forma correta, uma identidade surda mais bem definida que outra, não há um conceito melhor, não há uma essência surda [...] mas há formas diferentes de viver a condição de ser surdo e de pertencer a um grupo específico”.

A saúde produzida socialmente constitui-se com um desses espaços culturais de produção de saberes sobre surdos, que orienta e institui práticas para com esta população. Posso dizer que as obras de Carlos Skliar, Gladis Perlin se processaram como verdadeiros acontecimentos. São aquelas obras que “te rompem” e “te colocam em suspenso”, sob reflexão, no exato momento em que a pessoa tem acesso a elas.

Acrescenta-se a estes dois autores a literatura de Maura Corccini Lopes. Seus estudos para análise do problema da educação de surdos foram produzidos na intercepção dos estudos culturais e foucaultianos. A autora publica ativamente, além de ser orientadora de vários pesquisadores neste âmbito, dos quais me valho (de alguns) para problematizar esta Tese.

Nesta ocasião, faço referência ao livro *Surdez e Educação* (LOPES, 2011). A impressão que tive com a leitura desta obra é a de que ela seria, de certo modo, uma continuação do livro que Skliar organizou e publicou em 1998, quando discorreu sobre os Estudos Surdos. Denotava, entretanto, contornos mais definidos e delimitados, pois alguns anos havia passado e existia um terreno mais sólido de produções acadêmicas.

Logo no primeiro capítulo, *Rupturas e Posições*, discorre sobre a perspectiva teórica sobre a qual está assentada a produção dos Estudos Surdos. Postula suas rupturas, posicionando sua óptica sobre a surdez e tensiona a elaboração de outras narrativas da matéria, como expõe na sequência:

[...] proponho olhar a surdez de outro lugar que não o da deficiência, mas o da diferença cultural. Não nego a falta de audição do corpo surdo, porém desloco meu olhar para o que os próprios surdos dizem quando articulados e engajados na luta por seus direitos de se verem e de quererem ser vistos como sujeitos surdos, e não como sujeito com surdez. (LOPES, 2011, p. 9).

Além disso, situa o terreno onde as pesquisas foram alicerçadas e os temas pesquisados, especificamente, aqueles produzidos no NUPPES, o núcleo de pesquisa do qual participava sob orientação de Carlos Skliar. A obra de Lopes (2011) evidencia a produção cultural da surdez. - E o que significa isto?

- Que os significados sobre a surdez estão alicerçados na cultura, nos sentidos que a ela são atribuídos. Ante sua materialidade no corpo surdo, segundo a autora, saberes sobre o surdo e a surdez são constituídos culturalmente.

Diferentes discursos criam distintos significados para a surdez, porém nenhum deles pode negar a materialidade presente no corpo. Diante dessa existência (digamos) “natural” da surdez, há sentidos criados a partir de modos particulares de vivenciar a questão. Os significados são inseparáveis da cultura em que se formam e circulam; são eles os responsáveis pela nossa visão cultural do ser surdo; isso para não citar as outras visões que estão no âmbito da clínica, da antropologia, da política, da economia, etc. Quero dizer que entender a surdez como um traço cultural não significa retirá-la do corpo, negando seu caráter natural; nem mesmo significa o cultivo de uma condição de não ouvir. Significa aqui pensar dentro de um campo em que sentidos são construídos em um coletivo que se mantém por aquilo que se inscreve na superfície de um corpo [...] a surdez pode ser vista dentro de um campo de ações construídas pela linguagem. É a linguagem que permite a criação de um sistema significações para representar coisas e negociar sentidos sobre elas. É sobre os sentidos que damos às coisas que construímos nossas experiências cotidianas e nossas interpretações sobre nós e os outros. (LOPES, 2011, p. 15-16).

Outra grande contribuição que a autora oferece é a noção de que só se produz sentido sobre algo ante a uma materialidade e uma produção de saber que sustente esses sentidos.

Não há como fazer significações sem que haja conhecimentos, representações sobre o que é ser surdo e o que seja surdez. Para longe de uma essencialização, é importante frisar que não haverá invenção de sentidos se não houver materialidade e conhecimento de qualquer ordem produzindo condições para sua criação. (LOPES, 2011, p. 16).

À vista de suas posições, a autora tira a produção discursiva da surdez do seu lugar sólido, regular, comum, da significação da surdez como deficiência, e informa que este é só mais um lugar de produção de verdades, que advém do interior de um concerto discursivo, historicamente situado, produzido culturalmente, e, que este coexiste com outras verdades, sendo inclusive tensionado por elas.

Com suporte na leitura das obras destes autores e de outros que compõem os Estudos Surdos referenciados no desenrolar da Tese, posso apontar que as investigações produzidas sob referencial teórico dos Estudos Surdos analisam, no âmbito educacional: 1) as relações de poder e os saberes produzidos na educação de surdos; 2) os efeitos da pedagogia corretiva na vida destas pessoas, como, por exemplo, os efeitos desta na formação de suas identidades; 3) o lugar do surdo nas práticas educacionais dominantes, no contexto da educação especial, dentre outras constatações.

As três obras rompem, logo de partida, com a ideia essencialista de surdo como deficiente, que necessita ser recuperado para se integrar à sociedade e se põe a problematizar os discursos que o produziram, em dado período histórico, no contexto da educação especial e inclusiva.

Outra obra de igual importância para compreensão deste vasto terreno discursivo da surdez é o livro de Cecília de Moura, intitulada de **O surdo: um caminho para uma nova identidade** (MOURA, 2000). Produzida sob os referenciais da Psicologia Social, a obra problematiza a importância da língua sinais na constituição do sujeito surdo, contrapondo-se aos discursos instituídos à época.

Para o campo científico da surdez e da Fonoaudiologia, a publicação desta Tese, nos anos 90, processou-se como um verdadeiro acontecimento no cenário da atuação fonoaudiológica para com este público.

1.3 A produção discursiva da surdez no âmbito da saúde

Para anunciar a novidade tem-se que passear pelo já-sabido e pelos anúncios de outras novidades. (ALCÂNTARA, 2013, p. 31).

Esta é uma citação constante na obra de Alcântara (2013), intitulada *A Ordem do Discurso na Educação Especial*, em que busca analisar o acontecimento¹⁰ inclusivo educacional e a formação de professores na realidade da educação especial/inclusiva.

Afiliando-se a Michel Foucault, ao situar as pesquisas realizadas no cenário em Educação, o autor exprime o já enunciado para trazer a novidade que intenta abordar. Problematiza na autoria ou na função-autor a existência de uma trama discursiva, que antecede o autor.

Com esteio nas publicações da realidade da saúde e nas tramas discursivas que antecederam este estudo, trago meus pares para ilustrar os estudos sobre surdez no terreno da saúde, ao mesmo tempo em que problematizo os discursos e práticas produzidas, objetivando lançar outras perspectivas acerca destas matérias. Identifico meus pares na busca de apontar suas contribuições e situar a novidade deste ensaio.

A grande influência recebida na saúde pela Biomedicina demarca uma fronteira importante. Na área da surdez, as pesquisas realizadas considerando esta matriz são efetivadas em maior quantidade. Posso reportar, aqui, à Epistemologia da surdez cujo foco está na deficiência auditiva, no tratamento, na cura e reabilitação, bem como nos estudos acerca das

¹⁰ Acontecimento é uma palavra tecida por Foucault para problematizar o conceito de história. Significa olhar para a história, buscando compreender o que promoveu sua descontinuidade, sua ruptura, a abertura ao novo, neste caso, em específico, da pesquisa de Alcântara; o novo, a inovação, o acontecimento seriam o discurso inclusivo; um conjunto de produções discursivas sobre as questões educacionais, que não existia, mas que passou a circular em um determinado período histórico. Acontecimento como novidade ou diferença é um dos cinco sentidos possíveis no dicionário de Castro (2016).

tecnologias auditivas. Atreladas a essas publicações, estão as pesquisas sobre o perfil epidemiológico dos problemas auditivos e a avaliação dos serviços de saúde auditiva.

As demandas que envolvem os termos surdez e surdo em sua vertente qualitativa aumentaram consideravelmente nos últimos 15 anos, no Brasil - em razão às políticas públicas de acessibilidade (BRASIL, 2002; 2004), daquelas direcionadas à saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2006; 2012), e as dirigidas aos aspectos linguísticos e culturais da comunidade de surdos, que garantem o uso e a difusão da Libras nos estabelecimentos públicos (BRASIL, 2002; 2005).

Verificou-se um incremento nos estudos qualitativos que abordam o atendimento e acesso desta população aos serviços de saúde, com foco no encontro clínico entre profissional e paciente surdo e nas habilidades de comunicação interpessoal. Também se observou a ocorrência de estudos que combinaram os métodos de pesquisa qualitativos e quantitativo sobre o assunto.

Alguns desses estudos abordaram a percepção dos próprios surdos acerca de seu atendimento (COSTA et al, 2009; NÓBREGA et al, 2012; NÓBREGA et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2015; PIRES; ALMEIDA, 2016; SANTOS; PORTES, 2019), outros, a percepção dos profissionais de saúde e de gerentes dos serviços (IANNI; PEREIRA, 2009; PAGLIUCA, FIÚZA, REBOUÇAS, 2007; TEDESCO; JUNGES, 2013).

De igual modo, as discussões acerca da orientação da prática médica, com base no ensino crítico, reflexivo, generalista e humanista, amparado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (COSTA; SILVA, 2012; COSTA, et, 2009; ROSSI; BASTISTA, 2006) influenciaram, também, a produção nesta área, com publicações acerca da relação médico-paciente, com foco nas habilidades comunicativa neste *locus* de atuação.

As abordagens dessas pesquisas perpassam os aspectos sociais e subjetivos que envolvem a temática da surdez, travando discussões sobre vínculo, relação profissional de saúde-paciente, comunicação interpessoal na produção do cuidado em saúde e as barreiras de comunicação para atendimento deste público. Centraram-se, contudo, na garantia do direito à saúde, com norte na efetivação ou direcionamento das políticas públicas.

O fato é que, embora estas produções se desloquem dos aspectos orgânicos do problema auditivo, dando visibilidade às novas questões na área, dentre as quais o acesso, a qualidade no atendimento e reorientação da formação dos profissionais na graduação ou mesmo nos serviços, poucas problematizam os discursos sobre os quais essas temáticas estão ancoradas

e as relações de saber e poder produzidas na realidade da saúde, ainda mais quando veiculada ao atendimento das pessoas surdas.

Demandas científicas nesta perspectiva são realizadas, em maiores proporções, na Linguística e na Educação. As de ordem metódica em saúde, influenciadas pelos teóricos dessas áreas, começaram a ser produzidas, problematizando ou trazendo ao menos à tona novas visões acerca das pessoas surdas que tensionam o repensar de seus modos de atuação. Sem a intenção de esgotar toda a produção da área, faço referência a alguns estudos publicados sob esse prisma que ajudam a posicionar o objeto surdez.

Nóbrega et al (2012) sob a perspectiva interpretativa, no artigo *Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais*, ao discorrerem sobre a ética do cuidado e a relação profissional ouvinte e usuário surdo no contexto do atendimento em saúde, abordam os discursos hegemônicos sobre os surdos nesta realidade e denotam aos seus pares outra acepção de pessoa surda, advinda da própria comunidade surda.

O termo **surdo** e o vocábulo **surdez** são tomados em sua concepção fisiológica, mas também com amparo nas elaborações histórico-culturais e simbólicas produzidas na comunidade surda. Esta problematização incita os profissionais a repensarem o manejo desses usuários e suas práticas com apoio no cuidado que se processe animado no diálogo e nas trocas entre ambos, minimizando, desse modo, as assimetrias de poderes instituídas historicamente. A seguir uma passagem do texto:

Os surdos apresentam outra percepção sobre a surdez e as tecnologias a eles destinadas, oposta à normatividade técnica, às expectativas familiares e às políticas públicas moldadas pela mesma normatividade. Tal dessimetria perceptiva entre usuários surdos, profissionais e ações governamentais se apresenta, visto que suas perspectivas se baseiam em premissas diferenciadas. A concepção técnico-político-profissional, ancorada na perspectiva do déficit, afirma que a surdez é uma deficiência auditiva, conferindo às tecnologias uma estratégia para adaptá-lo e normatizá-lo à sociedade ouvinte. Por outra via, o surdo percebe a surdez enquanto identidade, lutando por reconhecimento, e não por adaptação. Nesse sentido, a preocupação com o processo na utilização de tecnologias e a adoção de novas inteligibilidades na compreensão da deficiência auditiva faz-se necessária, visto que a surdez, na perspectiva do surdo, não se configura apenas como uma diferença fisiológica auditiva, mas como uma tessitura de ordem identitária e cultural, de outra ordem de complexidade. (NÓBREGA et al, 2012, p.676).

De maneira aproximada, Chaveiro et al (2014, p. 102) em seu estudo sobre a qualidade de vida das pessoas surdas, ao fazerem um recorte sobre os instrumentos padronizados utilizados para avaliar a qualidade de vida dessas pessoas, se referem, também, à discussão sobre a surdez como experiência visual, e não, apenas, como privação auditiva, conforme o excerto a seguir:

Na área da saúde, a surdez precisa ser vista como uma diferença a ser politicamente reconhecida e como uma experiência visual. A comunidade surda, nessa concepção, deixa de ser considerada apenas pelo déficit auditivo e passa a ser respeitada pela sua identidade, com valores culturais. Nessa perspectiva, a posição das pessoas surdas passa a ser definida em termos culturais e linguísticos. A surdez pode reduzir a qualidade de vida e se qualificar como um distúrbio crônico.

Argumentam os autores que as investigações sobre a surdez são focadas na perspectiva clínico-terapêutica, subtraindo, portanto, a dimensão subjetiva que envolve sentimentos e crenças, aspecto ocorrente quando se avalia a qualidade de vida, porém, pouco considerado nos estudos para com esta população. Neste sentido, o estudo instiga a produção de saberes segundo este informe científico, levando seus pares a repensarem novas práticas com esta população.

Ruvio (2014), ao seu turno, aborda a discussão acerca do modelo explicativo da surdez e das práticas em curso em um serviço de saúde auditiva. Situa-se como um estudo avaliativo dos aspectos estruturais e organizacionais deste serviço (analisa equipamentos, materiais, estrutura física, procedimentos e corpo de profissionais).

Posiciona a discussão considerando a lógica ou a racionalidade que impera nesta organização, que se arrima num referencial clínico-terapêutico, entretanto, não o problematiza ao lume das práticas discursivas.

Alguns estudos sobre surdez/deficiência auditiva, em pessoas idosas, que adquiriram perdas auditivas em decorrência da idade, foram realizados, considerando os aspectos simbólicos e culturais da experiência do prejuízo de audição. A exemplo, menciona-se o trabalho de Fialho (2001), intitulado *Perda auditiva na percepção do idoso*.

Embora o prefalado estudo dialogue com a perspectiva cultural dos sentidos atribuídos à dificuldade de ouvir, e vá ao encontro, sob certos aspectos, desta Tese, diferencia-se dela quando não investiga, por exemplo, as relações de poder estabelecidas para definição de tais enunciados, ou mesmo quando não observa as condições de possibilidades para tal elaboração.

Alcântara (2013, p.26), apoiando-se em Veiga-Neto, teórico da Educação, diz que “[...] são os olhares que impomos às coisas que as constituem. Os problemas são criados a partir do modo como olhamos a realidade. Assim, não são as coisas do mundo que importam, mas a maneira como elas são refeitas pela nossa construção”.

Nesta mesma linha de raciocínio, Lopes (2011) complementa o pensamento, mencionando que, não sejamos ingênuos, as coisas existem, materialmente, para além do campo da discursividades, a morte acontecerá independente do sentido que damos a ela, no entanto, é

esse campo que estabelece certos regimes de verdades e possibilita dadas formações discursivas.

É sobre essa visão discursiva, permeada pelas regras e situada historicamente, que há materialidade, com esteio em sua acepção linguística – mas não encerrada nela - que se tenciona abordar nesta investigação.

De acordo com Fernandes (2012), teórico que estudou o conceito de discurso em Foucault, um discurso não é um conjunto de palavras articuladas, embora seja bem verdade que se alimenta dela para se materializar em sua existência. Ele está situado no espaço e tempo histórico e responde às condições de sua emergência, obedecendo às regras instituídas.

Ao estabelecer verdades, funda visão de mundo e modo de operar (ALCÂNTARA, 2013). Neste ponto, abre-se um espaço para se discorrer a respeito de uma publicação brasileira oriunda da seara educacional, que faz intercepções e tensionamentos com produção discursiva da surdez na saúde¹¹.

Faço menção à tese de Rezende (2012), que problematiza os discursos sobre o implante coclear na constituição do sujeito surdo. Tomada pela produção discursiva do implante no território amazonense, a autora analisou os regimes de verdades produzidos sobre os surdos perante o que ela denominou “de larga campanha do implante coclear”. Ao abordar a normalização destes sujeitos, evidenciou os discursos que sustentam estas práticas, visibilizando um terreno até então pouco explorado.

Que os surdos foram narrados com base em práticas normalizadoras, foi possível mostrar ante os estudos publicados na Educação e na Linguística. A produção discursiva dos Estudos Surdos está aí para evidenciar os efeitos destas práticas na vida e na constituição dos sujeitos surdos.

O que não se costuma fazer na saúde é questionar essas práticas e, menos ainda, se atentar para a dimensão política sobre a qual estas se sustentam, não sendo, portanto, nem neutra, tampouco despretensiosa.

Pouco se questiona o modo como a saúde organizou as práticas de atendimento aos surdos, e não faço referência, aqui, ao acesso, mas aos discursos sobre os quais essas práticas foram sustentadas. As contribuições de Rezende (2012) e dos autores em que se arrimou esta

¹¹ Alguns estudos produzidos na Educação e na Linguística a respeito da perspectiva discursiva da surdez dialogam diretamente com a saúde ou procedem a intensas intersecções, posso mencionar: o estudo de Rezende (2012) com a obra intitulada: ***Implante coclear: normalização e resistência surda***, sobre a qual se deterá a seguir, e a dissertação de Bianca Ribeiro Pontin, publicada em 2014, com o título ***Discursos e processos de normalização através de próteses auditivas nas políticas de governo da atualidade***, cujo objetivo foi investigar com base nas políticas públicas, algumas publicadas pelo Ministério da Saúde, os discursos sobre a surdez, os surdos e as próteses auditivas, evidenciando a normalização das pessoas surdas.

Tese possibilitaram evidenciar o universo científico como produtor de verdades e submeteu à suspeita verdades naturalizadas e legitimadas sobre a surdez na saúde.

Assim, ao posicionar o objeto da surdez na perspectiva de sua produção discursiva, pretendi trazer para a saúde novos embates e outras discursividades. Os estudos produzidos no ambiente da Educação, na esteira foucaultiana, trouxeram as ferramentas necessárias a esta problematização.

Acredito que a aproximação com a temática da surdez, com procedência em novos referenciais, abre fissuras nos estudos da saúde para o novo, para algo que está por vir, uma vez que a saúde como prática humana e social está em permanente em elaboração.

Em contato com esta realidade a seguinte **pergunta** foi produzida, tornando-se o **questionamento basilar** desta Tese: Como os discursos e práticas sobre surdez produzem a atenção à saúde às pessoas surdas? Apoiada neste plano discursivo busco **problematizar** os discursos e as práticas sobre surdez que produzem a atenção à saúde às pessoas surdas.

Como objetivos específicos, pretendi:

- a) descrever a organização da atenção à saúde para pessoas surdas, no âmbito do município de Sobral-CE, articulando esta organização à produção discursivo-normativo nacional;
- b) analisar os discursos sobre surdez produzidos na atenção à saúde às pessoas surdas;
- c) analisar as práticas operadas nos serviços de saúde, em especial, em um serviço de atenção em saúde auditiva, considerando as relações de poder exercidas; e
- d) investigar a ocorrência da língua de sinais como prática assistencial e de resistência.

2 TRILHAS INVESTIGATIVAS

Evidenciadas as influências dos Estudos Surdos, na perspectiva cultural e foucaultiana para esta pesquisa, estabelecidas as bases sobre as quais esta tese está assentada e as motivações para posicioná-la no modo como se encontra escrita, julguei importante discorrer neste capítulo sobre: 1) o cenário de estudo e o acontecimento que propiciou a ocorrência da pesquisa no município de Sobral; 2) o percurso para a produção do material empírico e os procedimentos utilizados; e, 3) a análise do material empírico sustentada na produção teórico-discursiva dos estudos surdos e foucaultianos.

Sob inspiração da coletânea **Caminhos Investigativos**, que versa sobre as pesquisas em Educação, balizada pela vertente foucaultiana, assim como Rezende (2012), concedi a este capítulo o título de *Trilhas Investigativas*.

2.1 Cenário do estudo e o acontecimento que propiciou a investigação no espaço escolhido

Como mencionado alhures, uma pesquisa, a produção de um saber, não surge do nada, mas se dá na inquietação, naquilo que mobiliza o investigador a pensar, sendo impossível “engendrar caminhos em abstrato”, como menciona Bujes (2007, p.15).

Com substrato em minhas experiências acadêmica e profissional, no terreno empírico da pesquisa e nos estudos teóricos adotados, me deparei com diversas situações que conduziram a escrita desta tese.

Entretanto, um ponto concreto e singular, no entanto, me mobilizou e me fez constituir este estudo no modo como se o defende: a existência da língua de sinais no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva. Foi este acontecimento que me manteve no município de Sobral para que a investigação sua ocorrência. Foi este evento que me possibilitou perceber que algo estava diferente de outrora; alguma coisa havia mudado.

Quando decidi, ainda na fase exploratória do estudo, que a pesquisa ocorreria em município-polo da região norte do Estado do Ceará, período em que eu era pesquisadora do Projeto de Pesquisa do PPSUS¹², isto ocorreu em razão ao fato de Sobral:

¹² Projeto de Pesquisa do PPSUS, intitulado: “*Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados*”, desenvolvido entre os anos de 2013 a 2015, sob financiamento da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), cujas instituições responsáveis foram: Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual, Vale do Acaraú (UVA), Universidade Regional do Cariri (URCA) e Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP – CE). O projeto foi aprovado nas quatro etapas do Edital 03/2012, do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS Rede–Ministério da Saúde/CNPq/Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP)/Secretaria

1) possuir um equipamento de saúde que realizava procedimentos em saúde auditiva, assim, era certo o encontro com surdos, componentes familiares e profissionais que os atendem;

2) sustentar um sistema de saúde organizado territorialmente, com base na Estratégia de Saúde da Família, com 100% de cobertura assistencial estimada, ou seja, um espaço potencial de cuidado à saúde à pessoa surda, não apenas em saúde auditiva; e

3) por ser um município-polo de referência para uma região e macrorregião de saúde, congregando serviços de variadas densidades tecnológicas em um espaço geográfico delimitado, isto possibilitava analisar, em um *locus* bem situado, as práticas e os discursos que perpassam o cuidado nos diversos níveis de atenção.

As pistas para identificar esse serviço advieram do Plano Estadual de Estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Ceará 2013-2016, elaborado pela instância estadual ante a publicação da Portaria Ministerial nº 793, de abril de 2012, que visou a qualificar a atenção à pessoa com deficiência por meio da organização de uma rede de cuidados integral no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012).

Como resultado deste plano, três estabelecimentos foram habilitados no Estado pelo Ministério da Saúde, de 2013 a 2014, para funcionar como Centros Especializados em Reabilitação (CER), na modalidade saúde auditiva, conforme expostos no Quadro 1.

O Serviço de Atenção em Saúde Auditiva deste município, que funciona dentro do CER, fora habilitado desde 2005, como serviço de média complexidade para atendimento nesta área, operando até os dias atuais.

Em relação à Atenção Primária, de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Sobral - PMS (2014-2017), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é base para organizar as ações e serviços de saúde. O Município possui boa trajetória de atuação nesta área.

da Saúde do Estado do Ceará) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o Parecer de nº 137.055. Teve como objetivo principal: estudar a regionalização da saúde no Estado do Ceará, e, especificamente, caracterizar as regiões e as redes de atenção à saúde (RAS) configuradas no Estado, dentre elas a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual se buscou conhecer como se configurava na região de Sobral. Foram entrevistados 25 gestores estaduais, sendo três de nível central e 22 das Coordenadorias Regionais de Saúde da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA).

Quadro 1 – Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados no Estado do Ceará.
Ano 2013-2014

MUNICÍPIOS	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO				
	CNES*	ESTABELECIMENTO	TIPO	MODALIDADE	PORTARIA/ ANO
FORTALEZA	479966	Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce- NUTEP	CER II	Auditiva intelectual	Nº 1.027/2014
	28673	Núcleo de Atenção Médica Integrada- NAMI	CER II	Auditiva Física	Nº 496/2013
SOBRAL	429173	Centro de Reabilitação Física de Sobral	CER II	Auditiva Física	Nº 1.357/2013

Fonte: Portarias de habilitação de CER publicadas pelo Ministério da Saúde (MS), anos 2013 e 2014. *Sistema de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Com 38 Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com Sistema de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2016), competência março de 2016 e 63 Equipes de Saúde da Família credenciadas e implantadas, o Município denota 100% de cobertura populacional estimada, podendo expressar em seu território o cadastro de usuários surdos (Quadro 2).

Quadro 2 - Quantitativo de equipes de Saúde da Família credenciadas, cadastradas e implantadas e proporção de cobertura. Sobral. Ano 2016

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA			
Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Proporção de cobertura populacional estimada
63	63	63	100%

Fonte: Departamento de Atenção Básica, competência fevereiro de 2016 (DAB-MS, 2016).

Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 26/04/2016.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR, 2018)¹³, Sobral é polo de referência para 11ª Região de Saúde e para uma Macrorregião de Saúde que comporta 55 municípios, possuindo 18,2% da população do Estado sob sua responsabilidade assistencial para serviços de média e alta densidades tecnológicas, conforme evidenciado no Quadro 3.

Discorridas as razões que conduziram inicialmente a se ajuntar à realidade de estudo, sob a orientação de informações contidas em documentos de instâncias municipal e

¹³ O PDR define o perfil assistencial dos municípios e o sistema referência e contrarreferência, objetivando a integralidade do cuidado e o acesso às ações e aos serviços de saúde.

estadual, estando no serviço, observei a presença da língua de sinais neste estabelecimento, de saúde auditiva, fato que me causou estranhamento e me fez permanecer como pesquisadora neste espaço.

Quadro 3 – Composição das Macrorregiões do Ceará em conformidade ao PDR. Ceará, Ano 2018

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO (*)	%
FORTALEZA	Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel	4.717.976	52,3
SOBRAL	Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim	1.642.478	18,2%
CARIRI	Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte	1.475.262	16,3%
SERTÃO CENTRAL	Canindé, Quixadá e Tauá	642.987	7,1
LITORAL LESTE/JAGUARIBE	Aracati, Russas e Limoeiro do Norte	541.757	6,01
TOTAL GERAL		9.020.460	100

(*) População IBGE, 2017.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2018.

Este foi o novo, a surpresa, pois não era comum sua presença nos serviços de saúde, a ainda mais no equipamento que presta atenção em saúde auditiva. Este foi o acontecimento potente que me prendeu a este terreno empírico, fazendo-me interrogar sobre a organização do atendimento à saúde às pessoas surdas, à luz dos discursos e práticas que as constituem.

Se há neste serviço uma prática que salta aos olhos e se exprime em destaque é porque há outras que se mostram com certa regularidade. Quando o serviço de saúde auditiva foi configurado, não fazia parte de suas práticas a língua de sinais. Mais do que isso, ela era excluída daquele espaço.

Dei-me conta, no confronto entre o empírico e o teórico, do fato de que nem mesmo o SASA sempre estivera ali, mas em um dado momento histórico foi formatado e configurado, imprimindo e regulando discursos e práticas sobre a surdez e os surdos o que gerou, na atualidade, alguns movimentos de resistência no espaço (microfísico) do serviço.

Problematizar tais práticas e discursos é objeto desta tese. O espaço empírico trouxe as evidências necessárias para interrogar a constituição de determinadas práticas sobre surdez dirigidas às pessoas surdas/com deficiência auditiva.

Além do Serviço de Atenção em Saúde Auditiva, estive em outros espaços de produção de cuidado, conversando e entrevistando profissionais de saúde, surdos e familiares (mães). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituíram o segundo local onde estive. Uma vez que não se tratava de um serviço especializado como o SASA, poderia haver uma possível diversidade discursiva sobre os objetos surdez, surdos e práticas de saúde.

À medida que se conversava ou entrevistava profissionais e familiares (mães), estes apontavam outros cenários produtores de práticas e discursos sobre as pessoas surdas. Tomei, então, conhecimento da existência:

- a) do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CMDPDS): instância de controle social, criada em 2009 pela Lei nº 968, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- b) do Centro de Formação e Apoio ao Surdo Dom Fernando Saburido: espaço social e educacional para os surdos e membros familiares e;
- c) da Associação de Pais e Amigos do Deficiente Auditivo de Sobral (APADAS): na época em que se adentrou o trabalho empírico, ela estava desativada.

No Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, acompanhei os cuidados na assistência direta ao usuário surdo e sua família, observando a organização das ações e serviços de saúde ofertados, bem como os discursos que orientam as práticas dentro do serviço.

Nas UBS, pude compreender como estava organizada a assistência para as pessoas surdas também no nível primário. Além disso, estive atenta aos modos como os profissionais se orientavam para atuar com estes usuários e as práticas realizadas no serviço.

No CMDPDS, as conversas com os conselheiros e a participação em reuniões e eventos organizados por esta instância foram potentes para compreensão dos discursos produzidos ante as práticas instituídas com as pessoas surdas no Município.

De igual modo, as conversas com alguns profissionais, como por exemplo, intérprete de língua de sinais, pais e pessoas surdas que frequentavam o Centro de Formação e Apoio ao Surdo Dom Fernando Saburido (CEFAS - Sobral) foi importante na medida em que fui percebendo os cenários social e cultural que envolviam as pessoas surdas.

No momento formal de entrada no campo, os dirigentes foram contatados e informados sobre a pesquisa por meio de uma conversa prévia. Adentrando nos espaços,

conversei com diversos sujeitos e entrevistei alguns. No SASA tive a oportunidade de observar o cuidado prestado.

2.2 Pesquisa qualitativa e o percurso para produção do material empírico

Com tantos aspectos daí provindos, por meio das conversas realizadas, dos registros em diários de campo ou mesmo dos documentos normativos, muitas informações foram produzidas e organizadas, entre os anos de 2016 a 2019.

Acredito, como o faz Rezende (2012, p. 51) que “[...] não se faz coleta de dados, e sim produção de dados”, uma vez que os produzimos na interação de sujeitos, nos registros de situações ou quando selecionamos nos documentos normativos aquilo que se preteixa analisar.

Constantemente, decidimos que contornos se conceder ao estudo, os recortes e posicionamos das questões que se intenta abordar. Afinal, até para registrar no diário de campo, selecionamos algumas observações, deixamos de eleger outras.

É no confronto entre o empírico e o teórico que a produção de dados se ampara, isto porque os sentidos que se conferem aos objetos constituídos têm relação direta com o campo de produção de conhecimento, de saberes que se veiculam ou que se produz.

Daí vincular o caráter político aos sentidos atribuídos às coisas, escolhendo, inevitavelmente, qual saber lhe dará sustentação. Este é o *locus* de produção de poder como definiu Michel Foucault. O modo como articulamos o material empírico dependerá muito mais da visão de mundo acerca das condições estabelecidas do que propriamente de uma opção ingênua, desprovida de qualquer motivação. Saber e poder se entrelaçam e isto possibilita falar sobre algo inscrito materialmente.

Para esta produção de dados, que lida com a subjetividade, a relação entre os sujeitos, espaços de crenças, narrativas de vidas e relatos de situações vivenciadas em que os discursos podem ser visibilizados, configura-se a aproximação da pesquisa qualitativa.

De acordo com Rezende (2012, p. 52),

[...] ela [a pesquisa qualitativa] envolve a relação do pesquisador com os sujeitos de pesquisa, relação que produz poder e saber. Por vezes, não é uma pesquisa objetiva, pois, neste campo produzem-se os dados, entrevista, narrativas e discursos produzidos”. Uma relação que cada um traz suas posições, lutas e produções.

Foram perceptíveis nas entrevistas ou mesmo nos encontros informais com os sujeitos do estudo, as lutas, posições e produções que cada um traz. Foram evidentes certos

incômodos sobre os aspectos de ordem institucional que envolviam as práticas tendidas às pessoas surdas daquelas localidades.

É preciso dizer que havia um certo silêncio, algo velado, que influenciava no falar ou tocar em assuntos relativos a este ponto. Sei que nem tudo foi dito, entretanto muito se relatou. É óbvio que, quando aponto isto, não guardo a intenção de obter a totalidade dos fatos, até porque, sempre que algo é produzido discursivamente, este algo é regulado, selecionado em função de quem se diz, do que se diz e sobre as circunstâncias expressas, assim como expõe Foucault (2014a).

No nível micro, neste aparente silêncio, pairava desconforto quando se pedia para falar sobre temas que envolviam as pessoas surdas daquela localidade. No nível macro, exprime-se, contudo, que o aparente silêncio nos assuntos que envolviam as pessoas surdas/com deficiência auditiva, se refletia na aparente falta de mobilização coletiva para pautar ações para estas pessoas na localidade. Não havia um grupo social atuante tensionando ações nesta área no ano em que iniciei a pesquisa, em 2016, como havia na Capital do Estado e como houve no começo dos anos 2000 em Sobral.

Existiam apenas queixas isoladas, permeadas por um sentimento de desolação em decorrência das lutas individuais. Havia, também, uma tensão acerca da comunicação das pessoas surdas, polarizada na aprendizagem na língua oral e língua de sinais, um jogo de forças que parecia dificultar concretizações de ações institucionais na área.

Algumas iniciativas de compor algo mais orgânico em termos coletivos, até mesmo com a presença dos surdos se mobilizando, ocorreu em 2018. Em 2019, o movimento ganhou maior organicidade, constituindo a Associação dos Surdos de Sobral (ASSOL).

Sem entrar na seara interna dos conflitos ou de desacordos que existiam sobre as ações direcionadas às pessoas surdas, sobretudo, quanto ao uso da oralização e da língua de sinais, evidencio estas passagens para externar as condições de produção desta Tese, as lutas e produções no âmbito investigado.

Outro problema com o qual tive de lidar foi com a não disponibilização de alguns documentos importantes, necessitados de análise, visto não se encontrarem arquivados no serviço. Assim, tive de fazer contornos para acessá-los na medida do possível. Os artigos científicos que versam sobre o serviço de saúde auditiva do Município sob exame conformaram um dos recursos demandados para colaborar com a produção discursiva desta tese, bem como o foi o Boletim Municipal e algumas reportagens provenientes de jornais de grande circulação no Município.

Além disso, foram realizadas conversas e entrevistas com sujeitos que não estavam pensados, mas que se revelaram importantes à extensão da busca, ao passo que outros elegidos *a priori* não se disponibilizaram à entrevista, mas concederam um momento de conversa.

Iniciei o trabalho empírico em 2016 e estive em Sobral até início de 2019. Decidi, ainda na fase exploratória do estudo, período em que se era pesquisadora do Projeto de Pesquisa do PPSUS, que a área de pesquisa seria em Sobral ante aos acontecimentos e singularidades até aqui expostos.

2.2.1 Procedimentos e técnicas para produção do material empírico

O material empírico foi produzido por meio das técnicas de observação com registro em diário de campo, entrevista aberta e análise documental. O uso da técnica de observação é um potente instrumento para registro das situações, discursos e acontecimentos que circulam nestes espaços cotidianamente, possibilitando apreender situações, como, por exemplo, as relações sutis de poder operadas no atendimento que por outras técnicas não seriam possíveis captá-las.

A imersão nos ambientes possibilitou melhor compreensão do contexto estudado. O registro das observações foi realizado no diário de campo, no qual anotei trechos de falas, conversas informais, cenas do cotidiano do serviço, permitindo-me analisar os discursos e práticas produzidos neste espaço, as relações e situações vividas na interação com os sujeitos deste estudo. A ideia de observação proposta por Barros (2014, p. 112) muito se assemelha ao que se fez neste espaço, razão por que se foi inspirada em suas expressões:

[...] Em nossos diários, procuramos frisar interferências, estranhamentos, intensidades e problematizações que surgiram por nossa parte e por parte dos demais envolvidos nessa empreitada, em decorrência de nossa inserção no território existencial da escola. Com ele, anotamos fragmentos, fluxos, trechos de fala, conversas informais e momentos da vivência cotidiana.

Além da técnica de observação com o registro no diário de campo, também foi realizada a entrevista. De acordo com Minayo (2010), a entrevista pode ser entendida como uma conversa a dois, com propósitos definidos, na busca de informações pertinentes relacionadas ao objeto de pesquisa.

Ela não é coleta de dados, mas uma situação de interação de duas pessoas, como menciona Kandel (1987). Assim, não pode ser divisada como uma conversa despreziosa ou

neutra. Ao contrário, se insere em dado contexto, com sujeitos situados historicamente e marcados por suas subjetivações.

Vários pesquisadores procuram definir os tipos de entrevistas. Em consonância com os propósitos deste estudo, escolhi a entrevista aberta, por ser uma técnica que aprofunda o assunto.

Como leciona Minayo (2010), a existência de um roteiro invisível serve de orientação para o pesquisador, não havendo uma ordem fixa entre as questões, que são colocadas no desenrolar do encontro entre sujeitos. Foram orientadas, no entanto, por alguns questionamentos que ora se denomina de roteiro inicial (APÊNDICES A, B, C, D e E).

Reitero, no entanto, a ideia de que novas questões foram incluídas para o esclarecimento de pontos abordados pelos sujeitos entrevistados. Também se incluíram questionamentos ante situações vivenciadas, haja vista esta ser uma pesquisa orientada pelos pontos concretos que se apregoam no ambiente empírico do estudo.

Neste movimento em que conhecimento e ação se produzem, novas realidades, perguntas e subjetividades foram produzidas (PAULON; ROMAGNOLI, 2010). O inesperado, nesse tipo de pesquisa, tem bastante valor, não é sufocado, ao contrário, volta-se a ele, buscando analisar os objetos que se quer conhecer.

Assim, o modo como se iniciava a entrevista ficou na dependência de situações vivenciadas com cada sujeito entrevistado. Nem sempre se iniciou pela primeira pergunta do roteiro, embora isto também tenha ocorrido. Por se tratar de uma situação de interação, fiquei atenta aos elementos que propiciavam o diálogo.

Todos os participantes do estudo foram devidamente informados e esclarecidos de maneira oral ou sinalizada e em documento escrito pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE sobre os objetivos da pesquisa, a metodologia aplicada, os benefícios previstos e riscos e incômodos, sendo garantidas confidencialidade, privacidade e informações sobre o estudo.

Além de informados sobre a pesquisa, para os surdos, o TCLE foi lido pela pesquisadora/entrevistadora e sinalizado pelo intérprete de língua de sinais/português, conforme solicitação do sujeito entrevistado. Aqueles que preferiram a leitura do termo a fizeram via documento escrito.

Cada entrevista durou cerca de uma hora a uma hora e meia e foi realizada mediante a autorização expressa nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES F, G, H, I e J).

Como meio de assegurar maior proteção e mais cuidado ao participante, reitero a noção de que a pesquisa atendeu às exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, expressas na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016), sendo autorizada sua realização de acordo com o parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, nº 1.615.689, ano 2016.

As entrevistas foram gravadas (áudio), e, nos casos dos surdos usuários de língua de sinais, também foram filmadas (vídeos), permitindo o registro da comunicação, com posterior transcrição e análise. No item participante da pesquisa, me detive a explicar como foi constituído o *corpus* discursivo final relativo aos entrevistados surdos.

Além das entrevistas, para constituição do corpo discursivo, analisei alguns documentos que tratam da organização da atenção à saúde às pessoas surdas, produzidos em âmbito municipal e nacional. São peças governamentais, como legislação, políticas, portarias, projetos instituídos, dentre outros. Os discursos oficiais, de acordo com Alcântara (2013) inspirado em Foucault, configuram uma tecnologia do poder que conduz as vidas das pessoas.

A escolha destes teve “estreita relação com a questões investigadas”, como anota Bujes (2007, p. 33). Nem tudo que julguei importante ter acesso estava disponível. Abertas as possibilidades que a pesquisa oferecia, em dado momento, decidi buscar novas opções para acessar o material possível, lançando mão de novos expedientes.

Modos de fazer foram fabricados, “foi um caminho inventado”, uma vez que esta pesquisa, assim como anota a autora há instantes mencionada, “[...] não tinha compromisso com estratégias ossificadas, com um trajeto fechado” (BUJES, 2007, p. 32).

Para descrever a organização da assistência à saúde em Sobral, bem como a organização do serviço de atenção à saúde auditiva e as experiências com a língua de sinais no município - além das entrevistas e observações - realizei a análise documental a partir dos documentos descritos no quadro 4.

Quadro 4 - Material empírico

Plano Municipal de Saúde: versa sobre a organização dos serviços de saúde sobralense da década de 90 aos anos 2000.	ANDRADE, L. O. M. D.; GOYA, N.; JUNIOR, T. M.; BARRETO, I. C. H. C. O Município de Sobral: Fisiografia, demografia, agropecuária, indústria e serviços. SANARE-Revista de Políticas Públicas , v. 2, n. 1, 2000a. ISSN 2317-7748.
	ANDRADE, L. O. M. D.; GOYA, N.; JUNIOR, T. M.; BARRETO, I. C. H. C. O sistema municipal de saúde de Sobral. SANARE-Revista de Políticas Públicas , v. 2, n. 1, 2000b. ISSN 2317-7748.
	ANDRADE, L. O. M. D.; GOYA, N.; JUNIOR, T. M.; BARRETO, I. C. H. C. Sistema local de saúde de Sobral: Um processo em construção. SANARE- Revista de Políticas Públicas , v. 2, n. 1, 2000c. ISSN 2317-7748.
Artigos da revista Sanare: versam sobre a organização dos serviços de saúde sobralense década de 90 em diante.	ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família: construindo um novo modelo: a experiência de Sobral. SANARE-Revista Sobralense de Políticas Públicas , v. 1, n. 1, p. 1-11, 1999.
	ANDRADE, L. O. M. D.; GOYA, N.; MARTINS JÚNIOR, T.; BARRÊTO, I. C. D. H. C. Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia-Sobral (CE): Três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. SANARE-Revista Sobralense de Políticas Públicas , v. 5, n. 1, p. 33-39, 2004.
Documentos municipais específicos do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva e sobre o Projeto Escuta Sobral	SOBRAL. Programa Sobral Criança e Adolescente . SAÚDE., S. D. D. S. E. D. Sobral 2003.
	_____. Projeto para habilitação do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva em Sobral – Ce . SAÚDE, S. D. D. S. E. D. Sobral 2005.
Artigo/Dissertação que versam sobre Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Sobral	CORREIA, Rafaela Bezerra Façanha. Análise do serviço de atenção à saúde auditiva no município de Sobral/ Ceará : um enfoque na triagem auditiva escolar. 2015. 147f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina <i>Campus</i> Sobral, Sobral, 2015.
	MEDEIROS, E. A.; MAIA, R. M.; CEDRO, M. de O.; BARBOSA, M. L. C.; CORREIA, R. B. F. A inserção da fonoaudiologia na estratégia saúde da família: vivências em Sobral –Ce. SANARE , Sobral, v. 8, n. 2, p. 07-15, jul./dez. 2009.
Notícias do Boletim Municipal de Saúde	Noticiava ações realizadas no Município. As edições eram publicadas pela Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Sobral e estavam disponíveis mensalmente, no período de 1998 até 2016, no site: http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm . Acesso em 22/07/2018.
Reportagem de Jornal Local	Jornal Correio da Semana. Reportagem: “Pastoral dos Surdos promove ações de inclusão na Diocese de Sobral”, publicada em 03/04/2018. Disponível em: https://www.correiodasemana.com.br/noticias/pastoral-dos-surdos-promove-acoes-de-inclusao-na-diocese-de-sobral/ Acesso em: 05/07/2018.

Fonte: elaborado pela autora

Para ter acesso ao conjunto dos arquivos, realizei pesquisas nos sites da estrutura do governo municipal e em outros correlatos. De igual modo, fui em busca dos arquivos físicos nos serviços de saúde.

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de 97-2000, publicado na revista SANARE, tive acesso ao: 1.1) ao modo como a assistência à saúde estava organizada no Município antes de 1996; 1.2) ao processo desencadeado para organizá-la sob os princípios dos Sistema Único de Saúde (SUS), da Promoção à Saúde, da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Educação Permanente. Além desse documento, sobre a mesma temática, utilizei outros artigos da *Revista SANARE*, publicados no período de 1998 a 2004.

A revista SANARE foi idealizada na década de 90 “como uma estratégia do município de Sobral-CE para divulgar as práticas exitosas de gestão pública” (SANARE, 2019). Atualmente, permanece em circulação divulgando experiências em Saúde Coletiva.

Para descrição do serviço de atenção à saúde auditiva, também utilizei artigos da revista SANARE, documentos específicos de organização desse serviço produzidos pela instância municipal da saúde, como o Projeto de Implantação do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, ano 2005, e, uma dissertação que teve o serviço como objeto de análise.

Os documentos do Boletim Municipal e algumas reportagens provenientes de jornal local possibilitaram ter acesso as matérias relacionadas às pessoas com deficiências, às pessoas surdas/com deficiência auditiva; bem como as notícias relativas ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS) e outras instâncias que realizassem ações nesta área.

O Boletim publicava matérias diárias acerca das ações realizadas pelo Município no âmbito da Saúde nos anos de 1998 até 2016. Assim, restaram pesquisadas e selecionadas as notícias, mês a mês até o período mencionado.

Dadas as singularidades locais, observei que a organização do atendimento às pessoas deficiência auditiva/surdez em âmbito municipal esteve atrelada ao movimento nacional de organização desse tipo atendimento, que se sustentou no direito à saúde e no acesso aos serviços. Este movimento também foi tencionado pelas instituições corporativas e de classe, e culminou, em 2003, com a publicação de uma Política Nacional de Atenção Saúde Auditiva.

Por esta razão me detive também, em algumas produções nacionais sobre a organização de serviços para esse público, para entender os discursos que os fundamentavam, tornando visível suas tramas discursivas.

Foram consideradas as tramas de saber-poder-verdade nos dispositivos oficiais que instituíram ações de saúde para estes usuários, em âmbito nacional, articulando-os à organização desta assistência a uma realidade concreta dos serviços de saúde do Município de Sobral.

Para constituição desses serviços, a Constituição Federal, é um marco, pois este é um acontecimento discursivo que demarcou rupturas, tanto no acesso como no modo de organizar os serviços de saúde; um documento que centra a saúde como direito e responde a uma organização da sociedade brasileira, em um dado momento histórico, que nasce na textura da exclusão social produzida pela sociedade neoliberal.

Após sua publicação, alguns documentos oficiais foram produzidos, orientando a organização dos serviços para pessoas surdas/com deficiência auditiva no início dos anos 1990 e dos anos 2000 em diante, menciono estes: a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1989) e seu Decreto (BRASIL, 1999); os documentos normativos para atenção ao deficiente auditivo instituídos nos anos de 1990; a Política Nacional de Saúde para Pessoa Portadora de Deficiência, em 2002 (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004) e mais recentemente, diretrizes publicadas nos últimos dez anos, na saúde, que versam sobre as pessoas com deficiência.

No quadro a seguir estão os documentos nacionais analisados relativos à constituição dos serviços de saúde para atendimento as pessoas com deficiência auditiva/surdas, o que incorpora tantos os documentos relativos às pessoas com deficiência de maneira geral, como aqueles específicos às pessoas surdas/com deficiência auditiva.

Quadro 5 - Material empírico

(Continua)

Portarias nacionais sobre surdez e pessoa com deficiência no âmbito da saúde	BRASIL. Portaria Nº 126, de 17 de Setembro de 1993. SAÚDE, S. D. A. À. Brasília: Ministério da Saúde 1993.
	BRASIL. Portaria Nº. 211, de 8 de Novembro de 1996. SAÚDE, S. D. A. A. Brasília: Ministerio da Saúde 1996.
	BRASIL. Portaria nº 3.762, de 20 de outubro de 1998. MINISTRO, G. D. Brasília: Ministerio da Saúde 1998.
	BRASIL. Portaria nº 1.278, de 20 de outubro de 1999. MINISTRO, G. D. Brasília: Minsiterio da saúde 1999.
	BRASIL. Portaria nº 432, de 20 de outubro de 2000. MINISTRO, G. D. Brasília: Minsiterio da Saúde 2000.
	BRASIL. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. <i>Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil</i> , Brasília, DF, 28 set. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html . Acesso em: 2 mar. 2018.
	BRASIL. Portaria nº 601, de 31 de outubro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde 2005.
	BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília 2012.

(Conclusão)

Instrutivos e diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde relativos às pessoas com deficiência/deficiência auditiva/ surdez	BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Brasília, DF, 2012.
	BRASIL Ministério da Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual CER e serviços habilitados em uma única modalidade. Brasília, DF, 2013.
	BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014.
Documentos de campanhas nacionais acerca da surdez e das pessoas com deficiência	BENTO, R. I Semana Nacional de Prevenção da Surdez. International Archives of Otorhinolaryngology , v. 1, n. 2, 1997.
	Primeiro boletim pós campanha da I Semana Nacional de Prevenção da Surdez. Brasília: Ministério da Saúde 1997.
	II Campanha Nacional de Prevenção à Surdez. International Archives of Otorhinolaryngology , v. 3, n. 4, 1999.
	Conselho Nacional de Bispo do Brasil (CNBB). Campanha da Fraternidade: Fraternidade e Pessoa com Deficiência. CNBB, 2006. Material disponível em: https://campanhas.cnbb.org.br/campanha/fraternidade2006 . Acesso em: 05/11/2019

Fonte: elaborado pela autora

Além dos documentos normativos relativos à organização de serviços para este público, também acessei um conjunto de documentos, de caráter informativo, oriundos de campanhas nacionais sobre a surdez que impactaram as ações na área.

A exposição de reportagens e notícias, provenientes do boletim municipal, das campanhas nacionais e do jornal local, no capítulo 4, ocorreu no formato de imagem, sendo capturadas pelo recorte dos arquivos publicados nas mídias sociais. Outras foram apresentadas em formato de texto, para tornar mais legível o conteúdo noticiado.

2.2.2 Participantes da Pesquisa

Por configurar uma abordagem qualitativa, os sujeitos foram eleitos por sua relevância para a pesquisa, caracterizando-se como uma amostragem não probabilística, mas de natureza proposital ou intencional (TURATO, 2013). Assim, foram entrevistados: a) dirigentes e técnicos dos serviços; b) profissionais que atuam com pessoa surdas; c) pessoa surdas, d) componentes familiares (mães); e, e) membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS).

A escolha destes se relacionou diretamente aos aspectos centrais deste estudo. Os surdos entrevistados nasceram nos anos de 1990 e outros no início dos anos 2000, período em que antecede a constituição do Serviço de Atenção ao Portador de Deficiência Auditiva no Município.

As **mães entrevistadas** relataram as experiências vividas desde o nascimento dos seus filhos até os dias atuais. Foram estas vividas dos anos de 1990 em diante. **Alguns dirigentes e profissionais** exerceram atividades em gestão e de atendimento a estas pessoas nos anos de 1990, outros após os anos 2000 e outros apenas recentemente.

Os **surdos entrevistados** relataram sua experiência de vida dos anos de 1990 aos dias atuais. Todos os surdos sinalizavam, em maior ou menor grau, e um se comunicava em língua portuguesa, fluentemente. Três se comunicavam pela leitura labial, em menor ou maior grau, e uma se comunicava, majoritariamente, por gestos, tendo pouco conhecimento da língua de sinais, neste caso, a mãe que narrou as experiências vividas por sua filha.

Após conversar com os dirigentes, adentrei os espaços institucionais. À medida que conversávamos e interagíamos, vivia e identificava situações que me direcionou a escolha dos sujeitos entrevistados. Além disso, eles comentavam situações que julgavam interessantes de serem conhecidas, indicando os surdos, familiares e profissionais com quem se pudesse conversar. O mesmo ocorreu com os demais participantes do estudo que apontavam outros sujeitos ou situações.

Direcionei esta investigação buscando perceber a organização desta assistência e as práticas ofertadas, com vistas a analisar os discursos pelos quais foram constituídas e organizadas. Estava atenta, na percepção da diversidade discursiva, à regularidade de alguns discursos e práticas, bem assim à presença de outros que se mostravam marginais.

Em relação aos dirigentes, conversei e entrevistei dirigentes e técnicos do nível municipal que atuam e atuavam diretamente com as políticas de saúde nesta esfera. Objetivei saber como foi organizada a assistência à saúde dirigida às pessoas surdas desde os anos de 1990. Estes sujeitos orientaram, apoiaram ou implantaram as práticas de saúde nos espaços de cuidados.

Os profissionais entrevistados foram aqueles oriundos dos serviços de saúde mencionados. Busquei a diversidade discursiva ao entrevistar profissionais de variadas categorias e que atuam em distintos níveis de atenção.

Os modos como são prestados os cuidados, estabelecidas as relações entre estes sujeitos, como são subjetivados pelas práticas constituídas, ou mesmo como percebem os surdos, têm entendimentos importantes de visibilização, na medida em que nestes ambientes ocorrem não só assistência ou realização de procedimentos técnicos, mas também produções simbólicas e culturais que permeiam subjetivamente suas vidas.

Quanto aos sujeitos surdos e seus componentes familiares (mães), inicialmente, o contato aconteceu no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA). Todos os sujeitos surdos entrevistados foram usuários deste serviço em algum momento de suas vidas, alguns também atendidos nas unidades básicas de saúde (UBS) visitada e outros eram participantes do CEFAS. Quanto às mães, algumas transitavam por mais de um espaço e instituições, como o Serviço de Saúde Auditiva, o Conselho ou mesmo o CEFAS.

As conversas e entrevistas com membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS) foram importantes para conhecer como se configurou a assistência às pessoas com deficiência e pessoas surdas no Município, as trajetórias de luta e como são vistas e tratadas. O mesmo ocorreu em relação às conversas com os profissionais, mães e pessoas surdas que estavam no CEFAS.

Reitero o fato de que vários foram os locais onde estive, bem como muitas as pessoas com quem conversei e entrevistei. Nem tudo o que se produziu foi exposto, entretanto serviu para que tivéssemos acesso aos aspectos posicionados na pesquisa ora relatada. Nem todas as pessoas com quem conversei se disponibilizaram a realizar a entrevista, contudo contribuíram, sobremaneira, para que se tivesse nos diálogos travados acesso aos pontos relevantes para esta investigação.

De igual modo, nem todos os entrevistados tiveram seus relatos expostos neste material. Foram selecionados aqueles que possibilitaram maior visibilidade às categorias abordadas na Tese. A leitura do conjunto das entrevistas e dos documentos normativos, no entanto, permitiu perceber, por exemplo, as tramas discursivas sob as quais a organização do serviço para pessoas surdas se sustenta. Assim, também, o conjunto das entrevistas, o registro das observações no diário de campo e os documentos normativos evidenciaram as relações de poder sutis operadas neste espaço.

No quadro 6, informei o quantitativo de sujeitos entrevistados. Para designá-los, foram substituídos seus nomes pelas seguintes denominações: os surdos foram nominados pela palavra **surdos**, seguida de um número, por exemplo: Surdo 1, Surdo 2 e assim sucessivamente.

Seguindo a mesma lógica, recorri ao vocábulo **mãe**, designando-as de Mãe 1, Mãe 2. Os dirigentes e técnicos foram nominados como Dirigente/técnico 1, Dirigente/técnico 2; e, para os conselheiros, Conselheiro 1, Conselheiro 2.

Com relação aos profissionais, isto se modificou, pois, em vez de se os chamar de profissional 1 ou 2, eles foram denominados por sua categoria profissional, sendo

fonoaudiólogo 1, fonoaudiólogo 2 e, igualmente, para os psicólogos, médicos, enfermeiros, agentes comunitários, assistentes sociais e instrutor de língua de sinais.

Quadro 6 - Quantitativo de sujeitos entrevistados

Âmbito	Sujeitos	Instituições	Entrevistados
Municipal (Sobral)	Dirigentes/técnicos de serviços, no âmbito do Município de Sobral.	Secretaria Municipal de Saúde de Sobral; Centro Especializado de Reabilitação (CER) Associação de Pais e Amigos do Excepcional em Sobral (APAE)	5
	Profissionais	Centro Especializado de Reabilitação (CER) Unidades Básica de saúde	11
	Surdos	Serviço de Saúde Auditiva UBS CEFAS	5
	Familiares (mães)	Serviço de Saúde Auditiva UBS CEFAS	5
	Membros do controle social	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS).	2

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Alguns participantes foram entrevistados em mais de uma oportunidade, mediante necessidade de esclarecimento. A entrevista com sujeitos surdos sinalizadores foi acompanhada por um tradutor-intérprete de língua de sinais/português, que realizou a interpretação simultânea entre Libras e Português. Embora me comunicasse pela língua de sinais no diálogo cotidiano com as pessoas surdas, objetivando melhor fluidez comunicativa, optei pela presença deste profissional para mediar a comunicação no momento da entrevista.

Atenta a realização deste procedimento, alguns cuidados foram tomados, considerando-se que não se teria uma interação direta entre pesquisadora e entrevistados, mas uma comunicação mediada por uma terceira pessoa. O primeiro foi a escolha do profissional com vivência junto à comunidade surda, que participasse da vida dessa comunidade, o que lhe possibilitava conhecimento cultural, uma vez que os signos linguísticos são culturalmente situados.

Nesse sentido, optou-se por um intérprete local, envolvido social e culturalmente com as vidas das pessoas surdas do Município. O segundo cuidado referiu-se ao fato de o profissional possuir experiência na prática de interpretação, uma vez que o ato de interpretação

exige certas habilidades próprias desta condição. O terceiro foi possuir formação na área que comprovasse sua capacidade técnica.

Uma vez que os entrevistados se sentissem à vontade de ter seus relatos mediados pelo profissional intérprete de língua de sinais/português, eles foram contactados para realizar a interpretação das entrevistas.

Ainda sobre os cuidados desta mediação, o intérprete foi previamente informado quanto aos objetivos do estudo, os termos utilizados, seus significados, a dinâmica de pesquisa e interação a ser desenvolvida, a fim de auxiliá-lo nas melhores escolhas linguística e facilitar o processo comunicativo. Conversamos também, sobre a ética de pesquisa, acerca da interação dos segmentos e, ainda, a respeito do papel que nós três, pesquisador, participante e intérprete, desempenhariam neste espaço

Os materiais produzidos nas entrevistas foram transcritos pela transcritora e revistos pela pesquisadora. No caso dos relatos das pessoas surdas falantes de língua de sinais, em que as entrevistas foram mediadas pelo profissional intérprete de Libras/ Português, foram tomados alguns cuidados para constituir o relato final desses entrevistados.

Com o texto em mão, transcrito e revisado, o material foi repassado ao intérprete, o mesmo que mediou a entrevista, para que fosse revisado e validado, momento em que comparou o teor transcrito com o vídeo.

À medida que assistia ao vídeo, lia o texto, direcionando seu olhar à clareza da informação interpretada. Desse modo, ficou atento, por exemplo, à omissão de algum elemento linguístico que comprometesse o dito para que realizasse o acréscimo ou correção do texto ante os elementos linguísticos do vídeo. Dessa observação, o texto final foi escrito.

2.3 Análise do material empírico sustentada na produção teórico-discursiva dos estudos surdos e foucaultianos

O material empírico adveio das entrevistas, da observação com registro no diário de campo, bem como da produção discursiva dos documentos municipais e nacionais relacionados à saúde das pessoas surdas/com deficiência auditiva.

As entrevistas foram transcritas e analisadas em conjunto com os demais materiais produzidos. Assim, procedeu-se a articulação entre os diferentes materiais discursivos, técnica que Rezende (2012) denominou de cruzamento dados.

Percebi que determinados enunciados circulavam repetidamente, evidenciando práticas cristalizadas e regulares. Outros apareceram de maneira singular e despontaram, inclusive, à extensão dos anos durante os quais permaneci no ambiente de busca.

O corpus de análise, assim como aborda Fischer (2007, p. 46) foi observado como “associado a inúmeras práticas sociais, a analisá-los igualmente como práticas que são, como constituidores de sujeitos e corpo, modos de existência não só de pessoas mais de instituições”.

As categorias de análise foram constituídas, considerando a articulação entre as produções discursivas dos entrevistados e dos documentos governamentais quando na análise da organização dos serviços de saúde para atendimento das pessoas surdas/com deficiência auditiva. Também se articularam as observações registradas no diário de campo às entrevistas, para evidenciar as estratégias sutis de poder nos espaços institucionais da saúde, operadas por suas tecnologias. Tais estratégias, quando acionadas, direcionam e produzem sentidos sobre os sujeitos surdos.

Inicialmente, descrevi a organização dos serviços, evidenciando como foi inventada uma atenção à saúde às pessoas surdas desde os anos de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000 em diante, para, nos capítulos seguintes, analisar os discursos sobre os quais esta atenção se sustenta, evidenciando as relações sutis de poder exercidas neste espaço e no cotidiano destas pessoas.

Desse modo, a análise dos documentos institucionais, das entrevistas e da observação com registro no diário de campo permitiram, como aborda Fischer (2007, p.45) “[...] a identificação de um discurso que fala de práticas concretas”.

Observou-se como o conceito de surdez e as práticas de atendimento ao surdo estão imersos em uma rede de significados que posiciona, define lugares e produz sentidos sobre estes sujeitos. Atenta permaneci, tanto às práticas institucionais como aos discursos corriqueiros produzidos no interior do serviço. De igual modo, também foi necessário se ater àqueles menos recorrentes, que romperam as regularidades para adentrar e permanecer neste espaço, rompendo certas ordens instituídas.

Na compreensão de que não há como separar o caminho dos pretextos que sustentam esta Tese, a análise do material empírico atrelou-se ao solo teórico- metodológico adotado. Ao modo de Michel Foucault, dos teóricos da educação e da saúde que produziram seus trabalhos na perspectiva cultural e foucaultina de análise, alguns termos necessitam de esclarecimento para melhor compreensão do objeto de análise - **discurso, poder e normalização.**

Tradicionalmente, os estudiosos de Foucault dividem a produção de suas obras em três fases - arqueologia, genealogia e ético-política - para se reportarem ao discurso. Nesta oportunidade, me deterei na primeira e segunda fases, uma vez que me inspiro nestes segmentos de análise para reportar-se aos problemas deste estudo.

Na primeira fase, Machado (2012) estudando as obras de Foucault, expõe que o discurso é aquilo que constitui uma produção de saber em uma determinada época, aquilo que só pode enunciado do modo como o é naquele momento e espaço histórico. **Responde, portanto, às regras de verdade onde está situado.** Observa-se que as produções discursivas e os sentidos que se concedem a elas, que as constituem, são fabricados em um determinado período histórico e submetidos a dadas condições.

Impõe-se aqui discorrer, brevemente, sobre as nuances do conceito de história para Foucault, ou melhor, cabe referir-se à produção do saber imerso na história que se diferencia das abordagens de análises tradicionais, que pensa o saber como sucessão de fatos históricos lineares a responder ao progresso.

A inovação realizada pelo Autor reside em buscar na História a novidade, a invenção, aquilo que se expressa como singular em um dado período, isto é, o acontecimento. Significa olhar para a história, buscando compreender o que promoveu sua descontinuidade, ruptura, a abertura ao novo.

Este é um dos cinco sentidos possíveis, definido no dicionário de Castro (2016) para este termo, do qual me servir agora como baliza de avaliação. Esta descontinuidade pode ocorrer no sentido mais amplo, nos fatos históricos de maior alcance ou mesmo no âmbito das relações, no espaço microfísico.

Ainda quanto à historicidade do discurso na perspectiva foucaultina, Fischer (2007, p. 55) menciona que,

Foucault é quase teimoso na sua afirmação e reafirmação de que os discursos são históricos, não só porque se constroem num certo tempo e lugar, mas porque têm uma positividade concreta, investem-se em práticas, em instituições, em um número infindável de técnicas e procedimentos que, em última análise, agem nos grupos sociais, nos indivíduos, sobretudo nos corpos.

Assim como o saber não é uma sucessão de fatos históricos, de igual modo, os objetos do mundo não estão dados *a priori*, como se tivessem uma essência cujo sujeito do conhecimento a desvendaria ou se daria a conhecer.

As coisas, materialmente, para existirem discursivamente, a fim de serem ditas, enunciadas, penetram um terreno de sentidos e são posicionadas de acordo com as regras deste *locus*, em um feixe de relação. Um conceito se liga a outro, sustenta-se por via de outros.

Essa área de sentidos funda as coisas do mundo. Ao fazê-la, as institui. Elas não existem, discursivamente, até que possam ser enunciadas de um determinado modo e em dado momento.

Com efeito, fui em busca de verificar as práticas e os discursos sobre a surdez, considerando a organização de uma atenção à saúde às pessoas surdas/com deficiência em um período histórico, objetivando problematizar o terreno discursivo da surdez e as práticas operadas na atualidade sob o signo do “[...] acontecimento como novidade ou diferença e acontecimento como prática histórica” (CASTRO, 2016, p. 24).

Reside aqui a segunda ponderação para esta análise. A produção discursiva e as práticas concretamente exercidas sobre os sujeitos se manifestam num concerto de relações. Neste sentido, a produção de um saber está atrelada ao exercício do poder que o sustenta, e o contrário também é verdadeiro, pois saber e poder se nutrem.

Por isso, posicionei a lente de análise tanto para as práticas ocorrentes nos serviços, como para o saber tecido socialmente, que sustentam tais ações. Isto porque o saber situado a serviço da tecnologia do poder age sobre as pessoas, produzindo efeitos.

Razão por que Fischer (2001, p. 199, grifo nosso) transmite a afirmação de Foucault da obra *Arqueologia do Saber*, publicada em 1986, para assinalar que o discurso é uma prática social. Nesta lógica, discurso é o sinônimo de prática discursiva,

[...] gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), **mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam**. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever.

A autora, exprime, ainda que, nas obras seguintes - *A Ordem do Discurso*, publicada em 1970 (FOUCAULT, 2014a) e *Vigiar e Punir*, editada em 1975 (FOUCAULT, 2014b) - a produção do discurso está atrelada ao poder e às relações por ele constituídas.

Deve-se, então, como menciona Fischer (2007, p. 43),

[...] olhar o *corpus* de análise como um conjunto de textos associados a inúmeras práticas sociais, a analisá-los igualmente como prática que são, como constituidores de sujeitos e corpos, de modos de existência não só de pessoas como de instituições e inclusive de formações sociais mais amplas.

A produção de um conceito, ou seja, o labor de posicionar um determinado sentido sobre as coisas materialmente existentes suscita, quando compartilhado social e culturalmente, efeitos concretos sobre os sujeitos-alvo deste discurso. Assim, um conceito, um saber, é uma prática em si mesmo.

A produção de um discurso está atrelada a uma rede de significados que o posiciona pelo exercício do poder. As práticas de saúde executadas no espaço do serviço possibilitaram se divisar o jeito como poder é exercido de maneira concreta nas relações vividas nesta realidade. De igual modo, a análise dos discursos em sua produção linguística cedeu a possibilidade de se perceber que os discursos constituem os objetos que enunciam.

O conceito de discurso, nas obras publicadas na segunda fase de Foucault, se debruça no exame das relações de poder que perpassam as produções discursivas, bem como percebem quem dita o jogo e as regras para que algo seja visto como verdade. É neste momento que Foucault articula ao saber as relações de poder. O poder é visto como algo constituinte deste saber, a ele dando a potência para produzir saberes situados.

Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essas relações de “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em redação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento. (FOUCAULT, 2014b, p. 31).

Apropriando da obra *Microfísica do Poder* – em que se incluem a análise de Machado (2012) em “Por uma Genealogia do Poder” e os textos “Verdade e Poder”, “O Nascimento do Hospital” e “Poder-Corpo”) - e das obras: *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2014b) e *Ditos & Escritos IV: estratégia, saber-poder* (FOUCAULT, 2006), destacam-se, brevemente, quatro elementos constituintes do poder analisados por Michel Foucault, nesta fase:

- 1) não ser localizado ou fixo, assim, não se limitar ao poder do Estado;

- 2) ser relacional, ele se exerce, não é uma coisa;
- 3) se exercer diretamente sobre os corpos das pessoas por meio de um mecanismo chamado disciplina; e
- 4) a positividade do poder. O poder produz coisas, tais como: discurso, saberes, desejos, ele não só reprime, tal como enfatiza o autor.

Se o poder é exercido é porque não é inteiramente repressivo como se pensava. A repressão só é uma parte do exercício do poder. Esta é a crítica que ele faz para focar a análise da existência do poder em sua face produtiva, que atua nos corpos ante uma positividade concreta. Observe-se o que o autor menciona no texto “Verdade e poder”:

Ora, me parece que a noção de repressão é totalmente inadequada para dar conta do que existe justamente de produtor no poder. Quando se define os efeitos do poder pela repressão, tem-se uma concepção puramente jurídica deste mesmo poder; identifica-se o poder a uma lei que diz não. O fundamental seria a força da proibição. Ora, creio ser esta uma noção negativa, estreita e esquelética do poder que curiosamente todo mundo aceitou. Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (FOUCAULT, 2012, p. 44-45).

Constitui-se socialmente no século XVIII uma maneira totalmente nova do exercício do poder que atua não mais pela força, pela violência extremada, como se verifica no primeiro capítulo da obra *Vigiar e punir* (FOUCAULT, 2014b, p. 45) quando discorre sobre o corpo supliciado de Damians pelo poder do soberano:

Dentre tantas modificações, atendo-me a uma: o desaparecimento dos suplícios. Hoje existe a tendência a desconsiderá-lo; talvez, em seu tempo, tal desaparecimento tenha sido visto com muita superficialidade ou com exagerada ênfase como “humanização” que autorizava a não analisá-lo. De qualquer forma, qual é sua importância, comparando-o às grandes transformações institucionais, com códigos explícitos e gerais, com regras unificadas de procedimento; o júri adotado quase em toda parte, a definição do caráter essencialmente corretivo da pena, e essa tendência que se vem acentuando sempre mais desde o século XIX a modular os castigos segundo os indivíduos culpados? Punições menos diretamente físicas, uma certa discrição na arte de fazer sofrer, um arranjo de sofrimentos mais sutis, mais velados e despojados de ostentação, merecerá tudo isso acaso um tratamento à parte, sendo apenas o efeito sem dúvida de novos arranjos com maior profundidade? No entanto, um fato é certo: em algumas dezenas de anos, desapareceu o corpo supliciado, esquartejado, amputado, marcado simbolicamente no rosto ou no ombro, exposto vivo ou morto, dado como espetáculo. Desapareceu o corpo como alvo principal da repressão penal.

Outra configuração social jungida ao sistema de produção econômica industrial produz outros modos de atuar sobre os corpos, cuja punição tornou-se mais branda, ou mais sutil. O sistema jurídico de punição se modifica e os corpos passam a não ser mais punidos com tanta severidade como foram outrora. As penas se abrandam, mas não por um mecanismo de humanização e sim para se ajustar a ordem econômica que não necessita de corpos torturados para produzir, mas de corpos dominados, “dóceis” e “úteis” economicamente.

É sobre a alma que as punições mais brandas incidem para dominar os corpos e fabricar o humano moderno como efeito do sistema de produção socialmente estabelecido. Tanto mais útil, tanto mais dócil - eis a receita para o sistema de produção industrial funcionar.

“Este investimento político do corpo está ligado”, como apontou Foucault (2014b, p. 29) “à sua utilização econômica”. O sistema de punição, jurídico, se modifica à exigência da nova ordem social. Encontra na economia industrial e no desenvolvimento científico da senda médico- psiquiátrica as condições e possibilidades para se desenvolver. Essa nova arte de punir ocorre pela regulação e correção dos corpos e não mais pela violência estremada.

Esse exercício do poder repercute na formação da subjetividade de cada qual, uma vez que se exerce pela regulação das condutas das pessoas. O poder é exercido sobre por via da disciplina ou poder disciplinar.

Um exemplo sobre o exercício do poder se encontra no texto “O nascimento do hospital” (FOUCAULT, 2012, p. 180). O autor situa a disciplina como “*técnica de gestão dos homens*” e, define algumas características deste tipo de poder. Segundo o autor, a disciplina é uma tecnologia do poder que organiza os corpos no espaço, controla o movimento em detalhes, que vigia os corpos com vistas a sua eficácia e produz saberes por meio dos registros contínuos das informações,

Os mecanismos disciplinares são, portanto, antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até o século XVII e XVIII, quando o **poder disciplinar** foi aperfeiçoado como **uma nova técnica de gestão dos homens**. Fala-se, frequentemente, das invenções técnicas do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas etc. – mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova **maneira de gerir os homens, controlar sua multiplicidade, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade**, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-lo. (FOUCAULT, 2012, p. 180).

O uso da disciplina terá seu exercício nos diversos espaços sociais, disseminou-se nas escolas, nos quartéis, nos hospitais, na organização do meio social.

Na saúde, os hospitais foram inventados como espaço terapêutico-curativos. Na articulação entre poder disciplinar e saber médico, a função hospitalar se altera, deslocando-se

de uma “assistência material e espiritual” (p.174), cujo foco era o sacramento (salvação espiritual), para uma assistência terapêutica, com vistas à proteção e à segurança do espaço público.

Há, portanto, mudança de práticas e saberes médicos, no que diz respeito, não só, ao acúmulo de conhecimentos e técnicas, mas na própria organização interna hospitalar, que se ajusta como estrutura terapêutica para tratar e curar em articulação com a disciplina.

Assim é que o hospital-edifício se organiza pouco a pouco como instrumento de ação médica: deve permitir que se possa observar bem os doentes, portanto, coordenar melhor os cuidados; a forma dos edifícios, pela cuidadosa separação dos doentes, deve impelir os contágios; a ventilação que se faz circular em torno de cada leito deve enfim evitar que os vapores deletérios se estagnem em volta do paciente, decompondo seus humores e multiplicando a doença por seus efeitos imediatos. O hospital - aquele que se quer aparelhar na segunda metade do século, e para o qual se fizeram tantos projetos depois do incêndio do Hôtel-Dieu – não é mais simplesmente o teto onde se abrigavam a miséria e a morte próxima; é, sem sua própria materialidade, um operador terapêutico. (FOUCAULT, 2014b, p. 169).

Quando Foucault evidencia a constituição do hospital como instituição médica, ou seja, como instituição que visa a tratar terapêuticamente e curar os doentes, os saberes, produzidos no final do século XVIII, tomaram por base os ensinamentos médicos e não mais a matriz religiosa de conhecimento pela qual os hospitais tinham sido constituídos. O fazer médico articulado à disciplina produz um espaço hospitalar sob a tecnologia da disciplina,

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. (FOUCAULT, 2012, p. 183-184).

Esta mudança de função hospitalar tem absoluta relação com o que Foucault (2012, p. 187) denominou de “tomada de poder pelo médico”. É a visão do médico sobre a doença, o doente, sobre as funções que o hospital deve desempenhar, que orienta sua organização. E os registros produzidos clinicamente no interior dessas instituições contribuíram para a produção de saberes a serem difundidos.

De semelhante modo, no meio social, as práticas da profilaxia do ambiente foram um importante mecanismo para manutenção da ordem social. As práticas médicas articuladas

à instituição escolar nascente encontraram na disciplina as técnicas de organização do espaço escolar.

Na articulação entre saber médico, educacional e disciplinar, os corpos - inválidos ou infames - como expressiu Lobo (2009) - dispersos na população, foram submetidos à normalização e segregados em espaços específicos. Remansaram subjugados a esta necessidade de classificar e ordenar as coisas, considerando uma norma, um parâmetro de comparação tomado como ideal, a normalidade, tudo definido à luz das práticas médicas e psicológicas.

Barberena (2013, p. 26) afirma que “a norma serve, então como parâmetro para comparabilidade com o outro, permitindo estabelecer semelhanças e diferenças, aproximando-se ou afastando-se da média considerada normal - enfim, produz o normal e o anormal dentro da esfera da normalidade.

E complementa dizendo que:

Não referencio esse termo para classificar os sujeitos em face de sua normalidade ou anormalidade, mas por compreender que, independentemente da nomenclatura utilizada, marcamos os sujeitos a partir de suas diferenças e os posicionamos como (a) normais no interior da norma. Terminologias como “pessoas com necessidades especiais”, consideradas politicamente corretas para referir-se às pessoas que não se enquadram no perfil de alunos no grupo da normalidade, também através de seus saberes desenvolvem uma operação de classificação. Dito isso, compreendo que todos os sujeitos, sejam eles normais ou anormais, são capturados pela norma e, por meio dos saberes produzidos, são classificados e comparados.” (p. 26).

Expostas as condições sobre o exercício do poder e a invenção da disciplina na sociedade moderna, que regula os corpos pela norma, dentre outros instrumentos, discorre-se a respeito do elemento relacional constitutivo da ideia de poder para Michel Foucault.

O poder não é propriedade de uma classe que uns teriam e outros não. Ele não é localizado. Ela se exerce na relação, sendo, portanto, estratégico. Assim, todos estão perpassados pelo poder que se dissemina socialmente.

Relativamente ao poder, consoante leciona Foucault (2014b, p.30):

Temos em suma que admitir que esse poder se exerce mais que se possui, que não é o “privilégio” adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas — efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados. Esse poder, por outro lado, não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição, aos que “não têm”; ele os investe, passa por eles e através deles; apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança.

Neste ensaio universitário *stricto sensu*, alcançou-se a ideia do **discurso** como um conjunto de enunciados postos relacionalmente em um terreno discursivo que, como prática social, criam sistematicamente os objetos de quem fala, dotando-os de sentidos. Ao ser produzido, responde a um regime de verdade sobre os saberes que intentam enunciar.

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso - como a psicanálise nos mostrou - não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; e visto que - isto a história não cessa de nos ensinar - o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar (FOUCAULT, 2014a, p.10).

Para analisar os discursos sobre surdez que sustentam a organização das práticas de saúde para pessoas surdas e, de igual modo, evidenciar as relações sutis de poder expressas nos espaços da saúde que conduzem e gerenciam a vida destas pessoas, foram realizados dois procedimentos. Inicialmente, se descreveu o modo como se organizou, desde os anos de 1990, a atenção à saúde às pessoas surdas no Município de Sobral, articulando-a com a produção discurso - normativo-nacional - uma vez que verificou haver uma relação entre as práticas realizadas em âmbito local e a diretrizes normativas nacionais.

Iniciou-se dos anos de 1990, passou-se pelos anos 2000, quando houve a constituição do serviço de atenção ao portador de deficiência auditiva, que se reorganizou sob orientação da Política Nacional de Saúde Auditiva, chegando aos dias atuais, quando se viu aparecer a língua de sinais neste serviço. Desse modo, procedeu-se a esta descrição em cinco momentos:

- a) organização de uma assistência pública de saúde às pessoas surdas/com deficiência auditiva;
- b) municipalização das ações e serviços de saúde organização dos serviços com base na Atenção Primária;
- c) institucionalização do serviço público de referência às pessoas portadoras de deficiência auditiva;
- d) organização do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA); e
- e) emergência da Língua de Sinais no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA).

Uma vez conferida visibilidade a esta atenção, pode-se analisar os discursos que perpassam as práticas institucionais e se expressam na qualidade de condutas que orientam tanto a organização do serviço como direcionam a vida de pessoa surda e de seus componentes familiares.

Tomando por base à noção de discurso, de práticas normalizadoras e as relações de poder sobre as quais estes se sustentam em meio ao exercício analítico, estabeleceram-se as categorias inventariadas na sequência.

O primeiro eixo foi dirigido aos discursos que sustentam a organização da atenção a pessoas surdas no âmbito da saúde. A produção de verdade expressa no campo da surdez foi traduzida em duas categorias analíticas:

- a) surdez como prática audiocentrada; e
- b) a invenção da surdez como prática sanitária.

No segundo eixo, direcionado às estratégias de poder exercidas no interior dos serviços, a análise esteve ancorada nas ferramentas ou instrumentos do poder e as práticas de resistência, compreende-se as categorias:

- a) vigilância e exame: a língua de sinais sob suspeita nos serviços de saúde;
- b) o cárcere da fala oral: o imperativo da norma auditiva;
- c) a Libras como ferramental assistencial e de resistência: articulação entre a oralização e a sinalização.

3 A INVENÇÃO DE UMA ATENÇÃO À SAÚDE DIRECIONADA ÀS PESSOAS SURDAS/COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA: ARTICULAÇÕES ENTRE AS ESFERAS LOCAL E NACIONAL

Neste capítulo, discorre-se acerca de como foi inventada, na saúde, à extensão dos anos de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000 em diante, uma assistência às pessoas surdas/com deficiência auditiva que tem como premissa o atendimento dos aspectos biológicos da surdez incorporado sanitariamente.

De igual modo, tencionou-se visibilizar, nos capítulos seguintes, os discursos e práticas que perpassam a organização desta assistência, evidenciando a novidade que aí se instaurou na atualidade, quando novas práticas foram expressas neste serviço.

O termo **invenção** encontra-se em mais de uma obra ou texto de Michel Foucault e influencia os trabalhos da Educação e da Educação de Surdos, realizados nas perspectivas cultural e foucaultiana (FOUCAULT, 2002; LOPES, 2011; FOUCAULT, 2012; REZENDE, 2012).

Aliás, o vocábulo está diretamente articulado a uma certa metodologia de trabalho do autor, em que se busca na história, em sua descontinuidade, o aparecimento de regularidades, a invenção de objetos, que surgem, ou melhor, são inventados em razão das condições de possibilidades expressas.

O autor investiga na invenção a **novidade** das práticas históricas analisadas. Ele escava o momento em que as práticas instituídas se diferenciam tanto em saberes como em modos de atuação.

Recorro ao capítulo *Por uma Genealogia do Poder*, na obra *Microfísica do Poder*, organizada por Machado (2012) para explicitar, com suporte nos objetos de investigação foucaultiana, a predileção do autor em abordar a novidade histórica, seja quando estudou a loucura, como objeto assentado no saber médico no século XVIII com a constituição da Psiquiatria; quando investigou a constituição da Medicina moderna; ou no lance em que analisou a constituição das Ciências Humanas¹⁴.

Dentre as diversas temáticas abordadas, expõem-se, a título de ilustração, uma passagem escrita pelo Autor em que aborda a invenção do hospital como espaço terapêutico e de cura. Ele discorre sobre como o hospital em determinado período histórico criou práticas,

¹⁴ As obras a que o autor se refere são: *A História da Loucura*, publicada em 1961, *O Nascimento da Clínica*, em 1963, e a *Arqueologia do saber*, de 1969. *A Microfísica do Poder* é uma coletânea com textos escritos por Foucault organizada por Machado, em alusão a temática do poder, com a primeira edição em 1978.

substituindo a ideia de um local de caridade e assistência espiritual aos pobres, que provia o Sacramento para salvação de sua alma, pela ideia de assistência terapêutica.

O hospital como instrumento terapêutico é uma **invenção** relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (FOUCAULT, 2012, p.171, grifo nosso).

E complementa, posteriormente, exprimindo:

O hospital como instituição importante e mesmo essencial para vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nessa época, uma prática não hospitalar. É importante lembra isso para poder compreender o que houve de **novidade** no século XVIII quando se constituiu uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico. Pretendo mostrar com essas duas séries eram divergentes, para situar a **novidade** do **aparecimento** do hospital terapêutico. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. [...] o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. (FOUCAULT, 2012, p.174 grifo nosso).

Ainda sobre o termo invenção empregado por Michel Foucault, Lopes (2011) apropriando-se do vocábulo, logo no primeiro capítulo de seu livro *Surdez e Educação*, exprime a ideia de que “A surdez é uma grande invenção”, referindo-se aqui ao *locus* discursivo de produção cultural das coisas materialmente existentes.

Quando se imprime um termo a algo, dota-se a palavra ou expressão de um sentido, e se o faz com base nas produções simbólicas culturalmente situadas. Assim, segundo a autora, os sentidos que se imprimem às coisas têm relação com a base material e com o saber que a sustenta.

Quero dizer que entender a surdez como um traço cultural não significa retirá-la do corpo, negando seu caráter natural; nem mesmo significa o cultivo de uma condição de não ouvir. Significa aqui pensar dentro de um campo em que sentidos são construídos em um coletivo que se mantém por aquilo que se inscreve na superfície de um corpo [...] a surdez pode ser vista dentro de um campo de ações construídas pela linguagem. É a linguagem que permite a criação de um sistema de significações para representar coisa e negociar sentidos sobre elas. É sobre esses sentidos que damos às coisas que construímos nossas experiências cotidianas e nossas interpretações sobre nós e os outros. Se a linguagem nos permite entrar em um campo social de produção de verdades e de representações, ela também nos permite inventar as próprias coisas; nesse caso específico, inventar a surdez de muitas formas, dependendo das relações que estamos mergulhados. [...] Não haverá invenção de sentidos se não houver materialidade e conhecimento de qualquer ordem produzindo condições para sua criação. (LOPES, 2011, p.16).

Na ciência, a surdez foi inventada pelos referenciais clínicos relativos à lesão orgânica e posteriormente a classificação dos limiares auditivos - diz a autora. Ora se foi inventada deste modo, pode ser inventada de outros, logo, todos os sentidos sobre a surdez, linguisticamente produzidos, estão situados culturalmente.

Dizer, então, que a surdez é uma grande invenção significa expressar que “[...] sobre um corpo surdo, se inscreve saberes que permite significar o sujeito surdo dentro do contexto social, cultural e comunicativo em que ele está inserido” (LOPES, 2011, p. 16).

Rezende (2012), por sua vez, ao se apropriar do conceito de invenção utilizado por Foucault e por Lopes, anuncia que o setor da Medicina inventou a surdez como deficiência. Os saberes sobre os surdos estiveram ligados às práticas de normalização e as técnicas de correção, como aponta a seguir:

Mas por que a invenção da surdez pela Medicina? Seria algo inventado, fabricado e que não foi originário. Foi nesse campo da medicina que se inventou a surdez como deficiência, que se produziram discursos e saberes sobre os surdos como deficientes e necessitados que se inventaram as técnicas de correção. (REZENDE, 2012, p 36).

Ante as inúmeras novidades apontadas nas obras desses autores, aproprio-me do termo para conceder visibilidade às novidades que se instauraram quando a atenção às pessoas surdas foi tecida no âmbito público, instituindo uma dada assistência, que, na atualidade, está tensionada por novas práticas.

Para problematizar estas invenções, recorri a uma realidade, a uma concretude, conformada nos serviços de saúde sobralenses, o que é articulado aos movimentos de lutas e resistências constituídos, bem como às políticas públicas produzidas em âmbito nacional.

Não se pretende narrar a história linear e sucessiva das ações em saúde dirigidas a estes usuários, mas evidenciar-se como determinadas práticas históricas se instauraram, instituindo regimes de verdade acerca da surdez. A análise das práticas e discursos sobre surdez produzidas na saúde será fundamental para conceder resposta a esta indagação.

3.1 A organização de uma assistência pública de saúde às pessoas surdas/com deficiência auditiva

Antes de o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) estar situado no espaço onde está hoje, em um Centro de Reabilitação, e de prestar serviços aos surdos/deficientes

auditivos, algumas práticas de atendimento público de cunho privado e filantrópico ocorreram no Município.

Nos anos de 1990, não havia, em Sobral, um serviço público de Atenção à Saúde Auditiva. Seu aparecimento ocorreu após os anos 2000 como algumas ações similares ao que se conhece hoje.

Algum atendimento clínico-terapêutico prestado às pessoas surdas/com deficiência auditiva, por meio das consultas especializadas em Otorrinolaringologia, ocorria em unidade filantrópica, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral, e em unidades contratadas, conforme o Plano Municipal de Saúde 1997-2000 (ANDRADE *et al.*, 2000b).

Para realização de exames auditivos, os pacientes eram encaminhados à capital, em busca do serviço público ou procuravam o serviço particular. Parece, segundo relatos registrados no diário de campo, que, à época, um otorrinolaringologista chegou a realizar exames auditivos.

Quanto ao atendimento de reabilitação, embora no Plano Municipal de Saúde 1997-2000 (ANDRADE *et al.*, 2000b) esteja expressa a atuação de quatro fonoaudiólogos em unidades de cariz filantrópico, o Serviço de Fonoaudiologia realizado na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Sobral não tinha a sistemática de atender pessoas surdas de acordo com os relatos de profissionais que lá atuaram.

Quem buscava pela reabilitação auditiva recorria aos serviços particulares, como evidencia um surdo, morador de Sobral, em seu relato:

[...] Quando eu comecei a realmente ir pra terapia foi particular, aqui em Sobral não tinha e na época só tinha uma fonoaudióloga em Sobral (Isto ocorreu em meados da década de 90) (SURDO 1).

No geral, a oferta desse tipo de serviço ocorria em âmbito particular. Quem buscava por órtese e prótese no serviço público era referenciado para a Capital, em conformidade ao Plano Municipal.

O grupo de órtese e prótese e medicamentos especiais são referenciados para o município de Fortaleza. (ANDRADE *et al.*, 2000b, p. 39).

Alguma assistência às pessoas surdas/com deficiência auditiva ocorria na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Sobral. O movimento para criação da APAE Sobral teve início nos anos de 1980, ante a mobilização da sociedade civil. Contudo, foi no ano de 1990, com a campanha “Adote um Excepcional” promovida pelo Lions Club, que se encontrou as condições para construção e funcionamento da instituição.

Antes de 1990 tivemos uma manifestação, mas não deu em nada. Quando foi em 1990, antes de dezembro, começamos com três sala, fomos trabalhando e conseguimos três profissionais. (DIRIGENTE/TÉCNICA 1).

Uma das grandes motivações para constituição da APAE Sobral residiu no fato de não haver serviços de reabilitação públicos que atendessem às pessoas com deficiências. O desafio era criar uma instituição que prestasse apoio e orientação familiar, reabilitação e suporte educacional. Na articulação entre reabilitação e provisão educacional se constituiu a APAE de Sobral, conforme relato a seguir:

Nós começamos com três salas, tínhamos três salinhas. Começou e fomos trabalhando, não tinha muito profissional, na saúde tinha voluntário na fonoaudiologia, da psicologia e da fisioterapia. Três funcionários com três salinhas, era muito precário e foi muita luta e a gente sempre contando, a gente tem corpo de professor do estado e a prefeitura serve alguns, mas, a gente lutou muito pra que a gente tivesse [...] nós começamos a reabilitação, com a escola e depois a gente viu a necessidade da criança na dança, ter informática, ter voltado as artes, que nós temos um projeto que é o que segura, o portal das artes todo ano [...] eu to aqui porque eu também sinto a necessidade que eu passei com meu filho de não ter um fisioterapeuta, não ter um fonoaudiólogo, quando eu comecei nada disso tinha no município, nada, acho que tinha formado umas três pessoas que tinha no município. [...] não tinha serviço, por exemplo, não tinha clínica, não tinha serviço da prefeitura. Hoje já tem muitas clínicas e já tem serviço da prefeitura que tem o Centro de Reabilitação, mas aí é uma demanda muito grande, então nós começamos atender esses distritozinhos tudinho aqui perto, então a procura é muito grande. (DIRIGENTE//TÉCNICA 1).

Este era um importante serviço que prestava assistência às pessoas com deficiência segundo aponta o Plano Municipal de Saúde 1997-2000. A articulação entre serviço educacional e clínico era premissa para atuação desse público.

A APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - cumpre, no município, um papel extremamente significativo de acompanhamento ao excepcional na área pedagógica; de atendimento clínico, através de médicos (pediatra, neurologista, psiquiatra), odontólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo e profissional de educação física e, ainda, na área de apoio e educação sobre a problemática da criança excepcional junto às mães. Segundo Relatório Administrativo e Pedagógico da APAE, de janeiro de 1997, são assistidas atualmente 106 crianças, considerando a educação especial e o atendimento clínico (ANDRADE *et al.*, 2000a, p. 24-25).

Embora a APAE Sobral se engajasse na luta das pessoas com deficiência intelectual e com dificuldades motoras, recebia o público geral de pessoas com deficiências, assim, pessoas surdas, conforme registros do diário de campo. Muitos surdos dessa instituição se comunicavam por gestos, à época os profissionais tentavam aprender com a família a como se comunicar com eles.

[O público da APAE] era mais intelectual, mas no início a gente atendia tudo porque não existia nenhum serviço, mas o surdo já está bem, já tem um grupo de surdo. (DIRIGENTE//TÉCNICA 1).

Em 2005, surdos adolescentes e adultos atendidos na instituição foram transferidos para uma escola estadual, objetivando cursar a modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Na época, as diretrizes educacionais para as pessoas com deficiência no ensino regular já tinham se estabelecido, de modo que não tinha sentido, segundo dirigentes locais, os surdos permanecerem na APAE.

Após 2010, o público específico atendido na APAE passou a ser de pessoas com deficiências intelectual, múltipla e autismo. Os surdos que ainda permaneceram em atendimento na instituição foram aqueles que tinham outras condições associadas, como, por exemplo, deficiência intelectual.

Associação específica para pessoas com deficiência auditiva veio a se constituir legalmente em 2006, sendo denominada de Associação dos Pais e Amigos dos Portadores de Deficiência Auditiva de Sobral (APADAS) e esteve vinculada ao Serviço de Atenção à Saúde Auditiva. Em outro capítulo, são procedidas considerações mais detalhadas sobre sua criação.

No momento, historia-se o fato de que, no ano de 1990, em Sobral, as ações para pessoa com deficiência auditiva estavam concentradas em âmbito filantrópico e privado. Na contextura nacional, isto não era muito diferente, podemos acrescentar também a atuação das clínicas-escolas.

Em meados dos anos de 1990, ações públicas que articulavam **detecção precoce, tratamento da surdez** ou da deficiência auditiva e prevenção começaram a ser organizadas, com maior força, especificamente, em âmbito nacional, em 1997, e localmente desde 1999. O componente da prevenção entra em cena.

E como isto aconteceu

Nacionalmente, em 1997, ocorreu a primeira campanha de detecção precoce dos problemas auditivos. A Sociedade Brasileira de Otologia (SBO) articulou-se a outras instituições técnico-científica dirigidas a surdez e saúde em âmbito geral, e lançou o projeto nacional intitulado de **I Semana Nacional de Prevenção à Surdez**, com o *slogan*: **Prevenir é ouvir**, de acordo com Bento (1997) a primeira campanha neste gênero no Brasil.

A campanha teve como foco a prevenção da surdez e objetivou visibilizar os agravos auditivos e otológicos, por meio da mensuração deste problema na população. Ainda em consonância com Bento (1997), se pretendia realizar o primeiro censo nacional das perdas auditivas.

Figura 1 – I Semana Nacional de Prevenção da Surdez



I SEMANA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA SURDEZ

██████████ *Professor Associada da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Presidente da Sociedade Brasileira de Otolgia.*

INTRODUÇÃO

Será realizada nos dias 10, 11 e 12 de novembro deste ano, uma Campanha Nacional de Prevenção inédita no Brasil, que visará especialmente a informação à população dos problemas relativos à perda auditiva. A Campanha será realizada em uma segunda, terça e quarta feiras e no sábado começará no Rio de Janeiro a XII Reunião da Sociedade Brasileira de Otolgia.

Idealizada há muitos anos, agora está sendo colocada em prática pela atual diretoria da Sociedade Brasileira de Otolgia, com a parceria de outras entidades que estão diretamente voltadas para o problema da surdez:

- Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia;
- Fundação Otorrinolaringologia;
- Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e
- Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Além de contarmos com os apoios locais das Prefeituras Municipais, Governos Estaduais e Secretarias da Saúde das principais cidades participantes de todo o país, estarão colaborando com a Campanha os seguintes órgãos federais:

- Ministério do Trabalho
- Ministério da Saúde
- Ministério do Meio Ambiente
- Ministério da Educação e Cultura

Diversas empresas privadas estão também sendo convidadas para participar do evento em nível nacional ou regionalmente, de acordo com as respectivas áreas de atuação.

██████████ - Presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia.

██████████ - Presidente da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

██████████ - Vice Presidente da Sociedade Brasileira de Otolgia e Doutor em Otorrinolaringologia pela FMUSP.

██████████ - Tesoureiro da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, Delegado da SOB para São Paulo e Professor-Assistente Doutor da FMUSP.

██████████ - Secretária-Geral da SOB e Doutoranda do Curso de Pós-Graduação da FMUSP.

██████████ - Coordenadora da Liga da Surdez FMUSP e Doutoranda do Curso de Pós-Graduação da FMUSP.

██████████ - Assessora e Consultora em Projetos Especiais da Fundação Otorrinolaringologia.

██████████ - Comissão de Prevenção e Reabilitação da Surdez da Sociedade Brasileira de Otolgia.

██████████ - Assistente do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo.

• OBJETIVO PRINCIPAL

Campanha de educação e conscientização da população brasileira para o problema da surdez com vistas à sua prevenção.

Fonte: BENTO, R. I Semana Nacional de Prevenção da Surdez. *International Archives of Otorhinolaryngology*, v. 1, n. 2, 1997.

Participaram desta tarefa 25 estados e 146 municípios. Cerca de 100.000 triagens foram realizadas, de acordo com I BOLETIM PÓS-CAMPANHA (PRIMEIRO...,1997).

De posse da produção de evidências acerca dos problemas auditivos em âmbito nacional, e ante as articulações realizadas, os Ministérios da Saúde e da Educação - que em 1997 havia sido parceiro da campanha encabeçada pela SBO, nos anos seguintes, passaram a conduzir a organização destes eventos.

De acordo com o documento da II Campanha Nacional de Prevenção à Surdez (II CAMPANHA..., 1999) foram recrutados para participar desta Campanha os municípios de mais de 50 mil habitantes, ou seja, 480, momento em que Sobral foi partícipe pela primeira vez.

Figura 2 – II Campanha Nacional de Prevenção À Surdez



II CAMPANHA NACIONAL DE PREVENÇÃO À SURDEZ

CAMPANHA NACIONAL PELA SAÚDE DO ESCOLAR:
 “QUEM OUVE BEM, APRENDE MELHOR !”

O QUE É ? QUAL É A ABRANGÊNCIA ?

Diferentemente da I Campanha Nacional de Prevenção da Surdez, a II Campanha abrange todos os alunos da 1ª série do ensino fundamental da rede pública dos 480 municípios brasileiros com mais de 50.000 habitantes (de acordo com o censo do IBGE de 1996). Apesar de algumas limitações relativas a faixa etária e a quantidade das cidades envolvidas, seu raio de ação é maior do que o da Campanha de 1997. Para se ter uma idéia, estão participando desse evento cerca de 37.666 escolas da rede municipal e estadual de ensino, 75.000 professores e 2,85 milhões de alunos, mobilizando-se aproximadamente 2.000 profissionais da área de saúde.

Combinada a ações preventivas e de diagnóstico, essa Campanha tem como meta o tratamento desses alunos com distúrbios da audição e a orientação de pais e professores. Iniciada no mês de novembro, deve estender-se para os meses seguintes até que todos as crianças tenham recebido o tratamento adequada.

ceria estabelecida entre o Ministério da Educação/FNDE (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação), Ministério da Saúde, Fundação Otorrinolaringologia e Sociedades Brasileiras de Otologia, Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia.

COMITÊ TÉCNICO

O Comitê Técnico que deverá atuar junto aos Ministérios da Saúde e da Educação nas definições e detalhes da rotina operacional do atendimento e tratamento médico dos alunos (2ª FASE DA CAMPANHA) é formado pelos seguintes membros: indicadas pela Sociedade Brasileira de Otologia:

████████████████████ Presidente da SBO
 ████████████████████████████████████████ Coordenador Nacional da Campanha
 ████████████████████████████████████████ Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
 ████████████████████████████████████████ Delegado da SBO no

Fonte: II Campanha Nacional de Prevenção à Surdez. *International Archives of Otorhinolaryngology*, v. 3, n. 4, 1999.

Sobral participou das Campanhas Nacionais pela Saúde do Escolar - “**Quem ouve bem, aprende melhor**”, de 1999 a 2001¹⁵. Os alunos de 1ª série do ensino fundamental, correspondente, na atualidade, aos alunos do 2º ano, foram o público alvo das ações realizadas.

O projeto nacional fomentado à época se articulou em âmbito local às ações de melhoria da saúde da criança e adolescente. Naquela ocasião, ainda não estava estruturado um serviço municipal, de âmbito regional e macrorregional, que concentrasse ações em saúde auditiva como existe na atualidade.

Com a Campanha Nacional, entretanto, serviços temporários para atender esta demanda poderiam ser contratados ou mesmo ser utilizados aqueles já credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS (II CAMPANHA..., 1999). Articulou-se a oferta de profissionais para ao público específico da Campanha.

¹⁵ As reportagens referentes a campanha **Quem ouve, bem aprende melhor** foram apreendidas tanto nos registros publicados no site da Fundação de Otorrinolaringologia, disponível em: <http://forl.org.br/AcaoSocial/Visualizar/2> e acesso em 22/07/2018, como nos registros do Boletim Municipal.


A seguir as reportagens da campanha realizada em Sobral, de 1999 e 2000, publicadas no Boletim Municipal. Destaque é concedido para o objetivo das campanhas, com interesse na detecção precoce e tratamento dos problemas auditivos. A ideia vinculada era investir **no tratamento dos problemas do ouvido a partir de sua detecção precoce.**

Figura 3 - "Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"

"Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"

Este é o slogan da Campanha que a Prefeitura realizará através da parceria entre as Secretarias de Educação e de Saúde e Assistência Social, objetivando a **detecção precoce** da **necessidade do tratamento de deficiências auditivas** em alunos matriculados na **1ª série do Ensino Fundamental**. Na 1ª etapa as Escolas receberão kits, que serão utilizados pelos professores para teste, e na segunda, as crianças que porventura apresentarem algum problema auditivo, dificultando o aprendizado, **serão encaminhados para exames e tratamento adequado por médicos otorrinolaringologistas, como também farão testes de avaliação com fonoaudiólogos.**

"Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"



Crianças selecionadas para os exames

Fonte: Reportagem publicada no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 25/11/1999. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

Figura 4 - "2ª etapa da Campanha Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"

Dentro do **modelo de gestão social que Sobral vem desenvolvendo, e pelo conjunto de ações que priorizam a criança e o adolescente**, a Prefeitura, através das Secretarias de Saúde e Assistência Social e de Educação, **viabilizou no dia 14 de julho de 2000, parte da 2ª etapa da Campanha "Quem Ouve Bem, Aprende Melhor"**. Esta campanha vem sendo desenvolvida **desde outubro** do ano passado, dentro de uma parceria com os Ministério da Educação/Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia.



*Professores acompanham os estudantes
ao local de atendimento*

A Campanha visa a detecção precoce e tratamento dos problemas de audição em todas as crianças da rede pública de ensino, que atualmente cursam a 1ª série do 1º grau, constante de duas etapas, sendo a primeira, um teste de avaliação auditiva em sala de aula, realizado pelos professores que, **previamente treinados pela Secretaria de Saúde e Assistência Social, encaminham as crianças para a segunda etapa, que consiste em uma avaliação** feita por um otologista e um fonoaudiólogo nas crianças que não foram aprovadas na avaliação dos professores. **As crianças estão sendo atendidas pelo médico otologista, [REDACTED], que coordena a Campanha no nível Regional e o fonoaudiólogo [REDACTED]**


Fonte: Reportagem publicada no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 17/07/2000. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

Em 2003, esta Campanha foi agregada ao rol das ações municipais relacionadas a detecção **precoce e prevenção** dos problemas auditivos em escolares, e teve o objetivo de informar **a população** quanto a estes temas.

Figura 5 - "10 DE NOVEMBRO: DIA NACIONAL DA SURDEZ"

10 DE NOVEMBRO

DIA NACIONAL DA SURDEZ



A audição é um sistema importante para que o indivíduo desenvolva a fala, a linguagem e a inteligência. Funciona, também, como um mecanismo de defesa e alerta contra o perigo. A perda auditiva interfere fatalmente na condição mais importante da vida humana moderna: a comunicação, condição primordial para inserção do homem na sociedade.

Com o objetivo de **informar à população sobralense** sobre a surdez, seus meios de **prevenção** e sua **detecção precoce**, dar-se-á início a Campanha: "Ouvido, meu companheirinho, preciso de você". Com o apoio da Secretaria de Ação Social e Saúde de Sobral, esta é mais uma iniciativa do "Projeto Escuta Sobral", representado pelas fonoaudiólogas [REDACTED] otorrinolaringologistas [REDACTED]. Confira a programação: Dia 08/11 (sábado, a partir das 8h) no Beco do Cotovelo - Mostra de filmes e distribuição de material educativo referente à **prevenção e detecção da surdez**; realização de triagem auditiva gratuita e encaminhamentos, quando necessário, para diagnóstico e tratamento. De 10 a 28/11 - Segunda fase do programa de triagem auditiva nas escolas da rede pública de Sobral. Serão realizados exames auditivos gratuitos nos alunos que cursam a 1ª série básica e distribuídos materiais educativos sobre prevenção auditiva.

Não percam!

COMO PREVENIR AS PERDAS AUDITIVAS

- Vacine-se contra rubéola pelo menos 4 meses antes da gravidez e faça um pré-natal de qualidade (mulheres);
- Amamente seu filho com leite materno exclusivo até os 6 meses;
- Vacine a criança contra sarampo, meningite e papeira;
- Evite usar medicamentos sem orientação médica;
- Evite exposição a barulhos intensos. Quem trabalha em ambiente ruidoso, deve usar equipamento de proteção auditiva;
- Não use cotonetes ou objetos pontiagudos nas orelhas;

Quando houver preocupação sobre a audição, procure um médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.

Fonte: Reportagem publicada no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 10/11/2003. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

A análise da produção discursiva destas campanhas, visibilizada nacionalmente em 1997, 1999 e após os anos 2000, bem como seus efeitos para organização das ações em Saúde Auditiva em âmbito populacional, é objeto de análise do capítulo 4.

No momento, descrevo a maneira como se organizou no Município um serviço público que concentrou atendimentos em **saúde auditiva não só para pessoas surdas**, mas também, para a **população de um modo geral**.

Em razão de esse ser um serviço específico vinculado ao um sistema de saúde, julgo de relevo fazer referência a organização do sistema de saúde no Município no item a seguir.

3.2 Municipalização das ações e serviços de saúde: organização dos serviços com base na Atenção Primária

Experimentava-se a época de municipalização das ações e dos serviços governamentais. As gestões municipais passaram a ser responsáveis por formular políticas locais, executar, avaliar e gerir recursos.

Nos anos 1990, o projeto político-assistencial da saúde tinha como diretriz a descentralização de ações e serviços. A saúde e os outros setores sociais passaram a organizar seus serviços sob essa lógica. De acordo com Viana e Dal Poz (1998, p. 226, grifo nosso),

Esse novo modelo (SUS), inscrito na própria Constituição Brasileira de 1988 definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, **a descentralização municipalizante** e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as **ações preventivas e curativas** passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

O governo local, em meados da retromencionadas década, tinha o projeto de capilarizar as ações em saúde por meio da Atenção Primária, especificamente, pelo Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁶.

¹⁶ Na época em que o Programa Saúde da Família foi concebido nacionalmente, visando a reorientar o modelo assistencial, em 1993, o secretário de saúde e assistência social do Município de Sobral foi um dos gestores que participou e contribuiu para a formulação e implantação desta estratégia. Ao se tornar secretário deste Município, no período de 1997 a 2004, as novas práticas assistenciais se organizaram sob influência desse modelo. Além de contribuir com a discussão nacional, nos anos anteriores, ele já havia praticado um modo de fazer o Programa Saúde da Família em outros municípios do Estado dos quais também foi secretário de saúde. Aliás, este Programa difundido nacionalmente se alicerçou nas experiências municipais ocorridas no País (BRASIL, 2010). O nome do Programa é de autoria deste secretário de saúde, consoante informa a obra **Memórias da Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2010)** publicação que retrata as trajetórias de constituição da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, cujo secretário é referenciado como participante deste processo e possui um texto, em parceria com Barreto, nesta obra.

Uma das premissas era romper com o **aspecto apenas curativo** dos serviços ambulatoriais e hospitalares, modelo orientado pela demanda espontânea, direcionado às práticas médico-hospitalocêntricas, e trazer à tona práticas de promoção, prevenção, educação em saúde:

O modelo assistencial do município, referência para toda a região, tinha um enfoque exclusivamente centrado na doença, tendo o espaço hospitalar como seu centro de gravidade [...] Mesmo os serviços ambulatoriais de Atenção Básica estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca, ou quase nenhuma resolubilidade. Os Postos de Saúde municipais estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispondo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento. (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999, p. 8)

Com assento no modelo técnico-assistencial privatista, no final dos anos de 1980, havia no Brasil a concentração de serviços privados pagos pelo serviço público do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em Sobral não foi diferente, a maior soma de recursos públicos era repassada aos serviços ambulatoriais privados e filantrópicos e não à rede pública municipal, conforme aponta o Plano Municipal de Saúde 1997-2000. A noção de saúde com base na ausência de doença se convertia em ações focadas na clínica médica e nos hospitais.

[...] mas era o modelo brasileiro da década de setenta. O modelo brasileiro da década de sessenta, setenta foi o modelo hospitalocêntrico e o que você tinha era, ainda em Sobral você tinha o antigo PAM do Inamps, e o que era o PAM do Inamps? Posto de Assistência Médica. Você tinha o Posto de Assistência Médica de um lado e você tinha a Santa Casa do outro, você não tinha uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção básica como porta de entrada (DIRIGENTE/TÉCNICO 2).

O novo marco normativo constitucional e os documentos expressos para organização do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, orienta uma nova lógica assistencial e serve de sustentação ao governo local para reorganização de seus serviços. No Plano Municipal de Saúde 1997-2000, a intenção de reorientar a lógica assistencial, que toma as práticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação, teve como estratégia estruturante a Saúde da Família:

“O Sistema Municipal de Saúde de Sobral foi construído a partir da concepção de saúde como ausência de doença, apresentando, assim, uma base curativista centrada na intervenção médica e nos hospitais. Na perspectiva de desencadear o processo de inversão deste modelo de atenção, a Secretaria de Saúde e Assistência Social vem desenvolvendo uma série de ações que possibilitam a reorganização do Sistema, a partir de uma efetiva participação dos vários atores sociais envolvidos”. Como estratégia para organização dos Serviços de Atenção Primária, a Secretaria de Saúde e Assistência Social está implantando o Programa de Saúde da Família, partindo-se de um processo de territorialização e consequente definição das diferentes Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde com sua população adscrita. (ANDRADE *et al*, 2000c, p. 53).

Uma nova Política Municipal de Saúde foi desenhada tendo por base a organização de oferta das ações e serviços de saúde para promoção da qualidade de vida da população.

Quando se analisa o Plano Municipal de Saúde, na seção Sistema Local de Saúde de Sobral (ANDRADE *et al.*, 2000c), verifica-se, na perspectiva dos participantes em foco, que, para obter saúde de qualidade, era necessário estruturar serviços e promover a interlocução deles, capacitar e contratar profissionais, fomentar a participação popular nos problemas sanitários, reorientando a lógica assistencial, não mais com base na doença, mas na atenção integral, privilegiando a promoção da saúde.

A ideia era investir e reorganizar os serviços de atenção secundária e terciária, mas sobretudo despontar os serviços de atenção primária - estabelecer a rede de saúde na perspectiva de uma assistência integral. Para isto, precisaria não apenas organizar fisicamente os serviços, mas, também, ordenar a formação dos profissionais com base nesta lógica.

Como resultado deste movimento, foi construída, em 2001, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSFVS (ANDRADE *et al.*; 2004) para abrigar fisicamente o Sistema Municipal Saúde Escola de Sobral e os projetos estratégicos gestados para ordenação da formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

A formação dos profissionais, iniciada em 1997 com curso de Atualização em Sistema Locais de Saúde¹⁷, culminou com a organização da Residência em Saúde da Família de Sobral (RSFS) para médicos e enfermeiros, em 1999, e, em 2001, com a segunda turma, contemplando outras categorias profissionais, com foco na interdisciplinaridade (ANDRADE *et al.*; 2004).

A Residência Multiprofissional foi o projeto que orientou a formação dos profissionais em serviço com base na Atenção Primária à Saúde. O Programa Saúde da Família

¹⁷ O curso de atualização privilegiou as temáticas: Noções Básicas sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, Política de Saúde, Sistema Único de Saúde e Sistema Local de Saúde, entre outras (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999).

passou a organizar os serviços e a desenvolver práticas de promoção e prevenção de saúde, além das ações de cura e reabilitação, tornando-se estratégia estruturante do SUS.

Por via da territorialização, se conheceria a população, penetrando localmente a vida das pessoas e organizando as demandas dos serviços com base no perfil social e epidemiológico de saúde-doença, estruturando inclusive os serviços de atenção secundária e terciária para atender demandas que necessitassem de maior aparato tecnológico.

As demandas em saúde pública para o “deficiente auditivo” começavam a se organizar no Município, tornando-se, posteriormente, demandas sanitárias de saúde auditiva. As ações de cunho filantrópico e privado dos anos de 1990, passaram a conviver com algumas ações públicas para os “deficientes auditivos ou portadores de deficiência auditiva”¹⁸ no final dos anos de 1990 e início dos anos 2000.

3.3 Institucionalização do serviço público de referência às pessoas portadoras de deficiência auditiva

A ideia de constituir um Centro de Atendimento ao Portador de Deficiência Auditiva se materializou em 2002, com a criação do Projeto Escuta Sobral, pela **Secretaria do Desenvolvimento Social e Saúde**. O Projeto¹⁹ nasceu articulando ações nas áreas da saúde e na assistência social, mantendo interlocução com outras secretarias.

Seu objetivo era promover a “**integração do deficiente auditivo à sociedade**”, conforme notícia o Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, ano 2003:

Este Projeto é uma iniciativa da Prefeitura de Sobral, através de uma proposta de cooperação entre a Secretaria do Desenvolvimento Social e Saúde, da Secretaria de Desenvolvimento da Educação, da Fundação da Ação Social e da Secretaria do Desenvolvimento Econômico e tem como objetivo proporcionar a saúde, educação, profissionalização e a **integração do deficiente auditivo à sociedade**.

Fonte: Reportagem publicada no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 24/04/2003. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

¹⁸ Deficiente auditivo, portador de deficiência auditiva ou pessoa portadora de deficiência auditiva eram as terminologias utilizadas à época nos documentos analisados. Posteriormente também foram designados de pessoa com deficiência auditiva. Ao longo da tese, utilizo esses diferentes termos para demarcar seu uso nos documentos analisados.

¹⁹ Não se logrou acesso ao documento do Projeto Escuta Sobral. Desse modo, foram buscadas reportagens produzidas pela gestão encontradas no Boletim Municipal. Tive acesso a outros documentos municipais que mencionavam as ações deste projeto, além das entrevistas e conversas das quais também obtive informações.

Segundo o Programa Sobral Criança e Adolescente, o Projeto Escuta Sobral se destinou a:

Em 2002, foi criado o **Programa Escuta Sobral**, com o objetivo de atender os **portadores de deficiência auditiva** do município através da concessão e adaptação de aparelhos auditivos, além de trabalhar com a inclusão e socialização **deste público na sociedade**. Este programa conta com uma equipe multidisciplinar formada por dois otorrinolaringologistas, duas fonoaudiólogas e uma assistente social. Em um ano de funcionamento do Programa podemos destacar as **seguintes atividades**: realização de 300 diagnósticos, concessão de 68 aparelhos auditivos, foi realizado um **censo dos portadores de deficiência auditiva** e triagem auditiva escolar nas 1^{as} Séries do Ensino Fundamental I das Escolas Públicas do Município, **realização de triagem neonatal, objetivando** identificar precocemente a deficiência auditiva em bebês de 0(zero) a 29 (vinte e nove) dias de nascido. (SOBRAL, 2003, p. 7, grifo nosso).

Antes do Projeto existir, entretanto, havia no Município o Serviço de Apoio ao Cidadão Sobralense (SACS), criado em 1998, que objetivava garantir benefícios sociais à população local. Dentre os auxílios, havia o Programa de Órtese e Prótese. Assim, pessoas que necessitassem de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), o popular aparelho auditivo, uma vez cadastradas no Programa, poderiam ter acesso a este e a outros benefícios, conforme noticiam as publicações do Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral.

A Prefeitura de Sobral, através da Secretaria de Saúde e Assistência Social, inaugura, hoje, o serviço de apoio ao cidadão sobralense, oficializando o programa de benefícios eventuais neste município. Com esse amplo programa social, será permitido ao **cidadão sobralense**, acesso à concessão de cadeiras de rodas, óculos, colete ortopédico, aparelho auditivo, prótese de perna, prótese de perna, prótese mamária e bolsa de colostomia. Além desses benefícios, o cidadão terá, ainda, os seguintes serviços: passagens para tratamento fora do domicílio; exames especializados, não disponíveis no SUS; serviços de ambulância, urnas funerárias e ambulâncias, tudo funcionando a partir de hoje, vinte e quatro horas por dia. [...] O Serviço de Apoio ao Cidadão Sobralense será coordenado pela Fundação de Ação Social do Município [...]. Por ocasião da solenidade inaugural, marcada para as 10 horas de hoje, [...] entregarão a cidadãos carentes de nossa comunidade, **dois aparelhos auditivos**, três coletes ortopédicos, uma espaldeira, uma prótese de perna, 10 cadeiras de rodas e oito óculos.

Fonte: Reportagens publicadas no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 19/08/1998. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

A criação do SACS, em 1998, e a constituição do Projeto Escuta Sobral, em 2002, culminou com a estruturação de um serviço específico no espaço da saúde - o Centro de Atendimento ao Portador de Deficiência Auditiva. O direcionamento de recursos federais para a área, por meio da Portaria nº 432 publicada no ano 2000, foi o incentivo para sustentabilidade financeira desse Projeto.

Abro um breve parêntese para mencionar que esta Portaria, publicada pelo MS, visou a ampliar a concessão de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pelo SUS, regulamentando no âmbito ambulatorial as ações: diagnóstico auditivo, concessão, adaptação de AASI e acompanhamento de pessoas com deficiência auditiva.

O excerto a seguir informa sobre os procedimentos a serem realizados no *locus* de atuação ambulatorial e o público desta assistência, ao tempo em que exclui procedimentos de âmbito hospitalar, assim demarca o âmbito ambulatorial como o local de atuação com os pacientes com deficiência auditiva.

Considerando ser do **âmbito ambulatorial** o **diagnóstico e o acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva**, e considerando a importância social das **consequências da deficiência auditiva** e a necessidade de ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais - AASI aos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, resolve: Art. 4º - Incluir nas Tabelas de Serviço e de Classificação de Serviço do SIA/SUS, os seguintes códigos: 27- Serviço de Diagnóstico Audiológico e Indicação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). 114- Unidade com serviço próprio de Audiologia Clínica, contendo salas equipadas com Cabine Acústica e Sistema de Campo Livre para realização de exames: Audiometria, Impedanciometria, BERA, Emissões Acústicas, Audiometria de Reforço Visual, Testes de Percepção de Fala, Logoaudiometria, Seleção e Indicação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). (BRASIL, 2000, grifo nosso).

A demanda de órtese e prótese auditiva que era solicitada ao SACS passou, então, para o serviço de atenção secundária então estruturado²⁰, ou seja, para o Centro de atendimento, ocupando-se, via Projeto Escuta Sobral das seguintes ações (SOBRAL, 2005):

- a) levantamento das queixas auditivas;
- b) diagnóstico auditivo; e
- c) concessão de prótese auditiva.

Nos anos de 2003 e 2004, foram implementados:

- a) a detecção precoce das deficiências auditivas pelo Programa de Triagem Auditiva Escolar;

²⁰ Em Sobral, a Secretaria de Saúde e Assistência Social eram um mesmo órgão. O SACS, na Assistência Social e o Projeto Escuta Sobral, na Saúde, eram serviços que se completavam. A entrega da prótese não teria sentido ocorrer sem a continuidade do processo terapêutico. As ações realizadas pelo Projeto Escuta Sobral, nos anos de 2002, 2003 e 2004, estão descritas no Projeto para Habilitação do Serviço de Atenção Saúde Auditiva de Sobral (SOBRAL, 2005), importante instrumento para análise documental.

- b) a detecção precoce das deficiências auditivas pelo Programa de Triagem Auditiva Neonatal/ Infantil;
- c) o acompanhamento de pessoas com deficiência auditiva em diferentes faixas etárias (crianças e adolescentes) para estímulo ao desenvolvimento da comunicação oral e das habilidades auditivas;
- d) o acompanhamento em domicílio das pessoas que fazem uso da prótese auditiva pelos agentes comunitários de saúde (ACS) do PSF; e
- e) os grupos de pais e de pessoas com deficiência auditiva.

Além do atendimento que consistia no diagnóstico, protetização e acompanhamento, também foram realizadas triagens para detecção precoce dos problemas auditivos e encaminhamento para tratamento. Com passar dos anos, outras atividades foram agregadas ao projeto inicial.

O Projeto Escuta Sobral, de base intersetorial, também articulou ações em outras áreas, como exemplo, a parceria com SINE/IDT para encaminhar este público ao mercado de trabalho:

O Projeto Escuta Sobral está articulando junto ao SINE /IDT a inclusão dos deficientes assistidos pelo projeto no mercado de trabalho, através do Programa Portas Abertas do SINE/ IDT. Foram encaminhados 43 **deficientes auditivos** em idade laboral, sendo a Grendene a empresa que mais tem acolhido esta demanda. (SOBRAL, 2005, p 16, grifo nosso).

O Serviço de Atenção ao Portador de Deficiência Auditiva, de atenção ambulatorial, foi constituído para a assistência a estes usuários. As pessoas com problemas auditivos passaram a ser mapeadas e quantificadas por meio da articulação intersetorial com a APS.

Logo o Serviço ampliou a abrangência de suas ações, momento em que houve a publicação da Política Nacional de Saúde Auditiva, Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004²¹, que regulamentou ações nesta área. Este dispositivo propiciou nacionalmente a

²¹ Após o lançamento da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, dois documentos, mais específicos, relativos ao credenciamento, organização e operacionalização de procedimentos para implantação dos serviços que constituiriam a Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva foram publicados, sendo estes a Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004, e a Portaria SAS/MS nº 589, de 08 de outubro de 2004.

organização da assistência em saúde auditiva de vários municípios e Estados. Sobral foi um desses, como está na sequência.

Pari passu, veremos na realidade acadêmica o aumento de publicações nesta área, fazendo circular uma produção discursiva acerca da implementação e avaliação desta Política (BEVILACQUA et al., 2009; PEIXOTO; CHAVES, 2019; SILVA et al., 2014; TEIXEIRA, 2007).

3.4 Organização do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA)

Em 2005, a Portaria nº. 601, de 31 de outubro (BRASIL, 2005), credenciou o Centro de Atenção ao Portador de Deficiência Auditiva de Sobral a atuar como Serviço de Atenção em Saúde Auditiva (SASA), de Média Complexidade, passando a receber recurso da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Estruturado no projeto Escuta Sobral em vigor, o SASA passou a ser direcionado por esta política. As ações assistenciais se ampliaram, aumentando o número de consultas, diagnóstico e protetização, bem como o quantitativo de profissionais para atendimento. Além dos que havia até então, outros compuseram a equipe, dentre os quais o psicólogo.

As ações pleiteadas, diante ao serviço credenciado, se encontram no documento de Habilitação do Serviço de Atenção Saúde Auditiva de Sobral (SOBRAL, 2005, p.4-5) e estão descritas a seguir, na íntegra:

- a) Realizar diagnóstico das perdas auditivas e reabilitação em recém-nascidos, crianças, jovens, adultos e idosos com perda auditiva, respeitando as especificidades na avaliação e reabilitação exigidas por cada um desses segmentos;
- b) Realizar diagnóstico de perda auditiva em crianças até 03 (três) anos de idade²²; em pacientes com perdas unilaterais; em pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e naqueles pacientes que apresentaram dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade;
- c) Realizar exames complementares: emissões otoacústicas evocadas transientes e por produto de distorção e potencial evocado auditivo de curta, média e de longa latência;
- d) Realizar consulta otorrinolaringológica, neurológica, pediátrica, avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica de linguagem;

²² As crianças de zero a três anos são encaminhadas para unidade de referência, neste caso, Hospital Geral de Fortaleza (HGF) ou Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP). Outra vez, os pais buscam no Município os serviços privados ou contratados, plano de saúde para finalizar o diagnóstico da perda de audição.

- e) Garantir a reabilitação mediante o tratamento clínico em otorrinolaringologia; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica;
- f) Garantir avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientações à família e à escola;
- g) Capacitar e atualizar as equipes da atenção básica e os serviços de saúde auditiva de menor complexidade, através de cursos, oficinas, jornadas, seminários e encontros locais ou regionais, sobre assuntos relevantes da saúde auditiva, principalmente na detecção precoce das deficiências auditivas.

Pesquisas executadas no período de 2009 a 2015 exprimiram, também, as ações realizadas por esse serviço. Posso destacar, por exemplo, as triagens auditivas do escolar e a triagem auditiva neonatal (TAN). Os dois procedimentos têm como objetivo a detecção precoce das alterações auditivas em escolares e nos recém-nascido (RN).

Um das maneiras de realizar a **detecção de alterações auditivas** são os Programas de Triagem Auditiva Escolar [...] A triagem auditiva escolar no município de Sobral ocorre anualmente em todas as escolas da sede e distritos do município e contempla os alunos do segundo ano do ensino fundamental. Para a realização da triagem no ano de 2009 houve, em parceria com o SASA, uma oficina com os fonoaudiólogos da RMSF visando a **pactuação coletiva do Protocolo da Saúde Auditiva dos Escolares**. [...] Dentro da proposta da Educação Permanente foi pactuado **um protocolo para acompanhamento dos recém-nascidos (RN) de risco** visando à **detecção precoce de perda auditiva**. Neste sentido, em parceria com a Atenção Secundária através do Serviço de Atenção Auditiva da Macrorregião de Sobral (SASA), foram realizadas capacitações para todos os enfermeiros da sede e dos distritos do município de Sobral sobre a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) (MEDEIROS, 2009, p. 11, grifo nosso).

Em 2015, Correia publicou um estudo sobre a *Triagem Auditiva do Escolar* e listou as atividades realizadas nesse serviço, que estão descritas a seguir em conformidade ao documento (CORREIA, 2015, p. 52).

- a) Exames audiológicos: audiometria tonal limiar (ATL), logoaudiometria, imitanciometria e emissões otoacústicas;
- b) Concessão de próteses auditivas: garantindo a entrega do AASI;
- c) Adaptação e acompanhamento ao usuário de prótese: orientações quanto ao uso da prótese auditiva; regulação dos aparelhos de acordo com a necessidade do usuário;
- d) Terapia fonoaudiológica para pessoa com DA: desenvolvimento das habilidades auditivas e comunicação oral;
- e) Atendimento psicológico: proporcionando ao usuário de prótese auditiva e sua família uma melhor aceitação da deficiência e conscientização do uso do aparelho;

- f) Atendimento de enfermagem: orientação à família quanto aos cuidados e alimentação do recém-nascido e da mãe;
- g) Atendimento otorrinolaringológico: consultas, exames de nasofibroscopia e laringoscopia;
- h) Atendimento do serviço social: avaliação socioeconômica e familiar; sensibilização para o uso do AASI; orientações e encaminhamentos para aquisição dos direitos sociais;
- i) Grupo de voz: proporciona aos profissionais da voz e professores da rede municipal de Sobral oficinas para prevenção e/ou tratamento das alterações vocais;
- j) Oficina de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS): incentiva ao usuário de prótese auditiva e seus familiares o aprendizado da Língua de Sinais, permitindo uma melhora no desenvolvimento das habilidades comunicativas do surdo;
- k) Grupo de pais de pessoas com DA: a proposta é possibilitar a integração dos usuários de próteses auditivas com seus familiares e profissionais do serviço;
- l) Triagem Auditiva Neonatal Universal: com o objetivo de identificar a DA nos primeiros meses de vida, permitindo o diagnóstico precoce e a intervenção necessária; e
- m) Triagem Auditiva dos Escolares: detecção de alterações auditivas não percebidas pelos pais e professores.

Nos anos de 2016 até início de 2019, período da pesquisa de campo desta Tese, observei no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA) que as atividades descritas por Correia (2015) permanecem em execução em maior ou menor grau.

Dessas observadas por ela e daquelas percebidas por esta investigação, fez-se notar uma nova prática, que não existia quando o serviço se constituiu: as práticas desenvolvidas com a língua de sinais. Este acontecimento foi o motivo que me manteve em Sobral para a realização do ensaio sob relatório, momento no qual observei que novas práticas foram tecidas e bem como novos discursos sobre esses usuários.

[...] essa pessoa é encaminhada para a terapia de fala, se ela for um usuário de aparelho que ainda não têm aquisição de fala, ele vai ser encaminhado para terapia de fonoaudiologia para fazer essa aquisição de fala e se forem pessoas que não é, pessoas que não tem assim..., depois de um período quiserem aprender uma segunda língua, para os que têm perdas severas a profundas e que tem interesse de aprender Libras, aqui dentro nós temos contato com essas pessoas e tem um treinamento com uma técnica em Libras, para estar dando um auxílio a essa população. (DIRIGENTE/TÉCNICO 3).

3.5 A Emergência da Língua de Sinais no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA)

Quando descrita aqui a constituição de uma assistência ao surdo no Município de Sobral após os anos 2000, não havia referência à oferta da língua de sinais nos serviços de saúde. A Libras não fazia parte desta assistência, quando o Projeto Escuta Sobral foi criado e, posteriormente, estruturou o Centro de Atendimento ao Portador de Deficiência Auditiva. Tampouco isso ocorreu quando o SASA passou a ser orientado pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Neste mesmo período, estabeleceu-se a Associação dos Pais e Amigos dos Portadores de Deficiência Auditiva de Sobral (APADAS). Criada em articulação ao Projeto Escuta Sobral, ambos pactuavam ideias comuns quanto à inclusão social do deficiente auditivo, o fomento à língua oral e a aquisição do aparelho auditivo.

A Libras não estava dentro deste serviço e sua aprendizagem era desencorajada. Impõe-se saber, então, como esta penetrar este espaço, ofertando na atualidade as ações de: 1) oficinas de Libras para pais, criança e adolescentes surdos; 2) atendimento individual para aprendizagem da língua; 3) mediação comunicativa pelo instrutor de língua de sinais nos atendimentos individuais, grupais, coletivos (oficinas) e no contato entre recepção e paciente.

No espaço micro do serviço, a Libras penetrar no centro especializado por meio de José, um surdo que insere institucionalmente a língua por via da negociação e da articulação com a língua oral.

Ele fazia terapia para o desenvolvimento de sua comunicação oral desde a década de 1990. Quando o serviço de atenção às pessoas com deficiência auditiva foi criado, ele foi atendido pelo Projeto, mas, até o período de alta dos acompanhamentos, a comunicação pela Libras não era uma prática encorajada pelos profissionais desse serviço, como ainda não é em muito espaço da saúde, embora algo comece a se modificar.

[...] Eu passei pelo primeiro profissional e só exercício oralizado, passei pelo segundo só oralizado, pelo terceiro só oralizado, praticamente todos os fonoaudiólogos daqui que eu fiz terapia até o ano de dois mil e seis todos atuavam com oralização, em nenhum usei a língua de sinais [...] Eu comecei em **noventa e seis até dois mil e seis** vindo fazer o acompanhamento profissional, mas depois eu recebi alta, pois eu não precisasse mais vir. (SURDO 1).

O José é da época que Libras era inaceitável, ele oralizava. (MÃE 1).

Eles ensinaram assim como ele falar, elas falavam coisa e era assim como ele entendesse a pessoa tivesse falando ler os lábios e essas coisa, somente [...] não tinha Libras. Aí elas ensinavam as coisas assim não era assim como foi no colégio, entendeu? Elas ensinavam em casa o que era pra eu chegar e botar a figurinha no banheiro pra ele saber que era o banheiro e essas coisa assim, geladeira que era pra ele saber o que era geladeira. Era assim que elas mandavam eu fazer. (MÃE 3).

Entretanto, em razão a uma demanda cultural advinda da mobilização pelos direitos das pessoas com deficiência, José teve o aval para atuar com o ensino da língua, momento em que se tornou voluntário. Ante o pleito e seu comparecimento ao serviço, surgiu a possibilidade de criar um Coral de Libras destinado às pessoas com deficiência auditiva.

Ele tinha vontade de institucionalizar um trabalho com a língua, e esta foi oportunidade de que precisava para colocá-lo em prática, assim o projeto deu os primeiros passos.

[..] eu comecei esse projeto com ela porque surgiu de uma ideia como se fosse formar um grupo para, como é o nome, primeiro foi como se fosse um grupo para fazer uma formação de um coral, coral de Libras. Porque na época surgiu o conselho da pessoa com deficiência em Sobral (semana da pessoa com deficiência) aí precisava de umas apresentações, principalmente das pessoas que fossem deficientes, aí como eu vinha muito aqui e fazia muita coisa, eu conversando com ela surgiu essa ideia de montar o coral. (SURDO 1).

Faço um parêntese para informar que, neste período, um certo tensionamento quanto à aprendizagem da Língua de Sinais pela criança surda passa a existir, entretanto, tratar-se de uma ação ainda marginal, não havia uma adesão ao movimento, sobretudo das mães de crianças surdas, ao contrário disso, a Libras não era aceita.

Em 2005, em âmbito local, havia uma iniciativa institucional para que os surdos aprendessem a língua. Neste período, surdos adultos frequentadores da APAE foram descolocados para a escola regular a fim de que sua aprendizagem ocorresse por meio da Libras. Arelado a este movimento, os poucos, outro foi se estruturando e ganhando adeptos.

Apoiado pelo Pastoral da Igreja Católica, criou-se o Centro de Formação e Apoio ao Surdo Dom Fernando Saburido (CEFAS), juridicamente em 2008, voltado à assistência educacional e religiosa às pessoas surdas e seus componentes familiares.

Entretanto, segundo informações do diário de campo da pesquisa, o serviço já funcionava anteriormente a esta data, desde 2006, inclusive realizando Ciclos de debates sobre a língua de sinais para sociedade em geral, pais e familiares de surdos, e ocorre ainda nos dias atuais. A reportagem publicada em um jornal de grande circulação na região Norte do Estado, retrata esse movimento:

“Pastoral dos Surdos promove ações de inclusão na Diocese de Sobral”

“Começamos o trabalho com 22 adultos em sala de EJA (Educação de Jovens e Adultos) que ainda não era alfabetizados”, conta a articuladora da Pastoral dos Surdos, [REDACTED]. Logo após o início do trabalho com o ensino da LIBRAS- Língua Brasileira de Sinais, a equipe viu a possibilidade de envolver também a família com oficinas destinadas aos pais, acompanhamento com fonoaudiólogos e trabalho de profissionalização e encaminhamento para o mercado de trabalho. Há ainda acompanhamento espiritual e preparação para os sacramentos. Todas as ações do CEFAS são gratuitas. “O CEFAS promove acompanhamento pedagógico, encaminhamento para a profissionalização e a catequese”. (CORREIO DA SEMANA, 2018).

Fonte: Reportagem publicada no Jornal Correio da Semana, dia 03/04/2018. Disponível em: <https://www.correiodasemana.com.br/noticias/pastoral-dos-surdos-promove-acoes-de-inclusao-na-diocese-de-sobral/> Acesso em: 05/07/2018.

De 2006 a 2010, vários movimentos ocorreram, reivindicando os direitos das pessoas com deficiência, de iniciativa governamental e da sociedade civil, em âmbito local e nacional, alguns articulados ao que ocorria nacionalmente.

De acordo com o *blog* da Prefeitura Municipal de Sobral, posso mencionar a **I Mobilização Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência**, cujo objetivo foi evidenciar os obstáculos enfrentados pelas pessoas com deficiência auditiva no mercado de trabalho, na saúde e na educação.

Figura 6 - I Mobilização das Pessoas com Deficiência movimento o centro de Sobral

I Mobilização das Pessoas com Deficiência movimentou o centro de Sobral



Durante o evento houve apresentação de crianças com necessidades especiais

A I Mobilização Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência reuniu centenas de pessoas, na terça-feira 6, no centro da cidade. Uma grande passeata, iniciada às 8h, percorreu várias ruas do centro até o encerramento, no Beco do Cotovelo. A iniciativa, conjunta da Associação dos Pais e Amigos

dos Portadores de Deficiência Auditiva de Sobral (APADAS), Associação de Pais e Amigos de Pessoas Excepcionais (APAE) e grupos de deficientes físicos e visuais, teve o intuito de mostrar à população as dificuldades enfrentadas atualmente pelos deficientes auditivos em áreas como educação, saúde e inclusão no mercado de trabalho.

A passeata foi definida em reunião da Associação no dia 1º de junho, que contou com a presença de membros, conselheiros e do vice-prefeito [REDACTED]. O evento aconteceu em sintonia com a Campanha de Sensibilização Estadual, realizada no mesmo dia, em Fortaleza (CE) e em outras capitais brasileiras. "O evento foi considerado um marco na atuação da APADAS junto aos seus associados e participantes, destacou [REDACTED] Presidente da associação, criada através do projeto Escuta Sobral, da Secretaria de Saúde que, desde 2002, articula ações em prol do portador de deficiência auditiva. A idéia de promover a passeata se deu graças à participação de Sobral na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, realizada em Brasília (DF), no último dia 12, e que contou com a presença de representante da Secretaria de Saúde de Sobral e da Associação dos Pais e Amigos dos Portadores de Deficiência Auditiva.

Na avaliação da fonoaudióloga [REDACTED] Coordenadora do Projeto Escuta Sobral, é importante aproveitar este ano para promover uma ampla campanha em favor da pessoa com deficiência. "Estamos com a Campanha da Fraternidade voltada para esse lema e também contamos com a Conferência Nacional que aconteceu em três instâncias: municipal, estadual e federal, da qual participei da municipal. A mobilização trará mudanças com certeza", ressalta [REDACTED]

Fonte: Reportagens publicadas no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 07/06/2006. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

A participação de membros da Secretaria de Saúde e da APADAS na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, realizada em Brasília, a Campanha da Fraternidade no ano de 2006 e a mobilização Estadual voltada a causa das pessoas com deficiência incentivaram essa primeira mobilização.

A Campanha da Fraternidade, em 2006, foi um movimento de mobilização nacional nesta área. A temática foi *Fraternidade e Pessoas com deficiência*, com o lema: "levanta-te, vem para o meio". A ideia era mostrar à sociedade a realidade vivida por estas pessoas e refletir sobre esta situação (CNBB, 2006). O movimento nacional impactou na mobilização de ações para essas pessoas no município.

Figura 7 - Levanta-te, vem para o meio



Fonte: material disponível em:

<https://campanhas.cnbb.org.br/campanha/fraternidade2006>. Acesso em: 05/11/2019.

Ainda em 2006, de acordo com a notícia publicada no *blog*, a Secretaria de Educação do Município realizou um seminário de **Educação Inclusiva** para formação de gestores e educadores, intitulado **III Seminário de Formação de Gestores e Educadores como parte do Programa de Educação Inclusiva: Direito à Diversidade**. A meta do Seminário era:

[...] sensibilizar e capacitar 80 educadores para a implementação da educação no município-pólo, através do curso de formação com duração de 40 horas/aula. A programação que se estende do dia 14 a 18 de agosto, está baseada nos seguintes eixos temáticos: fundamentos e princípios de educação inclusiva; escola e família: um compromisso comum em educação; inclusão de alunos com dificuldades de aprendizagem associadas a condutas típicas; atendimento educacional especializado para deficiência mental; inclusão de alunos com altas habilidades/superdotação; inclusão de alunos com deficiência auditiva; inclusão de alunos com deficiência visual; inclusão de alunos com autismo; educação infantil no sistema educacional inclusivo; tecnologias assistivas no processo educacional; orientações e marcos legais para a inclusão (SOBRAL, 2006).

Fonte: Reportagem publicada no Boletim Municipal da Prefeitura de Sobral, dia 05/06/2006. Disponível em: <http://boletim.sobral.ce.gov.br/boletim.htm>. Acesso em 22/07/2018.

Esta formação na perspectiva inclusiva estava vinculada à Secretaria de Educação Especial (SEESP) do Ministério da Educação, ou seja, era uma iniciativa de âmbito governamental, nacional, realizada em vários municípios da Federação, cujo objetivo do programa era “[...] efetivar a transformação dos sistemas educacionais em sistemas

educacionais inclusivos” (SEESP, 2005) por meio de uma cooperação técnica “Expansão e Melhoria da Educação Especial”, com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD.

O objetivo, ao se visibilizar estas ações, foi apenas para evidenciar que tais iniciativas fizeram circular nos espaços institucionais enunciados e proposições sobre: a inclusão social e educacional, direitos e acesso aos serviços pelas pessoas com deficiência e, por extensão, das pessoas surdas, dentre eles, o acesso a aprendizagem da língua de sinais.

Sob o incentivo das demandas educacionais e inclusivas, em 2008, o projeto Escuro Sobral, por meio do Serviço de Atenção em Saúde Auditiva (SASA), articulou, junto à Secretaria de Educação, um curso de formação em Língua Brasileira de Sinais para trabalhadores da Educação da rede pública municipal, profissionais do SASA e membros da APADAS.

Os profissionais do SASA, naquele momento, entraram em contato com a Libras por meio de uma formação cujos conteúdos versaram sobre História da Comunidade Surda e da Educação de Surdos, Cultura Surda, Identidade Surda, Gramática da Libras, Movimento Surdo e a prática em Língua de Sinais.

Aí logo depois quando começou a política da língua de sinais a gente conseguiu um curso pra vir capacitar os profissionais de saúde na área de Libras e a instituição que realizou esse curso foi a FENEIS, o Ministério da Saúde com parceria com a prefeitura de Sobral eles pagaram um curso de especialização, quase dois anos e a gente tinha aula todo final de semana em língua de sinais. Aí a gente começou a ter esse olhar, a querer aprender a língua oficial do surdo e hoje existe essa terapia fonoaudiológica lá, que acontece a fono e a intérprete de Libras na sala com o paciente deficiente auditivo e com o paciente que tenha um grau de perda auditiva profunda. (FONOAUDIÓLOGA 1).

Nós tivemos em 2006 um treinamento com os profissionais, curso de libras em 2008 na realidade, um curso de Libras foi ministrado em Sobral onde as fonoaudiólogas que trabalhavam no sistema, participaram desse curso, mas se não colocarmos em prática nós esquecemos muitas coisas. (DIRIGENTE/TÉCNICO 3).

É preciso dizer que, socialmente, a Libras como possibilidade comunicativa encontrava maior penetração social do que nos anos anteriores a 2005 e, mesmo no decênio passado, quando havia adesão majoritária à língua oral para aprendizagem da pessoa surda. A língua começou a ser vista com alguma potência.

Intenta-se expressar a ideia de que a Libras não entrou no serviço diretamente por uma exigência governamental, embora já houvesse documentos jurídicos que a normatizassem. De igual modo, ela não penetrou naquele espaço pelo desejo específico de uma pessoa surda,

se assim o fosse, já teria penetrado anteriormente. Não foi uma ou outra condição que possibilitou isso.

A sua entrada no serviço começou a ocorrer diante a uma certa configuração social que possibilitou pensar a Libras naquele espaço, de igual modo, pela presença de um surdo que detinha certa legitimidade para negociar estratégias possíveis para entrada da língua, que articulando-se às práticas de oralização, encontrou o espaço para iniciar o ensino da Libras para pessoas surdas e seus componentes familiares.

[...] eu fazia um trabalho individual e também em grupo. Individual pra ensinar Libras, assim o básico de Libras até porque eram criancinhas geralmente e também tinha encontros em grupos e lá eram feitos dinâmicas juntamente com os pais em que dávamos também informações sobre a Libras, sobre a surdez e tinha também um projeto dentre as coisas que tinha que fazer uma apresentação de coral em libras. No grupo a gente tinha também o momento de que era um pedido da coordenação pra mostrar e sensibilizar a sociedade com apresentações Os pais eles iam, então eles recebiam também informações, porque geralmente é o grupo, quando eu comecei logo o grupo era só com os surdos, mas depois de um tempo passou a ser integrado os pais e também participavam algumas fonoaudiólogas e também a assistente social, aí quando elas começaram a participar a equipe começou a ter as informações para os pais e falar sobre a surdez. (SURDO 1).

Após sua saída do serviço, outro profissional assumiu esta atividade. Posteriormente este saiu e outro foi contratado, permanecendo no serviço até o período em que se finalizou a parte de campo desta pesquisa. O comentário a seguir foi mencionado por uma profissional entrevistada logo no início da pesquisa de campo em 2016.

Então fomos notando que com a chegada dos novos profissionais, os novos fonoaudiólogos e estava difícil a comunicação até a gente adquirir essa intérprete de Libras, há dois anos. A partir desse momento que ela chegou no serviço nós vimos que muitas crianças também tinham essa necessidade de estar tendo acompanhamento para poder adquirir também essa outra língua, porque não estava tendo uma evolução dentro da parte de falar, mas que precisavam ter um desenvolvimento maior, e eles encontraram aqui essa assistência junto ao nosso técnico de língua de sinais, quer é o nosso profissional que começou a trabalhar e ele começou a desenvolver. (DIRIGENTE/TÉCNICA 3).

Posteriormente, José retornou ao serviço assumindo cargo administrativo e não mais de instrutor de Libras. Somente em 2019, voltou com essa atividade, momento em que começou crescer no Município um movimento em prol da língua de sinais, encabeçado por surdos e ouvintes.

4 DISCURSOS QUE SUSTENTAM A ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA AS PESSOAS SURDAS

Analisando neste segmento os discursos que sustentam a organização das práticas de saúde para as pessoas surdas na atualidade, bem como evidencio as práticas marginais expressas no contexto destes serviços. Com vistas a problematizar os discursos e experiências institucionais que sustentam a atenção à saúde na atualidade, considerou-se a organização desta atenção nos anos de 1990 e nos anos de 2000 em diante.

Quando analisei as práticas institucionais e discursos operados no serviço de saúde para pessoas surdas em Sobral e nas políticas nacionais, observei, pelo menos, dois aspectos: a primeira constatação repousa no fato de que as **práticas de saúde** para estas pessoas são **audiocentradas**, enquanto a segunda está em que a surdez é posicionada como um problema de saúde pública. Neste senso, a surdez tornou-se uma **prática sanitária**, ou melhor, as práticas relativas à surdez foram organizadas sanitariamente.

Estes dois pontos, quando articulados, produzem como um de seus efeitos uma atenção que tem como foco não só as pessoas surdas, como outrora, mas toda a população, a qual passa a ser subjetivada por este saber, porquanto ela, inteiramente, é convocada a estar atenta à saúde de seus componentes auditivos.

4.1 Surdez como prática audiocentrada

Retornemos, então, para a primeira constatação desta Tese, quando se assere que as práticas assistenciais para pessoas surdas/com deficiência auditiva produzidas na realidade da saúde se constituíram como **práticas audiocentradas**. Intento expressar a ideia de que a assistência prestada a estas pessoas tem fulcro na perspectiva da normalidade auditiva, sendo articulada e feita na intervenção audiológica, terapêutica e reabilitadora e preventiva.

Basta que se dirija atenção para a organização dos serviços públicos e de suas ações depois dos anos de 1990 para isto restar cristalino. Talvez esta afirmação não cause nenhum estranhamento, haja vista o fato de as práticas existentes para os deficientes auditivos, anteriores aos 1990, terem sido centradas também no componente auditivo-normalizador.

A novidade, entretanto, que aí se instaura reside em se perceber que o tratamento e a reabilitação auditiva passaram a ser operados com maior ênfase na realidade da saúde, ou seja, se descola do cenário da educação, para se constituir de sobremodo na saúde.

Muito embora possamos encontrar as práticas de intervenção terapêuticas e reabilitadora na educação, no que se denomina de Educação Especial, ou mesmo nas instituições filantrópicas, sobremaneira, estas se instalaram nos serviços públicos de saúde, nesse período, havendo inclusive a invenção de um espaço específico para o atendimento dos surdos/pessoas com deficiência auditiva, que centralizou saberes sobre esses usuários.

Aliás, como aponta Barberena (2013), com procedência nos anos 2000, a educação de surdo é marcada pelo repensamento de seus métodos e práticas pedagógicas, em razão do que denomina de *virada linguística*, ou seja, momento em que a língua de sinais se constitui mais intensivamente na vida social e educacional dos surdos e a fala e a estimulação auditiva diminuem sua potência em tal espaço.

Desse modo, não encontra nas circunstâncias educacionais o mesmo *locus* que detinha para desenvolver as técnicas de oralização ou treinamento auditivo, sendo deslocada em maior escala para os serviços de saúde.

As práticas de oralização para as pessoas surdas instituídas nos serviços educacionais especializados já não cabem ali, ou melhor, não só naquele espaço. Elas se reconfiguram, inclusive, ante a mudança operada no saber da saúde. O exercício da normalização surda no contexto educacional perde espaço, ao menos discursivamente²³, uma vez que já não existe a mesma ressonância em relação às práticas de tratamento e reabilitação auditiva ao modo de outrora.

Sob os auspícios da inclusão social, todos deveriam ter acesso aos serviços. Considerando as práticas normalizadoras, na saúde, isto significou a luta pela oferta dos procedimentos auditivos. Na educação, significou o acesso à língua de sinais pela pessoa surda (BARBERENA, 2013).

A normalização surda encontrou na reorganização dos serviços de saúde, em sua constituição no ambiente público, o espaço de que precisou para se desenvolver. As corporações profissionais tiveram um papel importante para que isso ocorresse, bastando se observar o movimento nacional realizado nos anos de 1990 para detectar e prevenir os problemas auditivos em âmbito populacional²⁴. Observe, também, o relato do dirigente/técnico do serviço.

²³ O adjetivo de modo *discursivamente* faz referência ao que está nos documentos normativos que versam sobre a inclusão no espaço educacional, entretanto, no interior destas instituições, por vezes, tais práticas permanecem sob novas nuances, sendo inclusive pontuadas pelos participantes deste estudo. Ressalto, no entanto, que o panorama educacional não se constitui como objeto de análise deste estudo, de sorte que não analisamos aqui tal matéria, apenas foi posicionada porque faz interlocução com a temática alvo deste experimento.

²⁴ Vede capítulo 3, item 3.1.

Porque essa coisa da entrega do aparelho era muito mais uma pressão da indústria pra você sair distribuindo aparelho e tinha gente que ficava com dois, três aparelhos em casa encostado porque não é só botar um aparelho [...] na realidade muitas vezes como você não tinha uma política pública de atenção integral a pessoa com deficiência auditiva, você tinha a entrega da órtese e prótese e que terminava sendo uma política da indústria de aparelhos, que é importante, não estou negando não, mas que você não tinha o complemento. Porque muitas vezes chegava o aparelho e ele ficava encostado porque entre você fazer adaptação de um aparelho auditivo, é uma coisa, você tem o aparelho, tem o ajuste, tem a sintonia, então é uma política de acompanhamento de segmento e isso era uma coisa que não tinha, por exemplo, você distribuía o aparelho, mas não tinha segmento. (DIRIGENTE/TÉCNICO 2).

Em razão do robusto componente normalizador desta assistência, bem assim da perspectiva hospitalocêntrica²⁵ de organização dos serviços, inicialmente, o repasse de recurso público para atendimento do deficiente auditivo no âmbito do SUS ocorreu no espaço hospitalar²⁶.

Com o tempo, as práticas auditivas e normalizadoras se articularam ao saber sanitário e produziram uma assistência em distintos níveis de atenção. A articulação ao saber sanitário foi a dobra que possibilitou a difusão dos saberes auditivos e normalizadores em âmbito populacional, conforme se divisará adiante.

A produção de um fazer para as pessoas surdas/com deficiência auditiva passou a se constituir nas instituições auditivas especializadas. Considerando que as ações em saúde no serviço público se organizaram na atenção primária, secundária e terciária, é lícito asseverar que as ações realizadas para as pessoas com deficiência auditiva/surdas estão centradas no nível secundário, no saber especializado dos problemas auditivos.

Quando ações para pessoas surdas ocorrem no nível primário, estas obedecem a mesma lógica, organizam-se como prioritárias, quando não exclusivamente, nas demandas auditivas. Veja Sobral, no nível primário as ações consistem no encaminhamento do usuário de variadas faixas etárias para o serviço especializado, visando ao diagnóstico dos problemas auditivos ou otológicos, a realização das triagens auditivas em bebês e escolares, ou mesmo ao acompanhamento do usuário quanto à efetividade do emprego de prótese auditiva dispensada

²⁵ No capítulo 3, foi mencionada a organização hospitalocêntrica dos serviços de saúde.

²⁶ Destaca-se a Portaria nº. 211, de 8 de novembro de 1996, que credencia os centros/núcleos para realização da cirurgia de implante coclear aos portadores de deficiência auditiva, em âmbito hospitalar. A Portaria Nº 3.762, de 20 de outubro de 1998, amplia este grupo de procedimentos hospitalares e inclui: diagnóstico, exames, seleção do aparelho, acompanhamento, avaliação do paciente - com e sem aparelho e com e sem implante coclear - e a fonoterapia. Anteriormente, foi publicada a Portaria nº 126, de 17 de setembro de 1993, a qual previu a cirurgia de implante coclear nos grupos de procedimentos hospitalares para as pessoas com fissura labiopalatina. O Documento que especifica a produção ambulatorial somente foi editado nos anos 2000.

pelo programa de concessão de prótese²⁷. Os relatos de alguns entrevistados evidenciam essa constatação:

Da Saúde (referindo aos serviços de saúde para pessoas surdas) fora aqui eu não conheço, pode até ter, mas eu não conheço, porque na atenção primária não tem tanto acesso assim a esse público, o que pode ter é um encaminhamento para cá (centro de reabilitação), mas não tem uma atividade, um grupo, um dia de atendimento para essas pessoas, pode até ter mais eu não conheço nada dentro da saúde com relação a isso fora a saúde auditiva. [...] Assim, eu tive muito contato porque meus dois territórios (durante a residência) tinham características muito forte de ter um trabalho com pessoas com transtorno mental, e com deficiência mas no sentido assim, na Atenção Primária é feita uma avaliação para a pessoa receber órtese e prótese e essa avaliação é feita pelo fisio, pela TO e pelo próprio assistente social, então com essas pessoas com deficiência física eu tive acesso dentro dessa demanda da avaliação para órtese e prótese, mas apenas nesse sentido, mas grupos nós não trabalhávamos mais por causa da visita para órtese e prótese. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

Nós vimos que a procura desses pacientes era muito escassa (para o atendimento na unidade básica), era só alguém que precisava do aparelho auditivo, alguém que precisava fazer uma reabilitação, reavaliação ou uma readequação ou quando muito surgia um problema no aparelho. Não se via esses outros cuidados da saúde, não se tinha solicitação das visitas, eles não procuravam atendimento na própria Rede Pública [...] cadê esse público? Só estava restrito a solicitação de prótese e órtese, ele vinha para a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia. (EDUCADOR FÍSICO 1)

O foco de atuação reside no saber especializado, em virtude de a atenção à saúde estar reduzida à clínica/epidemiológica da surdez, que toma por base os aspectos orgânicos desta assistência.

Se há uma assistência voltada a estes usuários na atualidade - e há - esta se fixa centralizada nos aspectos auditivos, para não dizer que são pensadas quase exclusivamente. São práticas de saúde que gravitam em torno da condição de surdez como perda de audição, marcada pelo déficit orgânico, pela prevenção deste déficit e pelas práticas de reabilitação. A produção de verdade na atenção à pessoa surda descansa nas práticas auditivas.

Muito embora, nos anos de 1970, na Medicina tenha havido uma redefinição do modelo médico de assistência, orientado com amparo na crítica às práticas focadas na cura, no doente e na perspectiva hospitalocêntrica, organizadas na matriz conceitual da História Natural da Doença²⁸, a perspectiva preventiva, sustentada nesse modelo, não garantiu a integralidade

²⁷ Vede capítulo 3.

²⁸ O conceito História Natural da Doença é de autoria de Leavell e Clarck e está fundamentado na Obra “Medicina Preventiva para o Médico em sua Comunidade” publicada em 1965. Esta informação está contida na Tese “O Dilema Preventivista” de Sergio Arouca, que situa a Medicina Preventiva como um acontecimento que se processa no interior da Medicina, diante a reorganização das práticas médicas (AROUCA, 1975, p.198).

da atenção às pessoas surdas, conquanto possa haver assegurado, com reservas²⁹, a integralidade da atenção à saúde auditiva.

Isto porque as ações para este público estiveram focalizadas no aspecto biológico, na surdez tomada como problema auditivo que precisa ser prevenido, tratado, minimizado e reabilitado. Este é o foco.

Nesta matriz conceitual, a surdez é uma doença ou processo mórbido que significa um desvio da normalidade, conforme descrita a seguir em alguns de seus princípios e asserções (AROUCA, 1975, p.14-15):

- **“Qualquer doença ou condição mórbida no homem** é o resultado de um processo que segue mais ou menos uma série característica de eventos no ambiente e no homem até que o indivíduo afetado retorne **ao normal**, atinja um estado de equilíbrio com a doença, ou morra. Doença não é, pois, uma condição estática, mas um processo que segue uma história natural.

- **Normalidade e saúde** são atributos relativos e requerem estudos estatísticos controlados para a sua definição. Saúde envolve fatores sociais e mentais, bem como físicos (biológicos)”.

- O médico deve estar apto a detectar **pequenos desvios da normalidade** e para isto deve ter a **ideia mais clara possível de normal** e dos limites de sua variação biológica.

Arouca complementa, ensinando que “O homem com saúde, na História Natural, encontra-se no período pré-patogênico, mas em constante ameaça de transformar-se em doente, quando já não é mais sadio” (AROUCA, 1975, p. 115).

Nesta produção discursiva, a surdez é uma condição mórbida, um desvio de normalidade. Aprisionada nestes sentidos, as práticas para pessoas surdas estão centradas, **neste desvio de normalidade, no aspecto clínico e epidemiológico** da surdez, que inclui a prevenção, o tratamento ou recuperação desta condição específica. Porém, **não se trata apenas de corrigir a surdez, trata-se de preveni-la, tratar-se de ser saudável.**

Sob esta compreensão, é válido acentuar que a integralidade das ações para pessoas surdas cumpriu aquilo a que se destinou. Se há integralidade das ações em saúde para estes usuários, na prática, ela se concentra nas ações em saúde auditiva nos distintos níveis de atenção.

²⁹ Esta ressalva é para expor a dificuldade de alguns em ter acesso aos procedimentos auditivos.

As observações realizadas nos serviços saúde, as entrevistas, os documentos locais e nacionais analisados, bem como a produção científica na área (BEVILACQUA et al., 2009, não deixam dúvidas da centralidade dos aspectos auditivos desta atenção. A produção discursiva da Política Nacional de Atenção em Saúde Auditiva, publicada em 2004, expõe tal centralidade.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deva ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar;

II - média complexidade: realizar triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do paciente portador de deficiência auditiva, excluindo o diagnóstico e a protetização de crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e perdas auditivas unilaterais, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade; e

III - alta complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra-referência do paciente portador de deficiência auditiva, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. (BRASIL,2004).

Observa-se que seus discursos orientam robustamente as práticas de saúde para com as pessoas surdas na atualidade, em decorrência da grande repercussão ensejada na organização dos serviços de saúde para esta população no País.

A exemplo disso, podemos citar o documento da Rede de Cuidado à Pessoas com Deficiência, Portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012), embora se identifique diferentes pontos de prestação de cuidado às pessoas com deficiência, expostos nesse documento, o cerne de atuação, o serviço de referência para essas pessoas, são os Centros Especializados de Reabilitação (CER), no caso da pessoa surda, o CER do tipo auditivo.

Art. 17. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento:

I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo;

II - **estabelecer-se como lugar de referência de cuidado** e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências (BRASIL, 2012, grifo nosso).

São estes o principal espaço de produção de cuidado para este público, as ações se fulcram no nível secundário, muito embora, os documentos normativos que orientam a

organização dos serviços em redes de atenção (BRASIL, 2010; 2011; 2017) considerem o nível primário como o espaço prioritário para organização e coordenação do cuidado em saúde e a atenção primária como principal ou porta de entrada preferencial do sistema para o atendimento à população. Na prática, quando se observa a atenção às pessoas surdas, parece ser esta política uma atualização da anterior.

Após 2012, no âmbito a saúde, para este público, foi publicado as **Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde - SUS** (BRASIL, 2014) reafirmando o cuidado para este público alicerçado nos parâmetros auditivos.

O objetivo destas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva, em especial às que necessitam da cirurgia de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório), além de estabelecer critérios de indicações e contra indicações clínicas da prótese de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. (BRASIL, 2014, p.5).

Foi assim que a atenção à pessoa surda/com deficiência auditiva se configurou dos anos 2000 em diante e se mostra nos dias atuais, posicionando o aspecto auditivo como a totalidade desta atenção, quando este é, apenas, mais um componente neste universo.

Não ocorre à toa o fato de que as principais ações organizadas na atenção às pessoas surdas/com deficiência auditiva são: a triagem, o exame diagnóstico, o tratamento terapêutico ou reabilitador, com cirurgia do IC, protetização auditiva e terapia da comunicação, ou seja, estão centradas na norma audista, conforme assevera Lopes (2011), configuradas, portanto, no serviço de saúde como práticas audiocentradas.

No capítulo 5, retomarei a discussão da norma audista ao analisar as estratégias sutis de poder ocorrentes nos espaços institucionais e no cotidiano dessas pessoas, que operam instituindo saberes, poderes e posicionando lugares.

4.2 A invenção da surdez como prática sanitária

Barberena (2013), apropriando-se de ideiação expressa por Silva (2008), assinala que, desde os anos 1960, estratégias foram empregadas para correção e reabilitação do corpo surdo: as próteses auditivas nos anos de 1960, a intervenção precoce em 1970, o aprimoramento

das tecnologias auditivas no correr dos 1980 e o advento dos implantes cocleares nos anos de 1990.

No recém-mencionado decênio, Bueno (1994, p. 29)³⁰ ao citar Bevilacqua, acentua que “[...] são raros os serviços públicos que desenvolvem programas de diagnóstico, habilitação e/ou reabilitação de linguagem para crianças surdas”.

Sena e Deitos (2001)³¹ efetuaram um estudo com 94 instituições que prestavam atendimento ao surdo no Brasil nos anos de 1990, envolvendo escolas especiais, Associações de Pais e Amigos do Deficientes Auditivos (APADAS) e Clínicas-Escolas.

Poucos serviços de saúde estavam organizados para atendimento ao surdo/deficiente auditivo. Algumas ações focadas para estas pessoas estavam centradas nas escolas especiais, instituições filantrópicas ou de ensino ou nos serviços particulares. Quem tinha melhor poder aquisitivo buscava o serviço particular para estimular a comunicação da criança surda.

Nos anos de 1990, viu-se crescer e se articular no Brasil um movimento encabeçado pelas instituições de classe, com vistas a tornar as intercorrências auditivas e otológicas um problema de saúde pública. Tais ações se tornaram visíveis em âmbito nacional, em 1997, e, em Sobral, desde 1999 ((PRIMEIRO..., 1997; II CAMPANHA..., 1999).

Até 2001, as campanhas foram cruciais para dar visibilidade aos problemas auditivos e organizar todo um aparato técnico-científico para atendimento aos surdos/deficientes auditivos no serviço de saúde. Um conjunto de procedimentos médico-jurídicos posterior à Campanha foi acionado para organizar ações em saúde dirigidas às pessoas com deficiência auditiva, tomando como bases o critério clínico da audição e a ocorrência deste evento na população.

A campanha nacional, realizada em 1997 teve como impacto influxo a criação do Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez. publicada na Portaria nº. 1661, de 7 de novembro de 1997, que institui o dia 10 de novembro como o "Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez, comemorada ainda na atualidade. Fomentou, também, a normatização de AASI e dos implantes cocleares no SUS, dentre outras ações (PRIMEIRO..., 1997).

³⁰ Bueno (1994) escreveu sobre a educação do deficiente auditivo no Brasil.

³¹ Sena e Deitos (2001), em um artigo publicado com vistas a investigar os programas de orientação aos familiares de crianças surdas no Brasil, mapearam as instituições que prestavam assistência a esta população em âmbito educacional e/ou terapêutico no final dos anos de 1990. As primeiras trabalhavam com pessoas surdas sem qualquer outro tipo de comprometimento e as clínicas-escolas eram ligadas aos cursos de Fonoaudiologia que realizavam atendimento a esta clientela. As escolas especiais foram em maior número, depois as clínicas-escolas e, por fim, as APADAS como total de 59, 25 e 10 instituições, respectivamente.

Os agravos auditivos foram evidenciados em escala nacional e dimensionados como problema de Saúde Pública, configurando uma demanda para esta assistência, ao passo em que os especialistas da surdez foram visibilizados.

As ações para surdos, no serviço público, ocorridas inicialmente dentro dos hospitais (escolas), foram se organizando em outros espaços públicos, constituindo-se nos serviços ambulatoriais específicos. Houve, inclusive, a invenção de um espaço específico para produção de práticas de atenção às pessoas surdas/com deficiência auditiva no plano ambulatorial.

No decorrer dos anos de 1990, quatro portarias publicadas pelo Ministério da Saúde direcionavam as ações para este público em âmbito hospitalar. Desde os anos 2000, os procedimentos passaram a ocorrer no âmbito ambulatorial, também. A primeira Portaria, de nº 126, de 17 de setembro de 1993, previu os grupos de procedimentos hospitalares para as pessoas com fissura labiopalatina, a serem realizados por hospitais previamente autorizados pelo MS. Dentre estes estava a cirurgia de implante coclear.

A Portaria nº. 211, de 8 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996), visando a credenciar centros/núcleos para realização da cirurgia de implante coclear aos portadores de deficiência auditiva³², orientou as normas de credenciamento destes núcleos em âmbito hospitalar, definindo os critérios para realização deste tipo de procedimento.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando:

- a importância médico social do TRATAMENTO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA, que a tabela do SIH/SUS contempla procedimentos para atendimentos desse grupo de portadores de deficiência;
- que em determinados casos de deficiência há a necessidade de tecnologia mais avançada para recuperação e reabilitação do PORTADOR DESTA PATOLOGIA;
- a necessidade de normatizar o credenciamento de Centros/Núcleos que realizam o implante coclear, resolve:

1 - O grupo de procedimento abaixo só poderá ser utilizado por Centro/Núcleo previamente credenciado segundo normas, nos termos do Anexo I e II, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde: Grupo 37.101.04-8 - Cirurgia do Ouvido IV; Grupo 37.040.01-4 - Implante Coclear. (BRASIL, 1996).

A Portaria de 1998, Nº 3.762, de 20 de outubro (MS, 1998), cria um grupo de procedimentos hospitalares para o tratamento do deficiente auditivo³³, incluindo o diagnóstico e a definição dos exames que podem ser realizados, a seleção e o fornecimento de aparelho

³²Portador de deficiência auditiva é o termo utilizado por essa portaria.

³³Deficiente auditivo é o termo utilizado por essa portaria.

auditivo, o acompanhamento, avaliação do paciente com e sem aparelho e com e sem implante coclear e a fonoterapia.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando: a importância médico social da deficiência auditiva, bem como de suas consequências para o paciente; o alto custo no tratamento desses pacientes; a necessidade de uma avaliação sistemática dos serviços e dos pacientes em tratamento; a ocorrência da deficiência auditiva nos pacientes em tratamento nos hospitais do sistema de alta complexidade – lesões lábio palatais, resolve: Art. 1º - Criar os seguintes grupos de procedimentos e procedimentos na Tabela de Pagamento do SIH/SUS. (BRASIL, 1998).

A quarta Portaria, nº 1.278, de 20 de outubro de 1999 (BRASIL, 1999), foi então publicada no ano seguinte e visibilizou, novamente, a tecnologia do implante coclear para recuperação e reabilitação do portador de deficiência auditiva. Foram definidos os critérios para cadastramento e as indicações e contra-indicações para o uso desta tecnologia:

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais e, considerando a importância médico-social do tratamento da deficiência auditiva; Considerando que, em determinados casos de deficiência auditiva, há a necessidade do emprego de tecnologia mais avançada para recuperação e reabilitação de seu portador; Considerando que a tabela do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS contempla procedimentos para atendimentos deste grupo de portadores de deficiência; Considerando a necessidade de estabelecer critérios de indicação e realização de implante coclear; Considerando a necessidade de estabelecer normas para o cadastramento de Centros/Núcleos para a realização de implante coclear; Considerando a necessidade de melhor identificar os pacientes e de coletar informações a respeito dos implantes realizados, resolve: Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo I, os Critérios de Indicação e Contra-Indicação de Implante Coclear. Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo II, as Normas para Cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear. . (BRASIL, 1999).

O que estava em jogo nestas portarias era o tratamento da deficiência auditiva, a recuperação e reabilitação via procedimentos diagnósticos e reabilitadores com uso das tecnologias auditivas. O tratamento, a reabilitação e a cura (sinônimo de recuperação), fortes componentes desta atenção, passaram a se articular às ideias de detecção precoce e, posteriormente, de promoção da saúde, constantes nas portarias publicadas após os anos 2000.

A perspectiva hospitalocêntrica de organização dos serviços e, de igual modo, da prestação de uma assistência com base na cura e tratamento da surdez ou da patologia deficiência auditiva está na organização das práticas ao deficiente auditivo.

A migração de ações do âmbito hospitalar para o ambulatorial ocorreu à medida em que foram operadas mudanças internas nos saberes produzidos na saúde e ante o tensionamento

das categorias profissionais para incorporar os procedimentos assistenciais aos deficientes auditivos no SUS.

Nos anos 2000, os procedimentos auditivos adentram o âmbito ambulatorial com a publicação da Portaria Nº 432 da SAS/MS (MS, 2000), direcionando recursos para o diagnóstico, dispensação de próteses auditivas e acompanhamento da pessoa com deficiência auditiva. As ações em saúde centradas fortemente no componente reabilitador hospitalar passaram a ser organizadas no nível ambulatorial

Considerando ser do **âmbito ambulatorial o diagnóstico e o acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva**, e Considerando a importância social das consequências da deficiência auditiva e a necessidade de ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais - AASI aos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, resolve: Art. 1º - Excluir da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o grupo de procedimento e os procedimentos abaixo relacionados: Grupo 61.121.01-4 Acompanhamento de Pacientes Excepcionais, Crianças com Deficiência Auditiva, Unilateral ou Bi Lateral com Aparelho (s) Auditivo (s), Adaptado (s) ou sem Aparelho(s) e ou Portadores de Lesões Labiopalatais; 62.003.02-0 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Criança com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s); Grupo 62.122.01-0 Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear; 62.005.02-2 Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear; 99.004.01-7 BERA – Potencial Evocado de Tronco Cerebral; 99.004.03-8 Emissões Otoacústicas; 99.004.05-4 Seleção de Modelo de AASI. (BRASIL, 2000).

Em âmbito municipal, foi depois de publicada a Portaria que o serviço ambulatorial de atenção ao portador de deficiência auditiva se organizou em Sobral, concentrando a atenção à saúde a estes usuários. Ampliou-se aqui a possibilidade da concessão de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pelo SUS que ainda era tímida no Município. O Projeto Escuta Sobral foi efetivamente materializado.

Nos anos seguintes, em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) foi publicada, e a surdez que já vinha sendo posicionada pelas campanhas nacionais de combate e prevenção da surdez como um problema de saúde pública, inclusive sendo dimensionada em termos populacionais, tornou-se efetivamente uma prática sanitária, e todos, não só os surdos, passaram a ser subjetivados por suas práticas.

A deficiência auditiva foi dimensionada na população; a assistência ocorria nos variados níveis de atenção e as práticas de promoção e prevenção, de alcance populacional, passaram a ser instituídas, bem como o foram o tratamento e a reabilitação.

Considerando a magnitude social da Deficiência Auditiva na população brasileira e suas consequências; Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da deficiência auditiva por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas; Considerando as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de saúde auditiva; Considerando os custos elevados dos procedimentos de reabilitação auditiva; Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da deficiência auditiva, com vistas a minimizar o dano da deficiência auditiva na população (BRASI, 2004).

Não se tratava mais de uma assistência prestada apenas às pessoas pessoa surdas, esta teria uma extensão populacional, capilarizando-se nos espaços mais microfísicos.

XXXXXXX

Quando se abordou a respeito do modo como ocorreu a constituição do serviço de atenção à saúde auditiva, expôs-se, de maneira geral, a organização dos serviços de saúde sobralenses, usando como meios o Plano Municipal de Saúde de Sobral e as publicações locais da *Revista Sanare e do Boletim Municipal*.

Ficou evidente que os componentes da prevenção e promoção da saúde passariam a orientar esta assistência, sobretudo após os anos 2000, no Brasil.

O saber da saúde que operava nas práticas de cura e tratamento passou a se organizar sob os referenciais da prevenção e da promoção da saúde. A oferta de serviços, prioritariamente, no plano hospitalar, em que os sujeitos buscam quando estiverem doentes para a cura ou tratamento não fazia mais sentido como outrora, nem do ponto de vista econômico, tampouco sob o prisma dos saberes que se operavam nos anos de 1960/70 no cenário na realidade da saúde.

Retoma-se, aqui, a Medicina Preventiva na discussão realizada por Arouca (1975) porque a base de organização da política de atenção à saúde às pessoas surdas/com deficiência, expressa na Política Nacional de Saúde Auditiva, considera o modelo da História Natural da Doença, cuja base é a Medicina Preventiva.

Considerando a possibilidade de êxito de **intervenção na história natural da deficiência** auditiva por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas. (BRASIL, 2004).

Por tal razão, se detém neste saber, para se posicionar a surdez como uma prática sanitária, **uma novidade** instaurada nos anos de 1990 e, principalmente, nos anos 2000, mas que encontra no movimento preventivista, dos anos de 1960, sua base de constituição, fundamentada na história natural da doença. As práticas de promoção e prevenção configuradas na atualidade são expressas como uma atualização do discurso da Medicina Preventiva no contexto da sociedade neoliberal³⁴.

Organizada com amparo na redefinição do modelo médico de assistência, a Medicina Preventiva se instaurou, de acordo com Arouca (1975), na crítica: 1) às práticas médicas, cujo foco era a cura e a terapêutica individual do doente, vez que havia a dominação biológica deste conhecimento, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a encarava como um conceito positivo e não mais como ausência de doença; 2) ao encarecimento da atenção médica, já que se ocupa apenas de prestar assistência quando já há uma doença instalada; 3) à relação escassa que o saber médico mantinha com a comunidade, uma vez que se pautava nos interesses individuais, não se preocupando com os problemas de ordem populacional; 4) à formação do profissional médico que não considera as condições sociais. Reivindica, portanto, uma atuação mais social e coletiva, que tenha como foco toda a sociedade.

A crítica da prática médica pelo movimento preventivista, iniciou-se pela caracterização de seu oponente – a medicina curativa: trata-se de uma adjetivação da medicina, cujo objetivo é demonstrar sua atomização. Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida [...] a chamada Medicina Curativa, em seu encontro com os “casos”, tratava de resolver a doença em sua dimensão crítica, definindo automaticamente um leque de possíveis questões que se referem ao diagnóstico, evolução e terapêutica. (AROUCA, 1975, p. 19).

Configura, portanto, segundo o autor, nova atitude que se instala no interior da Medicina como novo terreno de saber, com as seguintes ideias-força:

1 – a Medicina Preventiva é enfocada no interesse da pessoa e da família;

³⁴ Para mais detalhes sobre esta discussão, indica-se o artigo: *Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca* (COSTA; MISOCZKY; ABDALA, 2018).

2 – a prática da Medicina Preventiva se dá ao nível da prática diária dos médicos, qualquer que seja sua especialidade;

3 – a Medicina Preventiva representa uma grande transformação na prática médica atual e está baseada no desenvolvimento, por parte do médico, de uma nova “atitude”.

Esta “nova atitude” médica tem como ponto-alvo a prevenção e sua incorporação em todas as etapas do fazer médico. O foco não está só na cura, mas também em prevenir a ocorrência de doenças ou sua evolução. Saúde e doença são um *moto-contínuo* - o que as diferenciam é a fase em que se encontram.

A doença envolve fenômenos de interação entre agentes, hóspedes e ambiente. A prevenção pode ser obtida atuando-se sobre um ou mais destes fatores, fazendo com que a interação não se dê ou que seja interrompida em favor do homem. (AROUCA, 1975, p. 14).

As intervenções podem ocorrer em algum momento, seja no horizonte clínico quando o agravo já está instalado, período conhecido como patogênico, ou no período das interações, o pré-patogênico. O fato é que em qualquer fase do processo saúde-doença é possível prevenir, mesmo quando a moléstia já está instalada. “O tratamento já é em si preventivo e que este é mais efetivo quanto mais precocemente for aplicado” (p.15), como aponta o autor.

A intervenção em um desses aspectos faria com que a doença não ocorresse e a pessoa não se tornasse doente ou mesmo poderia minimizar esta condição, uma vez que a doença estivesse instalada. Em qualquer ponto onde agissem, considerando a doença na sua ocorrência ou não, a atitude preventiva estaria incorporada.

A ideia é atuar para não ocorrência do evento ou mesmo prevenir uma piora da condição instalada. **Reorganiza-se o saber clínico** no sentido de que, ao praticá-lo, necessariamente, não estará apenas tratando, mas também prevenindo a exacerbação deste agravo.

Neste sentido, leciona Arouca (1975, p. 18),

Em uma primeira instância, a Medicina Preventiva promove uma reorganização do discurso médico que, intencionalmente, olha para a definição de uma prática. Mas o realmente importante nesta modificação é que, ao tomarmos as condutas preventivas em suas formas isoladas, elas incidem sobre a doença como um ponto. A Medicina Preventiva instaura uma totalidade que agrupa o conjunto das condutas preventivas e as difunde entre o corpo médico, uma totalidade composta de duas unidades, que, naturalmente, não são contraditórias, mas, que assim se tornam pelo saber médico. Portanto, temos a unidade das determinações (período pré-patogênico) e a unidade do processo mórbido (período patogênico).

A detecção precoce, embora responda ao nível de doença já instalada, é uma ação preventiva, pois minimiza os impactos ocasionados pela doença. À medida que este saber normalizador foi se articulando ao elemento sanitário da surdez, novas tecnologias assistenciais foram constituídas.

Neste contexto, as triagens têm sua razão de existência: mensura-se o problema e se o detecta o quanto antes. As triagens se constituem como procedimentos auditivos que tiveram por alvos grupos específicos e, posteriormente, se difundiram na população.

As campanhas nacionais de combate e prevenção à surdez se utilizaram bastante desse instrumento. Foi ele que possibilitou dimensionar um maior número de pessoas sob suspeita de terem algum déficit na audição. Na campanha de 1997, cerca de cem mil triagens foram realizadas, de acordo com I BOLETIM PÓS-CAMPANHA (PRIMEIRO..., 1997) Como resultado, este procedimento passou a ser previsto no rol de ações da atenção à saúde da pessoa surda/deficiência auditiva, institucionalizando-se na Política Nacional de Saúde Auditiva (BRASIL, 2004).

Não foi à toa que os problemas auditivos foram dimensionados e os exames de rastreamento auditivo fomentados com maior frequência em âmbito populacional. O diagnóstico se torna precoce e a atuação passa a ser preconizada o quanto antes.

Diagnóstico precoce e triagem fazem parte da mesma trama discursiva. A triagem, por conformar um procedimento simples, rápido e de alcance populacional, ampliou o contingente de acesso. Um número maior de pessoas foi rastreado e encaminhado para os exames diagnósticos auditivos.

A saúde convocará a todos para o processo de prevenção e detecção precoce, ela entra na ordem de uma nova matriz discursiva, que diz respeito, não só, ao tratamento ou cura, mas também à prevenção e promoção dos agravos auditivos, como se observa na política nacional (BRASIL, 2004), conforme se ver:

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deva ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar;

II - média complexidade: realizar triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do paciente portador de deficiência auditiva, excluindo o diagnóstico e a protetização de crianças até três anos de idade, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e perdas auditivas

unilaterais, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade; e

III - alta complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra-referência do paciente portador de deficiência auditiva, ações, para cujo desempenho neste nível de atenção será criado o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade.

Esta redefinição de saberes, que considera a atitude preventiva, possibilitou que o saber clínico normalizador da surdez fosse difundido sanitariamente à luz dos dispositivos das campanhas e triagens auditivas.

A condição do normal e do patológico preponderou fortemente, sobretudo com o advento da Estatística, que definiu o normal e o patológico para as alterações do corpo doente e do conjunto corporal saudável. A Epidemiologia e a estatística sustentam essas práticas (AROUCA, 1975). Aos poucos, se verifica o crescimento dos estudos que dimensionam a surdez na população, seja nas crianças, nos escolares ou na comunidade.

Arouca (1975, p. 23) assevera que, “Assumindo a Epidemiologia como método, a Medicina Preventiva introduz a Estatística, e, por essa via, retoma a formalização no interior do próprio conhecimento médico”. Acrescenta, apropriando-se da ideia de Pedreira de Freitas (1963), que “[...] a epidemiologia é o principal elemento para o conhecimento da história natural das doenças e para sua prevenção”.

À medida que foi produzida uma atenção às pessoas surdas no SUS, simultaneamente, foram mobilizados os **conhecimentos biomédico e estatístico**. Há uma produção do saber sustentada pelos discursos dos especialistas da saúde na área da surdez, legitimada nas políticas públicas, que autorizam e recomendam as ações em saúde para com este público e para a população no geral.

As campanhas, sustentadas no saber clínico e epidemiológico, além de propagarem a surdez como problema de saúde pública e informar a população sobre este agravo e sua detecção precoce, também divulgaram as especialidades que atuam nesta área.

Já não é o caso (da vigilância e controle pela) da eugenia, das práticas higiênicas-corporais ou mesmo da exclusão ou segregação dos anormais em espaços reservados, em estabelecimentos filantrópicos ou da educação especial. Aliás, a exclusão e a segregação foram para os anos de 1990 o combustível (o contrapoder) que tensionou o acesso aos serviços, à assistência, ao direito à saúde, àquilo pelo que se lutou.

A pedagogia/atendimento clínico da surdez “saiu” do âmbito da assistência nas instituições especializadas educacionais de surdos ou institutos filantrópicos e entrou nas unidades de saúde, difundindo-se, posteriormente, no corpo populacional. Saiu, conservando-

se, pois não deixou de existir no espaço educacional ou filantrópico, mas buscou novas configurações.

É desse modo que, nos anos de 1990, em particular, nos 2000, este saber normalizador constituído nas instituições especializadas educacionais passou a se organiza no espaço sanitário da saúde, difundindo-o socialmente.

Acoplando-se a matriz da História Natural da Doença, as ações para estas pessoas corresponderão não só à clínica da surdez, mas também às práticas de promoção e prevenção da saúde. Em qualquer momento da história natural da deficiência, será possível intervir, de tal sorte que

Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão pontual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida [...] A relação médico-paciente deixa de ser ocasional e se transforma-se em uma necessidade continua do viver, da manutenção do equilíbrio. A reorganização do conhecimento amplia, em um campo aberto, a responsabilidade médica, já que, em todas as situações, os homens encontram-se em um ponto da História Natural das Doenças, ao qual correspondem determinadas medidas preventivas. (AROUCA, 1975, p. 18).

Ao se fazer isto, se propagou a surdez no corpo social como um problema para ser, não apenas, tratado e recuperado, mas prevenido, ou seja, na palavra de Arouca (1975, p. 117),

O atendimento hospitalar e de consultório representam apenas alguns dos pontos onde se pode impedir a evolução da doença como processo, e por certo, os piores lugares pra prevenir a gêneses das mesmas. Prega-se, portanto, uma medicina que seja familiar, comunitária e também hospitalar. Propõe-se, pois o reencontro da medicina com a gênese e evolução da doença no espaço social, medicina que se liberta do hospital, mantendo-se presa a ele.

Reside aí a difusão do conhecimento clínico no âmbito do social. Neste sentido, conforme Arouca (1975, p 117), “A difusão da Medicina no espaço social leva a uma ampliação da clientela, que passa teoricamente a ser todo e qualquer indivíduo em todos os momentos de sua vida”. Não serão somente os surdos alvos desse saber, como ocorria anteriormente, pois, agora, toda a população passa a ser conduzida pelas práticas de saúde auditiva, sendo por ela subjetivada.

Nisto foi propagada a normalização surda no corpo social. O surdo, denominado de portador de deficiência, tem no âmbito da saúde pública (e não apenas na clínica) o seu espaço de normalização.

A **vigilância** ao corpo surdo “saiu”, dos espaços exclusivos das instituições filantrópicas-assistenciais para ser regulada nos espaços mais microfísicos da saúde. Não

convém, na atualidade, as técnicas utilizadas nas instituições segregadas, não convém, estar no espaço da educação especial.

Os saberes normalizadores sobre a surdez passam a ser difundidos em âmbito sanitário, operando novas práticas e a invenção de uma atenção para lidar com a normalização surda no corpo social. As triagens e a detecção precoce são alguns destes objetos. O efeito disso é que há uma urgência de atuar sobre os corpos surdos quando a surdez se torna uma prática sanitária.

Observa-se, portanto, que a atitude preventiva da surdez, sustentada na história natural da doença/deficiência ao mesmo tempo em que faz a crítica à organização do saber clínico, se aprisiona e se sustenta fortemente nas práticas normalizadoras para produzir a surdez no ambiente sanitário.

5 ESTRATÉGIAS SUTIS DE PODER

Este capítulo foi organizado em três categorias que buscam visibilizar as práticas sutis de poder ocorridas na atenção à saúde da pessoa surda. Estas se referem às situações relacionais vividas no encontro entre os surdos e a equipe de saúde, nas quais as tecnologias ou instrumentos do poder são produzidos e acionados. Toma por referência também alguns instrumentos normativos que orientam esta atenção.

Para esta análise, recorri ao poder disciplinar, um tipo de poder inventado na sociedade moderna ante o cenário econômico industrial que se estabelecia, exigindo novas formas de dominação compatíveis com as condições de produção capitalista.

O momento histórico das **disciplinas** é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode **ter domínio sobre o corpo dos outros**, não simplesmente para que façam o que se quer, **mas para que operem como se quer**, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. (FOUCAULT, 2014b, p. 135).

Novas tecnologias são forjadas para exercer domínios sobre os corpos e torná-los úteis à produção. O poder está contido nestas “fórmulas gerais de dominação”.

Formas sutis do uso do poder para conduzir e gerenciar as condutas dos indivíduos se expressam nas técnicas ou instrumentos de dominação: o olhar hierárquico ou vigilância, a sanção normalizadora e o exame.

5.1 Vigilância e exame: a língua de sinais sob suspeita nos serviços de saúde

[...] eu vim conhecer o surdo a partir do momento que eu soube que ela era surda e até então eu era indiferente a essa deficiência, mas quando eu vim conhecer não se cogitava língua de sinais, não existia nem cogitação. Era o aparelho auditivo e ensinar a falar mesmo ruim, mas era ensinar a falar. Língua de sinais eram os sinais caseiros que existiam, não existia língua de sinais aqui não, eu vim conhecer língua de sinais, eu acredito, quando ela tinha uns seis anos de idade quando eu ouvi falar língua de sinais. Quando eu levei essa proposta pra dois fonoaudiólogos que acompanhavam a minha filha, eles vetaram como se fosse algo que ia deformá-la, a visão que me passaram foi essa, era algo que eu iria deformar a minha própria filha e não era algo bom pra vida dela, mas sim algo prejudicial [...] eu tinha pavor da Libras por conta das informações que eu recebia dos profissionais. (MÃE 1).

A vigilância, a sanção normalizadora e o exame são instrumentos disciplinares para o exercício do poder expressos por Foucault na obra *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2014b). Quanto à vigilância, “[...] desenha-se a rede dos olhares que se controlam uns aos outros” (p.168). É um controle articulado, detalhado, sobre os corpos, para que sejam melhores, mais eficientes e para que se diminua os custos.

A sanção normalizadora é instância repressora e punitiva do poder que é acionada quando são transgredidas as normas sociais. No seu aspecto normalizador, o que foge à regra é um desvio; castigar disciplinarmente significa produzir uma correção.

Ao mesmo tempo é utilizada, a título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e a pequenas humilhações. Trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, e de dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar. (FOUCAULT, 2014b, p. 175).

O exame, por sua vez se refere a um modo de específico de vigilância, combinada, como diz Foucault (2014b), às técnicas da hierarquia do olhar e as da sanção que normaliza. “É um controle normalizante, uma vigilância que permite, qualificar, classifica e punir” (p.181).

O exame é uma ferramenta do poder que para se constituir necessita de um saber específico. Nesta “[...] técnica delicada estão comprometidos todo um campo de saber, todo tipo de poder”. (FOUCAULT, 2014b, p.181).

E, na saúde, quem institui este saber vigilante e normalizador para pessoas surdas?
- O profissional especialista nos problemas auditivos. São eles que detêm o saber, que define, classifica e aborda os sujeitos surdos. Veja-se que, na sociedade moderna disciplinar, o exame se constitui como uma ferramenta que em uma só ação seleciona, distingue, nomeia e institui modos de existência.

A experiência de descoberta da surdez é diversa. Fato é que ante a suspeita ou em razão do rastreamento auditivo pelas triagens, será o exame que definirá se a criança tem ou não uma perda auditiva. É ele que mensurará e classificará quem será passível de intervenções específicas. O exame é a fronteira que distingue a normalidade da anormalidade.

Como expressa Foucault (2014b, p. 183) “aqueles sobre os quais ele [o exame] é exercido podem ficar esquecidos; só recebem luz daquela parte do poder que lhes é concedida, ou do reflexo que mostram um instante”. Eis aqui o poder do profissional de saúde.

Quando os pais desconfiam que seus filhos têm uma perda auditiva, eles buscam os serviços de saúde. A partir daí, é acionada uma rede de procedimentos para o atendimento da

criança, que inclui: os exames de diagnóstico, o tratamento terapêutico ou reabilitação via a cirurgia de IC, concessão e adaptação de AASI e terapia da comunicação.

Os documentos institucionais para organização do serviço de saúde auditiva, bem como a produção científica na área e os relatos dos entrevistados apontam isso.

[...] foi uma vez que eu acendi o fogareiro e ele saiu correndo pra ir pegar aquela bichinha que sobe e o vô dele estava lá em casa aí ele disse assim: olha esse menino! E eu corri atrás batendo o pé, gritando e ele não olhava pra trás e quando eu corri ele correndo derrubou a bateria e foi mesmo que nada, parece que não ouviu foi nada, aí ele foi e disse esse menino tem algum problema no ouvido, eu acho que ele não escuta e aí até eu disse só comigo o seu Benedito tá caducando dizendo que meu filho é surdo, mas aí no mesmo instante eu fiquei em dúvida e juntei tudo e eu levei ele lá no doutor Pedro. O doutor Pedro botou ele sentadinho no birô, ele já tinha uns dois anos pra três, e deixou. Aí sentou ele no birô deu uma caneta pra ele, toda vida ele gostou de rabiscar, e ele ficou lá com a caneta em cima do birô e o doutor Pedro batendo em janela, batendo em tudo e ele nem. Ele disse: é Maria realmente seu filho tem alguma deficiência auditiva porque ele não responde, aí ele marcou lá pro doutor de Sobral e se não me engano a primeira consulta foi paga, acho que a segunda que não foi. Foi paga a consulta dele porque na época ele não fazia consulta pelo posto, foi lá na Santa Casa. Daí eu fui levar ele pra onde mandava eu ir fazer o tratamento e pra ver se ele escutava, se ele falava, foi na época que o doutor Jorge pediu o Bera e eu fui atrás lá na Santa Casa. Nesse dia foram vários meninos fazer os exames, eu fiz lá em Fortaleza e eu acho que eu tenho até o exame de Fortaleza que é o Bera e acho que tem o nome da doutora e tem tudo no dia que ele fez. E daí sempre acompanhando, ia no posto quando precisa de alguma consulta, e acompanhando nesse projeto que teve lá de Sobral que eu o levava. (MÃE 3).

Em virtude da dimensão sanitária que a surdez assume atrelada às práticas preventivas, como já evidenciado, o diagnóstico tornou-se precoce e o rastreamento passou a ser realizado ao nascimento nas maternidades por meio da triagem auditiva neonatal (TAN). O documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, denominado Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, ratifica esta informação:

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família. No caso de deficiência auditiva permanente, o diagnóstico funcional e a intervenção iniciados antes dos seis meses de vida da criança possibilitam, em geral, melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, do processo de aprendizagem e, consequentemente, a inclusão no mercado de trabalho e melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2012, p. 9).

A TAN se tornou um procedimento nacional obrigatório em 2010, sendo incorporada ao rol das outras triagens realizadas ao nascimento. Nos estados e municípios brasileiros, contudo, este procedimento era realizado há mais tempo, Sobral o efetua desde 2003.

Que estes procedimentos são considerados **práticas normalizadoras** já se sabe. **Rezende (2012) explicitou tal constatação no Capítulo 4, intitulado de *Discursos enunciados na normalização surda***. São estes discursos que têm a necessidade de normalizar o corpo surdo pelos procedimentos terapêutico e diagnóstico da surdez.

Há, entretanto, uma situação que necessita ser analisadas mais amiúde, que diz respeito às condutas orientadas aos pais. Ao identificar a perda auditiva, normalmente, a orientação é a colocação de prótese auditiva, terapia da comunicação ou mesmo a cirurgia de implante coclear, a depender dos casos.

Com as triagens ao nascimento, a criança surda entrou mais cedo no circuito da normalização e precocemente os pais tem sido informados da condição da surdez e dos procedimentos necessários para reabilitá-la. Se, por um lado, isto possibilitou o acesso ao diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a busca pelos procedimentos auditivos, por outro, em razão da normalização e dos sentidos a ela atribuídos, reafirmou-se e se cristalizou nesse espaço um modo de ser surdo constituído na deficiência, encerrando a atenção à saúde à pessoa surda nestas condições.

Na urgência para o desenvolvimento linguístico da criança surda, fazem sentido o diagnóstico precoce e a urgência em tratar a surdez. Afinal, o discurso clínico afirma que quanto mais cedo for detectado o problema auditivo melhor o prognóstico para desenvolvimento auditivo e linguístico.

Nestas proposições, a linguagem está situada na sua condição oral, porque não ocorre a mesma urgência para oferta da língua de sinais, embora a Linguística afirme também que quanto mais cedo o acesso da língua de sinais pela criança surda, melhor será seu desenvolvimento comunicativo.

Categoricamente, não é orientada a aprendizagem da Libras pela criança surda nos serviços de saúde. Para não se mostrar tão taxativa, pode-se dizer que pouco se é orientado, e, normalmente, quando isto ocorre, é porque houve o fracasso da aprendizagem da língua oral.

A língua de sinais é preterida em detrimento do uso das tecnologias auditivas e aprendizagem da comunicação oral. Isto ganhou ainda mais força pelo advento e aprimoramento da tecnologia do implante coclear. A Libras é posta sob suspeita e sua aprendizagem é desencorajada.

[...] aqui não deu certo a **imposição da oralização**, mas era muito isso. Quando eu comecei as fonos diziam nada de língua de sinais, tem é que falar, tem é que falar e tanto é que como eu te disse com dois anos que eu vim conhecer a Libras através **de uma pessoa**, mas nas fonos que eu ia não podia ser língua de sinais não. [...] tanto é que eu nem fui atrás de saber o que era, era só oralização, era treinamento fazendo com que ela falasse e aí foi realmente com dois anos que ela começou a aprender a libras (MÃE 2)

Arranjos sutis de aparência inocente, mas com alto poder de difusão, se disseminam pelo corpo social. E como isso se expressa nos corpos surdos, quando se analisa a organização dos serviços e ações para essas pessoas?

Tanto no serviço de saúde, como na formação dos profissionais, no geral, a Libras tem um lugar de pouca visibilidade e importância. Isto é tão forte que mesmo quando os pais desejem ou tenham curiosidade em conhecer ou utilizar a Libras, uma vez posta sob suspeita pelo profissional de saúde, eles desistem, ficam confusos ou protelam a aprendizagem da língua pela criança surda, mesmo quando no dia a dia, seus filhos utilizem com eles os gestos, ou seja, um modo de comunicação visual e motora, para dizer o que desejam.

Resultado disso é que, na prática, as crianças que aguardam na fila de cirurgia do implante coclear, ou mesmo para colocação do aparelho auditivo, ficam se comunicando prioritariamente por gestos, quando poderiam ter acesso a uma língua. Os gestos, muito embora tenham sua potência linguística, não possibilitam uma comunicação partilhada com a comunidade geral.

Não se está aqui discutindo o acesso ou não aos exames ou às tecnologias auditivas. As evidências científicas mostram o aproveitamento desta tecnologia, a depender de cada caso. Evidencia-se, entretanto, que as práticas e a vigilância sobre o corpo surdo instituíram normas, condutas e modos de existências, que, ao situá-lo na trama discursiva das práticas normalizadoras da surdez, os sentidos atribuídos a estas negaram ao surdo o uso e aprendizagem da língua de sinais.

Se não há a negação total da língua nos serviços de saúde, em particular no serviço de saúde auditiva, há pelo menos uma grande dissimetria da oferta ou orientação relativamente à aprendizagem das duas línguas.

A pergunta é a seguinte: se há o direito de escolha, como escolher, ante tamanha dissimetria na oferta dessas línguas no serviço de saúde? Também se põe em questão se a escolha de uma língua necessariamente significa recusa da outra.

5.2 O Cárcere da fala oral: o imperativo da norma auditiva

A minha perda era severa a profunda, há mais de vinte e dois anos eu uso aparelhos auditivos. [...] quando comecei a fazer fonoterapia pra melhorar a questão da fala, sempre na família da minha mãe, como a família do meu pai tiveram paciência de realmente falar as palavras com mais calma, mais claro, mais aberto e explicar também a questão de não falar comigo com a cabeça baixa, ficar com a cabeça de lado ou de costas pra mim porque dificilmente iria ouvir [...] Mas, outro idioma também que eu aprendi com **quatorze anos foi a Libras**, os meus pais não foram muito adaptáveis talvez pela questão da idade ou por não terem a confiança que poderiam realmente aprender o idioma [...] Como antigamente sempre os profissionais da área da saúde, médicos, fonoaudiólogos, fonoaudiólogas falavam pra mim sem o seu aparelho você não vai conseguir viver. Tem que botar o aparelho. É melhor você tá usando aparelho do que você não tá ouvindo e nem conseguindo se comunicar com ninguém. Eu ia muito por esse pensamento, mas hoje eu vi que não só o aparelho, mas o idioma também faz muita diferença. [...] eu não entrei na língua de sinais logo, vamos dizer assim, mais rápido, devido só uma coisa [...] por mais que minha mãe fosse professora, a minha mãe entendia como, que todo fonoaudiólogo, todo médico falava se ele parava de falar, ele parava de falar em sinais ele não fala mais, ele não vai mais ouvir, aí minha mãe ficou com aquilo gravado na cabeça, ela não queria. E como também o idioma não era tão divulgado no Brasil, as pessoas também tinham preconceitos, achavam feio, achavam besteira. À medida que o idioma começou realmente a ser divulgado, começou aparecer, aí sim na mente dela ela começou a ver realmente que era idioma, mas dentro dela ainda tinha: - eu acho que se você for você vai parar de falar, vai parar de ouvir. Já está com um bom tempo que eu estou na língua de sinais. Estou lá e eu faço esse trabalho na língua de sinais, mas até hoje o que eu ouvia desde o passado era – você vai perder a sua audição, vai diminuir, você não vai mais poder falar, e isso não acontece. Hoje, por exemplo, eu tenho até o controle, ao mesmo tempo que eu tiver falando o português eu também posso fazer em sinais ou somente falar o português ou a Libras. Hoje eu tenho o controle desses meus movimentos. Então, não me prejudicou apenas me beneficiou. (SURDO 1).

As práticas que situam em xeque, em suspeita, a língua de sinais, relacionam-se a uma certa ordem do discurso estabelecida socialmente. Por mais de cem anos, a língua de sinais tem sido preterida pela língua oral no processo educacional do surdo. A Libras não fora partilhada socialmente para aprendizagem das pessoas surdas em âmbito institucional, em dados períodos históricos, ao menos com a mesma força que a língua oral. De acordo com Goldfeld (2002, p. 31),

[...] o oralismo dominou em todo o mundo até a década de 1970, ano em que William Stokoe publicou o artigo “Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication System of the America Deaf, demonstrando que a ASL é uma língua com todas as características da língua orais. Baseado nesta publicação surgiram diversas pesquisas sobre a língua de sinais e sua aplicação na educação e na vida do surdo, que, aliadas a uma grande insatisfação por parte dos educadores de surdos com o método oral, deram origem à utilização da língua de sinais e de outros códigos manuais na educação da criança surda.

No Brasil, ainda segundo a autora, o oralismo foi estabelecido como língua de instrução no Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES)³⁵ em 1911, tendo a língua de

³⁵ O Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES) era denominado de Imperial Instituto de Surdos-Mudos (MOURA, 2000).

sinais seu uso proibido em 1957. Somente na década de 80 e, sobretudo, nos anos 1990, a língua de sinais adentrou a educação de surdos, pois o estímulo à aprendizagem da língua oral foi dominante no século XX.

Na saúde, nos anos de 1990 e a partir dos anos 2000, quando os serviços públicos organizaram suas práticas para estas pessoas, constatou-se que elas estiveram centradas na norma auditiva e na aprendizagem da comunicação oral. A organização dos serviços de saúde, influenciados por esta norma impactou, sobremaneira, as práticas de saúde na atualidade, expressando-se nos espaços institucionais e no cotidiano dessas pessoas nas relações mais sutis.

Constatação similar se verifica com a publicação dos documentos normativos da Rede de Cuidado³⁶ à Pessoas com Deficiência, portaria nº 793/2012 (MS, 2012), do Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (MS, 2014), das Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal (MS, 2012) e das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde - SUS (MS, 2014), em que o cuidado para pessoa surda está centrado na atenção à saúde auditiva e na aprendizagem na língua oral.

Nenhum desses materiais abordam, por exemplo, a presença da Libras nos pontos de atenção da rede de saúde, tampouco no serviço de especializado em reabilitação auditiva. De igual modo, nenhum deles menciona a aprendizagem da Libras pela criança surda.

A permanência da criança surda em fila de espera para realização dos procedimentos auditivos, sem sequer os pais serem orientados à aprendizagem da língua de sinais para seus filhos, é um exemplo claro de que a norma auditiva atua neste espaço fortemente. De igual modo, evidencia as relações de poder no *locus* institucional que interditam, proíbem e regulam os discursos. Uns deixam ser ditos, estão autorizados por instância legítima de poder; outros são desautorizados.

Outro exemplo que retrata bem este aspecto diz respeito a uma situação experimentada por mim, quando estive no serviço que realiza cirurgia de implante coclear, ocorrida no mesmo período de realização deste estudo. Não se reporta a Sobral, pois o SASA não realiza procedimento de alta complexidade, caso em que os pacientes eram encaminhados para o hospital de referência em Fortaleza.

³⁶ A Rede de Cuidado à Pessoas com Deficiência é proveniente do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.

Trata-se de um atendimento a um paciente adulto que adquiriu uma perda auditiva pós-lingual³⁷. Após a cirurgia de inserção do dispositivo interno do implante coclear e o restabelecimento do paciente, normalmente ocorre a fase de ativação do dispositivo, momento em que recebe o aparelho e o programa auditivamente. De igual modo, acolhe as instruções sobre como manuseá-lo e os cuidados necessários para sua utilização (UCHOA, 2013).

Para este momento, normalmente, os profissionais pedem um acompanhante, mas, neste dia, o paciente veio sozinho, não havia ninguém como acompanhante. As instruções e explicações sobre uso do dispositivo ocorreu via comando oral/auditivo. Claramente, se percebia a dificuldade do paciente em compreender o dito.

A profissional repetia mais de uma vez a instrução oral para que ele captasse a informação. Ante sua dificuldade em responder, na tentativa de apoiá-lo, fiz um gesto para auxiliá-lo a compreender visualmente o comando, entretanto, fui repreendida pelo ato mencionado.

A profissional falou que a Libras não era usada no espaço e tampouco o paciente entendia a língua. Respondi argumentando que se fiz o uso do gesto foi para facilitar a compreensão do paciente sobre o que estava sendo solicitando. Percebi que esse tipo de comunicação não era permitido neste espaço, ao menos no momento vivido.

Nunca esqueci desse episódio, o paciente olhava para mim ávido por uma pista a cada pergunta oral que lhe era feita. Talvez por isto, e por outros pretextos, tenha voltado ao serviço, pela segunda vez, sem sequer fazer uso do dispositivo mesmo já tendo sido orientado. Achava que o aparelho não estava funcionando quando na verdade não sabia nem sequer ligá-lo.

Tudo o que a profissional desejava era que o paciente compreendesse o comando. Ela se desdobrava para que isso ocorresse, estava empenhada, mas em nenhum momento lançou mão do suporte visual, mesmo ante a dificuldade do paciente em responder aos comandos pela via auditiva/oral. Quando tentei fazer o gesto fui repreendida.

Tratava-se aqui do momento da explicação acerca do uso do dispositivo. Ainda assim, naquela ocasião, o gesto não foi permitido. Ao final da consulta, para surpresa e alívio,

³⁷ De acordo com Grupo de Implante Coclear do Hospital da clinicas da FMUSP (2019), “[...] pacientes pós-linguais são pessoas que escutavam e que perderam a audição após desenvolvimento da fala. Em adultos pós-linguais (que perderam a audição depois de certa idade), a ativação costuma ser mais tranquila, pois o cérebro já estava acostumado a perceber o som antes do advento da surdez. Os resultados são mais rápidos e geralmente é possível atingir alta porcentagem de reconhecimento de palavras, frases e sentenças”. Site: <http://www.implantecoclear.org.br/?p=43>, acesso em 21/11/2019.

a profissional entregou um papel escrito com as informações que ela havia fornecido. Com o suporte visual escrito em mão, o paciente teria uma nova chance de compreendê-las.

Ele olhou o papel e guardou no bolso. Comentou que a letra era pequena e que não teria como ler, e, quando chegasse em casa, ampliaria a fonte. No momento, pensei: por que não apresentar as informações escritas simultaneamente à explicação, uma vez que ele era alfabetizado, certamente o suporte visual escrito apoiaria o entendimento.

Estávamos em um centro formador cujo desejo da profissional era tornar a audição e a comunicação do seu paciente funcionais, mas em benefícios aos fins, sacrificasse os meios - isto não era percebido.

São estas práticas corriqueiras, naturalizadas, que se expressam no espaço microfísico das relações em função dos saberes produzidos pela seara auditiva, práticas sutis operadas no interior do serviço, que passam despercebidamente pelos profissionais formados por esta matriz.

Quando trago aqui as práticas de saúde, não objetivo expor meus pares. Longe disso! Estes são profissionais que se dedicaram, estudaram e trouxeram o melhor que conhecem sobre as práticas a serem desenvolvidas com esses usuários.

Intento, apenas, visibilizar o modo como as práticas são operacionalizadas e a matriz sobre a qual repousam. Até mesmo quando o suporte visual poderia ser usado como estratégia, é deixado de lado em razão da centralidade que as práticas auditivas normalizadoras ocupam, mesmo quando se trata de um momento inicial de explicações do uso do dispositivo auditivo.

Um conceito que é passível de se lançar mão quando menciono as passagens acima é o *Audismo*, norma definida por Tom Humphries, conforme aponta Lane (1992, p.52). No Brasil, segundo Viera-Machado e Lopes (2016), Skliar se apropriou do termo, traduzindo-o como *ouvintismo*. Segundo o autor, o vocábulo constitui:

[...] um conjunto de representações dos ouvintes, a partir do qual o surdo está obrigado a olhar-se e a narrar-se como se fosse ouvinte. Além disso, é nesse olhar-se, e nesse narrar-se que acontecem as percepções do ser estudado, do não ser ouvinte; percepções que legitimam as práticas terapêuticas habituais. SKLIAR, 2016, p. 15).

Para Viera-Machado e Lopes (2016), as duas palavras poderiam ser utilizadas para “[...] fazerem referência às práticas normalizadoras que tomam a audição como princípio de normalidade”. (p. 657). Consoante Lopes (2011), no entanto, o que possui melhor

correspondência para esta norma produzida socialmente é a unidade de ideia *audismo*. A autora (2011, p. 36-37) assinala que

No Brasil a palavra “ouvintismo” foi utilizada para caracterizar toda a história de opressão “ouvinte” sobre os surdos. Embora a opressão “ouvinte” exista, entendo que “ouvintismo” foca e responsabiliza o ouvinte ou a pessoa ouvinte pela história de correção vivida pelos surdos. Hoje entendemos que não cabe apontar os ouvintes como culpados pela ouvintização surda, mas cabe entender a matriz em que a sociedade disciplinar e de correção está assentada. Isto significa que é preciso tensionar a norma de audição como imperativo na determinação do “normal ouvinte” e do “normal surdo”. Está na norma a determinação de quem é normal e anormal, e não nos sujeitos que a vivem e a materializam na relação com o outro. Portanto, a palavra “ouvintismo” por centrar no ouvinte a história de opressão, não dá conta da problematização da matriz disciplinar moderna que determina a norma da *audição* como imperativa. Por isso, talvez, usar a palavra “audismo” seja mais adequada quando quisermos marcar uma forma de vida organizada a partir da norma de audição. Tal forma de vida ultrapassa aquele que ouve e aquele que não ouve, ela está no princípio estruturante da sociedade disciplinar moderna que define a normalidade independentemente dos grupos sociais e da noção de pertencimento dos sujeitos que integram tais grupos.

As práticas culturais tecidas para pessoas surdas tomaram como princípio esta lógica produzida socialmente - a audição como princípio da normalidade - este é o ponto, como exposto pelos autores.

Em um dado momento histórico, Benvenuto (2006, p. 239-240) situa como século XIX, um saber sobre a anormalidade surda foi cunhado, definindo surdez como perda de audição e os surdos como objeto da Medicina, conforme se observa a seguir:

O médico Itard buscava curar as orelhas e ao fazê-lo, começava a impor a norma à qual os surdos deveriam se submeter, ou seja, tornar-se ouvintes. De sua autoria é a invenção do audímetro, um aparelho que permite medir a audição e estabelecer uma a classificação da surdez segundo a perda auditiva. A medida desta perda terá um caráter técnico indiscutível, situará o sujeito surdo numa categoria puramente médica, o referindo à norma ouvinte [...] A medicalização da educação de crianças surdas, inscrita nesta ideologia, dará as costas progressivamente aos princípios educativos do abade de L' Épée. Desde começo do século XIX não cessará de afirmar e constituir um novo discurso e um novo saber sobre os surdos: de homem-besta, o surdo se torna objeto do discurso médico e sua educação a ponta de lança de um processo de ortopedização da pedagogia [...] quanto mais se instalava a proibição da língua de sinais, a nova norma investia o corpo da criança surda, provocando a prática de novos dispositivos disciplinares.

Não à toa os serviços de saúde atuais, tomando por base estes saberes, organizam-se de modo audiocentrado sob o esteio da norma auditiva, do Audismo. Criou um modelo a ser alcançado, um ideal, narrado como uma identidade positiva. O que foge desta norma, o que se distancia dela, é visto em sua modalidade negativa.

Com a intenção de corrigir os defeitos e o anormal, a educação escolarizada prioriza o papel da normalização buscando o modelo considerado ideal. Balizados pela norma que definia a condição de ouvir como normal, os especialistas apontavam os surdos como anormais que necessitava de correção. Essas práticas operavam a partir de uma norma disciplinar, a fim de que os surdos se assemelhassem o mais possível aos ouvintes, nomeando-os como normais e anormais. (BARBERENA, 2013, p.26).

Normalizar, sob os auspícios das práticas médicas e de saúde no geral, significou para pessoas surdas tomar o modelo auditivo, que corresponde à capacidade de ouvir e se comunicar pela língua oral como parâmetro para uma vida potente, adequada e com êxito.

[...] o que era normal era que o surdo fosse oralizado e aqueles que não oralizavam de uma certa forma estavam a margem porque não conseguia chegar nos padrões não é. E no caso da minha, ela não estava enquadrada nos padrões normais e por isso que usava aparelho e aqueles que estavam enquadrados, ou seja, aqueles que conseguiram se desenvolver eram visto como referência. Não era a condição do paciente, mas era o trabalho realizado que fazia a diferença, era visto com esses olhos, ou seja, eu me matava pra minha filha falar, mas ela não falava, então quem era a culpada, eu! (MÃE 1).

Na trama discursiva da normalidade, oralizar significou o modelo correto, o ideal, que tiraria o surdo da sua condição de incapacidade diante a sua deficiência, como bem abordaram os teóricos dos Estudos Surdos. Houve toda uma produção discursiva que identificou as práticas de oralização para desenvolvimento da criança surda como padrão adequado.

A língua de sinais, atrelada a esta produção discursiva, significou a face negativa da comunicação do surdo. Os serviços de saúde puseram em funcionamento estes regimes de verdades, constituindo sujeitos surdos regulados pelo discurso da deficiência - leia-se - da carência, privação.

A surdez e o aluno surdo, localizados na esfera da norma, bem como da busca de situar-se o mais próximo possível do padrão de normalidade, vinculam-se a práticas ligadas à oralização e à correção do déficit auditivo.

Tem muito preconceito, as pessoas acho porque você ter um filho surdo, o seu filho não é normal, sua vida não é normal, mas pelo contrário sua vida é normal sim, claro com a limitação dele. Mas ele brinca, os amigos da escola dele todos gostam muito dele [...] Não eu acho que são todos iguais não tem diferença até porque eu conheço um menino que é surdo e policial, faz faculdade, tirou a carteira de motorista e a mulher ficava admirada porque ele andava de carro e de moto, eu falei mulher ele pensa, enxerga igual a nós, eu acho que o problema das pessoas é o preconceito, só porque a pessoa é surda ela não pode ter uma vida normal, não pode trabalhar, estudar, casar, ter filho, [...] A minha cunhada falou assim Ana porque você não leva o Jorge para ir no CEFAS jogar futebol e a minha outra cunhada falou assim, valha e ele pode? Eu falei assim: porque, mulher, ele não tem dois pés. Eu digo assim porque ele é surdo. O povo pensa que ele é incapaz. (MÃE 4).

Neste contexto, os surdos sinalizadores e a língua de sinais foram retratados como inadequados socialmente e ficaram despotencializados de qualquer positividade. Como resultado, observa-se que praticamente todos os surdos, participantes deste estudo, filhos de pais ouvintes, só tiveram acesso à língua de sinais na adolescência, houve aquisição tardia da língua de sinais, e isto não é um dado isolado. Entretanto, a língua oral lhes foi ofertada no início de sua infância, como se observa, por exemplo, nos relatos expostos no início do item e neste agora.

A minha mãe quando estava grávida não tinha como saber se eu seria ouvinte ou surdo, não aconteceu nada assim durante a gravidez. Aí quando nasci ela percebeu que quando estava conversando comigo eu não compreendia, eu não entendia. Ela foi ao médico, mas não conseguia diagnosticar aqui e fomos para Fortaleza. Lá o médico diagnosticou que eu tinha surdez e que precisava usar o aparelho auricular na idade de mais ou menos cinco ou seis anos. Quando nós voltamos para Sobral não existia a língua de sinais e nem intérprete, era muito a questão da fala, era muito difícil [...] com quinze anos eu tive o contato com a Libras e mais ou menos assim com dezesseis é que eu vim ter mais propriedade com a língua de sinais. Aí aprendia alguma coisa e quando eu não conhecia o sinal eu perguntava, outros eu aprendia, mas isso somente com os meus amigos próximo que eu perguntava. (SURDO 2).

Eu não sabia nada de Libras [...] eu fui percebendo os sinais aprendendo e fui vendo que a oralização eu não gostava e me sentia triste, o meu foco mesmo era a Libras. Então abriu a minha mente para Libras e depois de 16 anos eu já expandir a minha mente. (SURDA 3).

A realidade era, e é ainda em muitos espaços da saúde, que a aprendizagem da língua de sinais pela criança surda ainda não é fomentada socialmente, seu uso é desencorajado, ao menos no contexto dos surdos filhos de pais ouvintes. Esta situação, no entanto, diz respeito à maioria dos surdos.

Este apagamento e exclusão da língua de sinais das vidas das pessoas surdas ocorre até o momento em que um surdo vê outro sinalizando, momento em que aprende a sinalizar em contato com outro surdo ou com a comunidade surda.

Entretanto, para os filhos surdos de pais ouvintes, essa situação não ocorrer de forma tranquila, ao contrário, ela é permeada pelo confronto familiar, o que faz com que alguns quando não “autorizado”³⁸ pelos pais a sinalizar o faça de forma escondida.

³⁸ Emprega-se a palavra *autorizado* entre aspas para demarcar o fato de que esta é uma condição possível, mas não absolutamente real, pois, mesmo ante a proibição, alguns aprendem a língua caso haja oportunidade.

[...] então ela tinha um desejo muito grande que eu fosse oralizada e também fizesse um implante coclear, mas eu tinha só dois anos, então ela veio junto aqui em Sobral, foi atrás de fazer terapia para ver se conseguia o implante coclear, mas não foi possível em Sobral. Então minha mãe foi comigo para São Paulo, lá fomos ver essa questão do implante. Fizeram alguns exames para ver se estava tudo bem, depois dos exames o médico diagnosticou que não era possível usar o implante. Fui fazer o tratamento de oralização. A sociedade na época não conhecia a questão da Libras e eu crescendo tentando aprender com o aparelho auditivo, mas eu ficava sofrendo porque aqueles barulhos me incomodavam. Depois, entre os 14 e 15 anos, minha mãe encontrou um surdo conversando e pela primeira vez viu as pessoas se socializando, mas minha mãe não gostava, achava parecido com coisa de macaco e eu queria aprender. Poderia oralizar mas também eu queria aprender Libras, mas minha mãe sempre teimosa e não queria deixar. Fiquei muito chateada. (SURDA 3).

De outra via, autorização dos pais acontece quando entram em contato com novos discursos e experiências mobilizadores de ruptura com os discursos regulares da normalização biomédica sobre a surdez e a Libras. Contudo, esta “autorização” pode ocorrer de forma conturbada e permeada pela culpa.

[...] eu passei dez anos da vida de minha lutando pela inclusão dela na sociedade e na verdade nem na minha própria casa porque não existia comunicação e quando não existe comunicação não existe inclusão [...] eu tinha pavor a libras por conta das informações que eu recebia dos profissionais. Quando foi um dia teve o primeiro encontro em Sobral, o primeiro de portador de deficiência em Sobral e foi mais ou menos em, acho que ela tinha uns oito anos de idade, oito, nove anos de idade, aí nesse encontro tinha um surdo que veio de Brasília pra dar a formação, aí ele quis se reunir só com os pais dos surdos. Ele contou a experiência dele, o que era língua de sinais e eu fiquei encantada com a língua de sinais. Aí ele disse uma coisa muito básica que mudou o meu pensamento, ele disse se eu lhe jogasse numa piscina olímpica sem você saber nadar, mas eu dissesse nade, nade, o que acontecia com você? Você ia morrer porque você não sabia nadar e você não ia nadar só porque eu estava mandando. Então a mesma coisa vocês estão fazendo com o filho de vocês. Olhe, foi uma panelada na minha cabeça e pronto ali parece que abriu a mente. Ele disse olhe se você não aceitar a identidade de seu filho de surdo ele nunca vai entender, ele nunca vai chegar o ponto que eu estou aqui hoje pra vocês, e isso interpretado. Aí eu disse não, a partir de hoje eu mudei a minha visão. Quando eu cheguei em casa eu disse assim a partir de hoje minha filha é surda, o meu esposo disse ô novidade, pra dizer uma coisa que todo mundo já sabe e eu disse, você não entendeu. (MÃE 1).

Aplica-se a dicção **cárcere da fala oral** para evidenciar que os surdos foram aprisionados à ideia de estarem condenados à comunicação oral, mas não só eles, profissionais, também, foram subjetivados por este saber constituído na Modernidade e que, ainda na atualidade, os aprisiona a retratar qualquer outra modalidade de comunicação da pessoa surda que não seja o uso da língua oral como negativa e inadequada.

Eu aprendi na faculdade que uma fonoaudióloga que preste tinha horror a Libras, toda vez que eu voltava de ônibus para casa da minha vovó ou para o meu apartamento, quando eu fui morar sozinha, eu passava em frente a escola de surdos que tem ali na esquina na Padre Valdevino e eu via os jovens felizes, e eu via na terapia quando eu fazia na faculdade eu não via eles felizes, então isso ai eu questioneei, será se nós não vamos enxergar? Eu tenho o melhor a oferecer e a pessoa não está feliz? (FONOADIOLOGA 3).

[...] porque antigamente se a gente for estudar um pouco sobre a história da educação do surdo passa por várias tentativas de metodologias para serem aplicadas. Então assim, o que demorou mais tempo foi a oralização, ela ficou por cem anos sendo defendida como a melhor metodologia para ser utilizada na educação do surdo, então a gente como profissional também seguia esse padrão. Se a gente fosse trabalhar alguma coisa voltada para língua de sinais era como se atrapalhasse o processo de oralização e como tem muita gente que acredita que isso aconteça. Então, não existe esse trabalho desse olhar do fonoaudiólogo querer saber Libras, querer aprender para dar oportunidade de fazer as duas coisas, de ensinar ele que ele pode oralizar se isso for um desejo dele e concomitantemente utilizar a língua de sinais no processo de reabilitação desse paciente. (FONOADIOLOGA 1).

Há uma ordem do discurso constituída, é a ordem da normalização, da classificação, da ordenação, do desejo de vigilância instituída pelo poder disciplinar, alicerçada nas condições econômicas da sociedade capitalista.

Este saber, que aflorou no século XIX, de acordo com Foucault (2002, p.8) “[...] um certo saber sobre o homem, da individualidade, do indivíduo normal ou anormal, dentro e fora da regra, saber este que, na verdade, nasceu das práticas sociais do controle e da vigilância.

Por esta norma, tecida socialmente, fomos subjetivados e aprendemos a definir e classificar pessoas surdas pelos critérios clínico-fisiológicos da audição, como aquelas que não escutam ou têm alguma dificuldade de ouvir.

Entretanto, nos últimos anos, outros discursos sobre surdez começam a adentrar no espaço da saúde e tensionar as práticas regulares instituídas, tais questões serão expostas no próximo item.

5.3 A Libras como ferramenta assistencial e de resistência: articulação entre a oralização e sinalização

[..] foi que eu fiz uma pergunta pra minha fonoaudióloga que era quem estava me atendendo aqui na época. **Eu perguntei pra ela, me diga uma coisa: porque um surdo não pode ser aceito como surdo?** Ele não tem o direito de escolher o time que ele quer? Ela me deu uma boa resposta. Ela falou: **Pela Lei deve sim ser respeitado o que ele quer da vida, se ele quer falar em Libras, em português ou se ele não quer falar nada.** Então assim, eu comecei a ver realmente como ela também [...] que terapia oralizada no português só estava desgastando o surdo, ele não estava motivado, ele chegava aqui no elevador e colocava o aparelho aí ficava com o aparelho e às vezes não tinha nem pilha, a pilha já tinha acabado e estava com o aparelho e assim que ele descia e ia embora ele guardava, ele não botava mais. Era assim que funcionava antigamente. Então, a partir desse momento que foi começando a trabalhar a língua de sinais, as fonoaudiólogas começaram a ver que deveriam ser trabalhados outros métodos (SURDO 1).

Para Foucault a resistência é produzida quando tensionada pelo poder. Toda relação de poder é sempre passível de resistência. Na obra *Ditos e Escritos IV: Estratégia Poder-Saber*, o autor expõe a relação entre poder e resistência, quando analisa a questão do poder em suas obras.

De fato, as relações de poder são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis. Não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável. Com frequência se disse - os críticos me dirigiram esta censura - que, para mim, ao colocar o poder em toda parte, excluo qualquer possibilidade de resistência. (FOUCAULT, 2006, p.232).

Foucault (2006, p.232) ainda complementa afirmando que:

Quero dizer que as relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência e resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência.

Assim, falar do poder é acionar os mecanismos de resistências produzidos pelo próprio poder. Diante as estratégias sutis de poder abordadas, analiso como no município de Sobral a língua de sinais penetra no serviço de saúde, forjando-se como uma ferramenta estratégica de resistência às práticas oralistas daquele espaço.

Quando o serviço de atendimento ao “portador de deficiência auditiva” e a APADAS foram constituídos, o uso social da língua de sinais pela pessoa surda não era fomentado, ao contrário, era desencorajado. Entretanto, língua de sinais entrou no serviço de saúde e se tornou uma prática assistencial, sendo ofertado o ensino da Libras para pais e pessoas surdas.

Quando me refiro a Libras como prática assistencial, uso para afirmar que ela se tornou uma ação no espaço da saúde destinadas ao público surdo e seus familiares que opera diante aos saberes e técnicas específicas.

Um dos fatores contribuintes, certamente foi a exclusão da língua de sinais daquele espaço articulada a uma certa atmosfera social que se estabelecia e fomentava a aprendizagem da língua pela criança surda e seu uso social. O surdo ao reivindicar sua inclusão social fortaleceu sua diferença linguística (BARBERENA, 2013) ao passo em que a língua começa ter mais expressão social.

Por quais mecanismos a entrada da Libras ocorreu? No caso específico do serviço sobralense, a estratégia utilizada foi a articulação entre a língua de sinais e a língua oral.

A ordem do discurso da aprendizagem da criança surda estava vinculada à língua oral, seu uso tinha legitimidade conferida pelos profissionais deste campo, como ocorre nos dias atuais. A língua de sinais, por sua vez, não conferia o mesmo *status*, ao contrário, os discursos eram controlados, regulados e interditados.

José realizava terapia desde de 1996 e nunca teve acesso a Libras nos ambientes por onde transitou, seja em casa, no serviço de saúde ou na educação. Por que a língua de sinais penetrar no espaço da saúde dez anos depois sendo vista com alguma potência? Por que os discursos da língua de sinais tensionaram a ordem do discurso da aprendizagem oral pela criança surda?

O campo dos Estudos Surdos e Estudos Culturais articulado politicamente com a comunidade surda produziu pela resistência ao saber oral, o saber da diferença surda que tem capilarizado seus efeitos no espaço microfísico das relações.

No Brasil, ao longo dos anos 2000, cresceu um movimento linguístico, protagonizado no cenário educacional voltado à aprendizagem da criança surda pela língua de sinais. Esta discussão objetivou movimentar os discursos sobre os surdos e a língua de sinais da periferia para centro de sua aprendizagem. Isto é o que Barberena (2013) define como virada linguística, um movimento de inversão na aprendizagem dessas línguas mobilizado dos anos 2000 em diante.

Tais movimentos, constituindo junto à comunidade surda, fizeram com que surdos se tornassem pesquisadores e se imbuíssem de um saber técnico sobre a língua de sinais. Os surdos ganham *status* e poder para legislar sobre esta causa, tornando-se sujeitos do conhecimento, mediante seu empoderamento acadêmico e científico.

No espaço microfísico das relações, as experiências advindas da permanência dos surdos nos serviços de atenção à saúde auditiva, e sobretudo, a presença de José, articulador do projeto de ensino da língua de sinais, conferiu novos significados diante ao cenário social de aceitação da língua que começa a despontar.

A produção do poder sobre a regulação proibitiva da língua de sinais começa a sofrer fraturas conferindo ares de reconfiguração. A presença de José, surdo que detinha fluência nas duas línguas e facilidade para transitar entre esses mundos linguísticos, conferiu a ele um saber que nenhum outro profissional detinha no serviço, legitimando-o em certa medida para negociar estratégias possíveis à entrada desta língua com detentores do saber neste espaço.

Jose teve, então, o aval para ensinar a língua de sinais, mas não foi de qualquer modo, foi preciso negociar sua permanência em um espaço onde tradicionalmente ela era

negada. Para que o projeto tivesse continuidade foi preciso lançar mão de discursos e estratégias que dessem visibilidade a Libras como possibilidade para o surdo se comunicar com o mundo e construir conhecimento. Mais do que isso, foi preciso evidenciar a articulação entre Libras e a língua oral.

[...] ela estava fazendo terapia começou a ver que terapia oralizada no português só estava desgastando o surdo, ele não estava motivado, ele chegava aqui no elevador e colocava o aparelho, aí ficava com o aparelho e às vezes não tinha nem pilha, a pilha já tinha acabado e estava com o aparelho e assim que ele descia e que ia embora ele guardava, ele não botava mais. Era assim que funcionava antigamente. Então, a partir desse momento que foi começando a trabalhar a língua de sinais as fonoaudiólogas começaram a ver que deveriam ser trabalhados outros métodos. (SURDO 1).

Veja que o desenvolvimento da pessoa com deficiência auditiva estava atrelado à aprendizagem da língua oral. A ordem do discurso era trazer o deficiente auditivo à normalidade, a regra era normalizá-lo pela perspectiva *audista*. Ele se tornaria sujeito de conhecimento via língua oral. Assim, se pudessem oralizar ou aprender algumas palavras teriam mais sucesso.

Os surdos falantes tinham mais sucesso social. Em 1957, no INES, pairava a concepção de que a criança surda era muda, portanto, precisava do apoio dos profissionais para que fossem oralizados e se aproximassem do padrão comum. Nos anos 2000, estas interpretações sobre os surdos eram similares às observadas no passado (MOURA, 2000).

Na atualidade, tais discursos se sustentam, mas encontram-se atravessados, em alguns espaços, pelo discurso cultural da surdez que encontra na sociedade da inclusão o espaço para se constituir.

Os surdos sinalizadores tendo por base a norma cultural (BARBERENA, 2013), cuja aprendizagem estaria ligada a Libras, tensionam seu espaço na educação, na saúde e na vida das pessoas surdas.

A Libras foi então articulada às práticas de oralização, espaço de negociação para sua entrada e permanência. A presença de um surdo se comunicando em Libras era a estratégia perfeita para trazer os surdos ao serviço de saúde auditiva: em contrapartida, os surdos teriam acesso a língua de sinais.

[...] Aí depois do coral **veio a ideia de que quanto mais os pacientes vinham os pra cá mais era fácil eles querer usar aparelho ou chamar outros surdos, aí acabou formando um grupo**, que começou com uns pacientes e depois com os pacientes e os pais. (SURDO 1).

Foi esta perspectiva que possibilitou a admissão e permanência desta língua neste espaço, esta é dobra, é a estratégia que autoriza não só sua entrada, mas o aval para permanecer. Foi necessário recorrer ao projeto da normalização auditiva. Afinal de contas o serviço tinha o propósito de cuidar da saúde auditiva das pessoas.

A adesão ao projeto por parte dos profissionais não significava uma mudança de conduta. Eles continuariam atuando como sempre fizeram, do mesmo modo, a diferença era que quando houvesse algum entrave comunicativo, José, na condição de estagiário, poderia ser solicitado a ajudar. Este seria então um bom acordo.

No primeiro momento, acharam a ideia boa, maravilha porque dá para se comunicar, se o paciente vier sozinho e quiser fazer alguma manutenção, tem com ele explicar e a gente entender e também a gente explicar para ele o que ele deve fazer e evitar fazer com o aparelho. Então foi uma ideia muito boa, mas por outro lado, devido a terem sempre um atendimento corrido, acharam melhor apenas eu ensinar para os pacientes e para os pais, mas elas pela questão do tempo não tinham como querer aprender. Então assim, algumas fizeram curso, outras apenas me chamavam, mas aquelas que faziam curso ainda tinham dificuldades. (SURDO 1).

José não descartava o uso do aparelho para as pessoas surdas. Aliás o uso desta tecnologia permeou sua vida e estes discursos o constituem. Contudo, o que ele desejava era que a Libras fosse ofertada aos surdos.

Para isto, se articulou ordem instituída para resistir e foi esta tática que possibilitou que a língua de sinais entrasse no serviço e fabricasse durante este processo uma nova estratégia assistencial, o ensino da língua de sinais no serviço de saúde auditiva.

A Libras penetrou no serviço, tornando-se uma prática assistencial, regulada pela norma auditiva. Inicialmente, definiu-se que o público para atendimento seria os adultos e adolescentes não oralizados, eram os surdos atrasados na sua aprendizagem, fora do mercado de trabalho. Depois, passaram a agregar ao rol da assistência as crianças.

As duas línguas passaram a ser ofertadas, mas no seguinte contexto: ofertar a língua de sinais a criança surda quando se perceber que somente oralizar não é o suficiente para sua aprendizagem.

Reside uma dissimetria de poder entre suas ofertas. Contudo, a oferta da língua de sinais para criança surda tem ocorrido mais cedo, logo quando os profissionais percebem que o estímulo ofertado para aprendizagem da língua oral não gera o efeito esperado e a Libras é percebida como potência para aprendizagem da criança surda, ainda mais no contexto em que a tecnologia do implante coclear não é ofertada.

A partir desse momento que ela chegou no serviço, nós vimos que muitas crianças também tinham essa necessidade de estar tendo acompanhamento para poder adquirir também essa outra língua, porque não estava tendo uma evolução dentro da parte de falar, mas que precisavam ter um desenvolvimento maior, e eles encontraram aqui essa assistência junto ao nosso técnico de língua de sinais, quer é o nosso profissional que começou a trabalhar e ele começou a desenvolver [...] Também, quando ver que não estão conseguindo ou até pensam que não estão conseguindo uma evolução rápida, (as fonoaudiólogas) as vezes querem uma posição da Libras, em relação a essas pessoas, porque assim um tratamento de um paciente com perda severa profunda é difícil, é a longo prazo, não é algo tão rápido, então às vezes a fonoaudiologia se sente um pouco traumatizada com aquela situação, ela não se sente com grandes vitórias, por que não estar tendo grandes evoluções, que sejam mais rápida e isso é normal de toda terapia com deficiente auditivo é difícil o tratamento mas é a longo prazo, e tem uma possibilidade, tem que ter uma persistência também. (DIRIGENTE/TÉCNICA 3).

A Libras estrategicamente situada no interior do serviço de saúde, orientada pelas práticas de inclusão de seu tempo que convoca a toda a participação social, responde ao projeto social de reorientação do saber (e entenda também do poder) sobre o surdo que se sustenta na experiência cultural da surdez e tem se capilarizado nos espaços sociais nos últimos anos.

Como projeto de poder, se forjou na resistência ao império auditivo cuja ordem do discurso estava vinculada à noção de surdo como deficiente que necessita de correção e na negação da língua de sinais para constituição da pessoa surda.

Esta produção do saber, imerso na sociedade capitalista neoliberal, sofre fratura e começa se reconfigurar, ajustando-se ao uso da língua de sinais como possibilidade de aprendizagem do surdo.

A Libras, em articulação ao projeto de oralização, ao mesmo tempo em que assegura sua entrada e permanência naquele espaço, possibilita ao saber auditivo perpetuar seu poder normalizador.

Entretanto, a presença da língua de sinais nos espaços sociais, enquanto estratégia de resistência, tem se mostrado eficaz em iniciar uma desconstrução do discurso social negativo da surdez e da Libras, fato é que se observa, na atualidade, no discurso dos profissionais e familiares, uma aproximação ou mesmo uma adesão à língua para aprendizagem da pessoa surda.

Aqui eu falo um pouco do Centro de Reabilitação. Aqui é uma estrutura com profissionais extremamente capacitados, as fonos daqui são excelentes já tem um *know-how* bem considerado sobre essa questão da perda auditiva, tem a técnica de língua de sinais que é a profissional que se comunica pela língua de sinais, então isso facilita muito a vida do paciente surdo e até uma coisa que já tentei fazer, mas por questão de horário eu nunca conseguir fazer o curso de Libras [...] Então, na ponta do sistema eu acho que falta muito e tem muito que melhorar, falha nossa também, por exemplo, nós médicos que lidamos com isso, otorrinos acho que é fundamental que a gente soubesse língua de sinais pra trabalhar com isso (MÉDICO)

[...] teve um Congresso em Milão a muitos anos que se firmou uma carta aonde o surdo é obrigado a falar, a oralização. A Lei mudou em 2002, e você tem que ensinar a língua de sinais e escrita, isso é Libras e escrita a partir das perdas severas. (FONOAUDIOLOGA 2).

Eu fiquei pensando em até fazer Libras porque seria bom a gente conversar em Libras com ele, era até mais fácil saber o que ele estava querendo dizer. Eu ia fazer uma disciplina na UVA, mas não consegui conciliar com os horários. (MÃE 3).

Quanto à resistência e a esta reconfiguração de poder, além das práticas evidenciadas nesta seção, finalizo com a descrição do momento vivido no percurso da pesquisa quando conheci Janaína, moça surda de 21 anos, e sua mãe, para mostrar que a resistência coexiste ao poder.

6 O ENCONTRO E A EXPERIÊNCIA DE RESISTÊNCIA

Há diferentes modos de resistir. Cada vez que somos interpelados pelo poder podemos resistir, ser governado, assujeitado, entrar no jogo, negociar com quem impõe algo. Na história das pessoas surdas, a marca da resistência é um contínuo.

Para resistir é preciso ter ao que resistir, uma situação, uma ideia, uma prática ou discurso. Ao se produzir na relação com o outro, tensionamentos e embates ocorrem, esta é uma condição intrínseca, imanente ao ato de se relacionar e de se produzir sócio culturalmente.

Veja Janaina, moça surda de 21 anos, pelo relato de sua mãe conheci sua história. Mas a conheci também por sua postura e interação comigo. A primeira vista pensa-se o que pode alguém no mundo que aparentemente tinha recursos linguísticos tão limitados, visto ser a língua potencializadora da linguagem e ser pela linguagem que nos constituímos.

Independentemente desta condição, preciso dizer Janaina resiste. A passagem em que ela mostrou seu caderno com suas composições, os momentos que tivemos na varanda de sua casa – expressos pela persistência e avidez em conhecer como se nomina as coisas ao seu redor - de encontrar via celular um modo de se comunicar com o mundo, de se chatear com a interdição de sua mãe quando retirou dela o aparelho e todas as vezes que se chateia quando pergunta, querendo saber de algo, e não consegue obter a resposta emitida por outras pessoas, todas essas situações materializam sua resistência. Contudo, ato de resistência ainda maior é comunicar-se, mesmo sem ter fluência linguística.

Janaina esteve presente durante as conversas, o olhar, os gestos e os sinais mediaram nossa comunicação, tentava explicar para ela o que estávamos conversando. Confesso, que por vezes, senti um profundo desapontamento em ver uma jovem, com tamanha inteligência e capacidade linguística enclausurada no mundo dos gestos e não experimentando uma língua em toda sua potência, embora tivesse total capacidade para fazê-la. Entretanto, tal condição não cerceou a possibilidade de aprender o ofício de tapeceira e de dona de casa, ocupações que a mãe lhe ensinara, e que demonstra a força e a resistência de estar no mundo. Restava saber apenas se era esta a condição que a jovem teria desejado para si, caso lhe fosse dado o direito de escolha. Nos momentos em que estivemos juntas, conversamos sobre: sua vida na localidade onde mora, a comunicação estabelecida entre mãe e filha, o contato social estabelecido, sua passagem pela escola e por outras instituições, a aprendizagem da língua de sinais, dentre outros assuntos que apareciam espontaneamente e/ou eram indagados pela

pesquisadora ou pela mãe. A seguir, abordarei o encontro com Janaina e sua mãe para discorrer sobre a questão suscitada.

6.1 Um pouco sobre Janaina e nossa interação

Estive algumas vezes na localidade Tapetes³⁹, Distrito de Sobral. Este é um distrito relativamente próximo da cidade-sede, considerando os outros desta localidade. A minha ida, até lá, ocorreu mediante ao atendimento de uma criança surda no serviço de atenção secundária em saúde auditiva. Durante o período que permaneci neste espaço, e em conversas com os trabalhadores deste serviço, fiquei sabendo de pessoas surdas que moravam nesta localidade.

Decidi, então, conhecer os caminhos que o campo apontava. Como faria para ir a esta localidade? Meu ponto de apoio (de partida) foi o serviço de saúde local, neste caso a Unidade Básica de Saúde (UBS), deste modo, pude conhecer as vidas de pessoas surdas e de seus familiares nos locais onde vivem.

Em contato com a unidade, tive acesso aos profissionais, dentre eles os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que me falaram sobre a realidade do território e dos habitantes surdos que lá moravam.

Neste dia, e nos outros em que lá estive, percorri, junto com o Paulo, ACS, os territórios adscritos à unidade. Por onde passávamos, ele ia tecendo comentários sobre a localidade, sobre o perfil de saúde e as condições socio sanitárias. Morador da área há mais de 20 anos, conhecia tudo com tamanha propriedade. Não obstante durante todo caminho, as pessoas falavam com ele, perguntavam sobre serviços de seu interesse e pediam para que ele fosse as suas casas. Enfim, várias demandas se colocavam no trajeto até a casa que seria visitada, demonstrando ser o ACS o elo entre a unidade de saúde e a família.

Em uma dessas andanças conheci Janaina, moça surda, de 21 anos de idade. O ACS já havia me falado dela quando fiz a primeira visita ao distrito, assim quando retornei, a mãe de Janaina, Dona Neide, já sabia, por ele, que gostaria de conhecê-las.

No dia marcado, chegamos a sua residência. O ACS chamou Dona Neide, que veio nos receber junto com sua filha. Na sala da casa de Dona Neide, ele me apresentou e disse de onde eu vinha, falou do estudo e eu expressei a vontade que tinha de conhecer um pouco mais

³⁹ Tapetes: é o nome fictício do distrito visitado pela pesquisadora.

da vida das pessoas surdas que moravam naquela localidade. Sentamos, eu e Paulo, de frente para Dona Neide e Janaina.

Neide começou a falar da vida de sua filha. Janaina olhava atentamente, observando o que se passava ao seu redor, conversamos sobre sua vida. Sua mãe narrava alguns fatos vividos. Janaina estava presente, no entanto, não narrava sua história, mas olhava ao que se passava.

Tentei me comunicar com ela, perguntei sua idade, usando a língua de sinais, e ela me respondeu com um sorriso no rosto e com gestos, expressando que tinha 21 anos de idade. Reconheceu o sinal e me respondeu com gestos, isto me inquietou e quis saber mais sobre sua história. Alguém que reconheceu um sinal arbitrário de uma língua, mas se expressava por gestos. Pensei então: Que condições estavam postas naquela situação.

Mantivemos, ali, nosso primeiro contato por meio de sinais e gestos, entretanto, as trocas de olhares já existiam, desde o momento que entrei em sua casa. Outros momentos de interação por meio de sinais ocorreram, em um deles Dona Neide expressou que não sabia língua de sinais, que era difícil aprender, e que ambas se comunicavam por meio de gestos, expôs, o modo de comunicação existente entre elas e a relação estabelecida.

Já eu tenho o meu modo de falar com ela de outro jeito, eu não sei Libras [...] Tem o jeito das coisas de comer, ela diz comer (faz o gesto com a mão), beber (faz o gesto com a mão), dormir (fez o gesto com a mão), sentir dor (fez o gesto com a mão). O meu gesto é só esse, Libras eu não sei não falar com ela. [...] eu ia dizendo a ela e ela ia crescendo e vendo aquilo aí pronto. Aí ela sabia o que era comer porque a gente fazia assim (fez o gesto com a mão), beber que a gente fazia assim (fez o gesto com a mão), tomar banho que a gente fazia assim (fez o gesto com a mão), e pronto e ia convivendo. [...] varrer uma casa, eu mandava ela pegar a vassoura, varrer e pronto. Lavar as vasilhas, ela fazia assim (fez o gesto com a mão) e pronto era só aquilo a convivência que eu não tinha estudo de Libras. (MÃE 5).

Neide, por vezes, não conseguia explicar os questionamentos que sua filha fazia e isto lhe gerava angústia. De igual modo, sua filha ficava frustrada, irritada, chateada quando não conseguia compreender o dito. Com convicção afirmava que coisas simples do cotidiano era possível esclarecer, como: limpar a casa, fazer a comida, mas falar da vida era muito complicado.

[...] ela quer saber assim o que está se passando, o que está acontecendo aí eu não sei explicar pra ela, tem muita coisa que eu não sei, aí ela se zanga porque eu não vou dizer pra ela o que está acontecendo. Muitas coisas eu digo, mas mulher eu não sei dizer pra ela que eu não sei falar bem. Mas, não é muita coisa que eu sei também [...] tem que Deus botar na minha mente pra eu dizer pra ela e ir passando [...] Uma briga, uma confusão na rua que ela está presente, assim olhando e ela pergunta o que é (em gestos), aí eu tenho que fazer um gesto pra ela entender porque ela quer saber, é curiosa. Você quer saber (explicando para filha o que estava sendo dito). Às vezes é uma briga, às vezes é um acidente, às vezes é uma pessoa que cai, um menino, aí ela quer saber (explicou para filha, novamente, em gestos e oralidade, o que estava sendo dito). Ela ler muito é a boca da gente, ela ler muito. (MÃE 5)

Alguma comunicação entre mãe e filha é estabelecida, potência criadora, diante todas as dificuldades. Tarefa fácil? Não é, ao contrário, tarefa muito difícil, cujo “dom - conforto” é atribuído à capacidade conferida pelo ser superior (Deus) a mãe, para interpretar de algum modo o mundo para sua filha.

O gesto é apenas um dos modos de comunicação entre mãe e filha, há outros. Neide também conversa com ela por meio da fala para que faça a leitura labial. Ocorria da seguinte maneira: simultaneamente ao gesticular ela fala, articulando sons, palavras e frases. Quando há ausência dos gestos, pela impossibilidade de explicar aquilo que a filha perguntou, ela continua falando (oralmente). Foi assim que Neide aprendeu a se comunicar com a filha. “Falo com ela como se fosse uma pessoa normal”. Aprendeu fazendo e aprendeu também em acordo ao padrão que a escola ensinou. Veja o que ela diz a seguir:

[...] foi lá onde ela estudava, ela falava muito assim e se comunicava (professora falava com ela oralmente) [...] Eu acho que é por isso que eu falo mais assim de um jeito, eu falo soltando a voz pra ela e ela ler (os lábios), aí ela entende. Lá onde ela estudou, ela falava (oralmente), assim que ela entende [...] ela sabe o gesto da boca de mãe, de pai, o som da boca (a mãe demonstrava para ela o que estávamos falando). Mãe (falando para a filha de forma articulada), pai, (também falando para filha), pronto, com o som da boca [...] É, porque a minha comunicação com ela é quase como ela fosse normal, tá entendendo? Não é como se fosse eu ter feito o curso de Libras, a minha comunicação com ela é assim quase como se ela fosse uma pessoa normal pra mim, aí ela ler os lábios da gente que está falando e pronto. E o que eu sei um pouco falar com ela é aquela estória, foi Deus que me deu o dom, não é o certo das pessoas. (MÃE 5).

Outro modo de comunicação, também aprendido na escola, que utilizava para com sua filha era a escrita. Quando a mãe de Janaina precisava que ela fosse comprar algo, escrevia em um papel e ela se dirigia até ao local para comprá-lo. Neste período, ela estava, a algum tempo, na escola e conhecia algumas palavras escritas. Era também, desse modo, que mantinham alguma comunicação.

Sobre o período escolar, Janaina estudou na creche, colégio e concluiu o Ensino Médio.

Ela já fazia creche com cinco anos, aí com seis ela já foi pro colégio [...] fez creche e aí pronto ela foi acompanhando, tem sempre as meninas que acompanha ela, esse pessoal que é especial, tem uma professora. [...] porque tem acompanhante lá, os professores, e ela acompanhava e tirava o dever normal da lousa. Aí tinha uma professora que levava pra, tinha a dona Cícera que acompanhava ela, tinha um tempinho pras elas e na hora da aula dela ela ia pegar eles. [...] É assim, cada série tem outra pessoa, lá no Monsenhor Gregório era a Arlene, aí quando ela passou pro Estado era a dona Cícera [...] ela estudou, ela terminou o terceiro, mas nesse colégio aqui, o acompanhamento não era muito suficiente pra ela, mas ler e escrever, um pouco, ela sabe. (MÃE 5).

A despeito destas condições, ainda assim aprendeu a ler e escrever auxiliada também por professores que faziam o acompanhamento especializado. Na escola, havia um reforço, em horário específico, que dava suporte a estas pessoas. Contudo, Dona Neide acredita que a educação obtida não foi suficiente para possibilitar aprendizagens compatíveis com uma adolescente que concluiu o Ensino Médio.

De igual modo, passou a compreender que ela teria um melhor desenvolvimento, caso tivesse um bom acompanhamento de Libras, e expressou este desejo: “Ah bom, mas se Janaina tivesse o curso de Libras ela iria se desenvolver muito bem”. Com certo pesar, comenta, ainda, o fato da filha ter contato com a língua apenas quando crescida e por um curto período, sendo convidada a sair do projeto de ensino da Libras ao atingir a maioridade, idade limite para participar desta iniciativa municipal.

Janaina estudou pouco (se refere a Libras), um ano, não aprendeu nada, porque ela entrou avançada já (idade), aí foi no tempo eu ela fez 18 anos, aí teve que sair [...] foi, ela estudou um ano ainda, ela sabe, mas é muito pouco. Porque quando eu botei, quando apareceu (o curso), ela já estava com a idade bem avançada. (MÃE 5).

Contudo, este não era o pensamento de sua mãe desde quando ela era pequena. Aliás, as crianças surdas que ela conhecia, na localidade onde mora, comunicavam-se por gestos com a família. A aprendizagem da Libras pela pessoa surda é uma ideia recente, que atravessou suas vidas no período em que Janaina cursava o terceiro ano, do Ensino Médio. Ela teve contato com a língua de sinais quando estava concluindo seus estudos. E de que modo isto ocorreu?

Uma vizinha, que também tinha um filho surdo, falou para Dona Neide sobre o projeto de aprendizagem da Libras, para crianças e adolescentes surdos, e agilizou os tramites burocráticos para que ela participasse. Outras pessoas também comentaram com Dona Neide que sua filha poderia se instruir-se na língua. Assim, procurou o projeto.

Percebera, também, que alguns surdos, da localidade, que tinham acesso a Libras, em idade inferior ao da sua filha e com maior tempo de estudo, conseguiram melhor

desenvolvimento. Era o caso do filho desta vizinha, que inclusive a ensinou, por pouco tempo, alguns sinais. E mais recentemente, do namorado de Janaina, um surdo esperto e inteligente, segundo Dona Neide, que também ensinou alguns sinais a sua filha:

Tem um aqui embaixo, ele é tão inteligente, ele namorou com ela [...] os dois namoraram e passaram ainda três meses. O primeiro namorado dela foi ele, mudo igual ela, inteligente que só, ensinava a ela, ele tinha o celular dele, ele estudou Libras em Sobral e estudou muito tempo, aí terminaram. (MÃE 5).

Importante que se diga que tanto da primeira quanto da segunda vez que estive em sua residência, o assunto sobre a Libras emergiu logo no início de nossa conversa, porém na segunda visita, algo novo aconteceu. Pela primeira vez, dona Neide viu uma reportagem de uma mulher surda, professora de Libras, ministrando aulas para crianças, tão quão foi sua surpresa, quando percebeu, outro lugar social para o sujeito surdo, e isto, de fato, chamou sua atenção.

Passou na televisão tem surda professora, ela é surda e muda, professora dando aulas para crianças, uma surda muda igual a Janaína (Falou com enorme entusiasmos e brilho nos olhos). (MÃE 5).

Reside neste fato, e nos outros citados, a positividade com qual a Libras passa a ser vista por sua mãe, expressa na possibilidade da comunicação do surdo pela Libras, ou seja, na aprendizagem e uso da língua por sua filha.

Ela entendia que sua filha não tinha se desenvolvido como poderia, estava atrasada, agora tinha urgência para que isto se modificasse. Desejou, então, que fosse criado um espaço de ensino da língua, para estas pessoas, no distrito, podendo até ser similar àquele vivenciados por elas na cidade-sede:

[...] era assim uma salinha, era assim bem simplesinha [...] lá onde eles estudavam, é bem simplesinho eu queria que você visse, é uma casinha normal, [...] **mas podia assim arranjar um localzinho** e fazer umas coisas pra eles, pra eles tá lá porque a pessoa que é assim a família acompanha, mas não tem como assim a pessoa tá na sala de aula, **tendo muita atenção pra eles e também eles vão se dedicar só aquilo e vão até uma, ser uma coisa na vida, porque a Janaina já tem o estudo dela completo**, se ela tivesse continuado **alguma coisa eu tenho certeza que ela tinha capacidade de ser alguma coisa**, porque ela era muito interessada na escola pra estudar, ela não tinha preguiça e era muito difícil. (MÃE 5).

Pesarosamente, em mais de um momento, comentou o fato de ela própria não ter aprendido a língua para se comunicar com sua filha, acredita que teria ajudado em seu

desenvolvimento e quem sabe, hoje, Janaina estaria atuando na área. A maioria dos surdos que conhecia daquela região não trabalhavam. Talvez por isto, também, dona Neide tenha ficando tão surpresa quando vira uma professora surda ensinando.

A rotina de Janaina era estar em casa, ajudando sua mãe nas atividades do lar. Cozinhar, passar, lavar, produz tapetes e chapéus, arte que aprendeu com sua mãe. Além disso, assistia televisão e gosta de usar o celular. Importante que se diga que próximo a sua casa havia dois surdos, além disso ela tem um familiar surdo, mas não mantém contato com ele. Seu convívio ocorre, bem mais, com sua família nuclear e com poucos parentes próximos, a avó e a prima. A interação fora do muro de casa ocorria via celular, mas no momento, o seu acesso estava proibido.

Uma coisa é certa, apesar de tudo, de qualquer condição ela resiste. Com sua esperteza e inteligência tem uma necessidade ávida de aprender novas coisas, por exemplo, novos sinais. Como sei disso? Vou contar duas experiências que tive com ela durante o período que eu a visitei.

Na primeira vez que estive em sua casa, depois de certo tempo de interação, Janaina me mostrou seu caderno, compartilhando comigo sua composição, folheando-o percebi vários registros escritos. De certo modo, ela copiava visualmente aquilo que capturava do mundo e tecia esta história para o papel. Escrevia no caderno registrando as coisas que via no mundo.

Sai de lá com o pensamento inquieto, queria conhecer mais sobre Janaina. Sabia que ela se comunicava, primordialmente, por gestos, naquele momento ela expressava a necessidade de escrever e de colocar vida naquelas folhas. Acho mesmo que sua postura expressava o desejo de comunicar algo ou de se comunicar com o mundo.

Instigada por esse momento, em um outro encontro, compartilhamos experiências por meio dos sinais, datilologia e escrita. Sentadas na varanda de sua casa, disse o meu sinal e perguntei o dela, o do ACS e de sua mãe.

O seu sinal, ela respondeu prontamente, o do ACS rapidamente o criou, o da sua mãe, não sabia e sorriu meio envergonhada com a possibilidade de criá-lo. A mãe, interagindo conosco, mencionou os sinais com os quais ela nomeava a avó, a prima e o pai e escreveu em uma folha de papel o nome de cada um deles.

Curiosa para saber o que mais ela conhecia, sinalizei algumas ações e objetos que estavam ao nosso redor. O que ela sabia de pronto escrevia, e o que não sabia eu fazia a datilologia e ela escrevia. Não tardou muito para ela me perguntar os sinais e a escrita de várias coisas que estavam a nossa vista.

A moto do pai, o cachorro que passava, a árvore a nossa frente, a mochila que estava em meu colo, explosão comunicativa, vontade de saber do mundo e de nominá-lo e dele se apropriar. Por um bom tempo falamos sobre essas coisas e nominamos tudo que estava ao nosso redor.

Não tenho dúvida, Janaina resiste!

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora do ponto final, mesmo provisório, pois bem se sabe que outras inquietações me mobilizarão a continuar o ofício de demandar respostas para o que me inquieta no plano concreto da vida.

Como pesquisadora, profissional da seara da saúde e perpassada pelos aspectos educacionais dos surdos, constitui esta Tese instigada pelas verdades sobre surdez situadas no meu *locus* de atuação. O contato com os surdos sinalizadores, com o referencial teórico desta pesquisa e os tensionamentos epistemológicos propostos por meu professor-orientador concederam as condições para se investir nesta empreitada.

Tensionar a produção discursiva da surdez no terreno da saúde se tornou urgente. Assim, constituiu-se este ensaio, desde uma realidade concreta da atenção à saúde à pessoa surda do Município de Sobral.

Logo sobrou percebido que as lutas locais para constituir o serviço de atendimento ao “portador de deficiência auditiva” encontravam ressonância nas práticas tecidas nacionalmente, ante as publicações de documentos institucionais que orientavam as práticas de assistência e de atenção à saúde na área.

A produção discursiva dos documentos nacionais foi objeto de análise deste estudo, porque os discursos oficiais conformam uma tecnologia do poder que conduz a vidas das pessoas e subjetiva a nós, os profissionais. A produção discursiva dos documentos institucionais, nacional e local, bem como as entrevistas e observações do diário de campo, possibilitaram perceber as estratégias e os discursos sobre quais as práticas de saúde para esta população se sustentam.

O que se propôs foi problematizar os discursos e as práticas sobre surdez que produzem a atenção à saúde às pessoas surdas nesta área. A novidade residiu em visibilizar à organização de uma atenção à saúde para estas pessoas, não como produtoras de técnicas e procedimentos para tratar ou reabilitar a surdez, que olha o corpo surdo na sua perspectiva anatomofisiológica, mas mostrar que esta organização é sustentada por uma área discursiva que institui verdade sobre suas práticas e que por elas são conduzidas. Saber e poder se entrelaçaram nesta análise.

Para que se pudesse interrogar os discursos e as práticas institucionais que sustentam a organização de uma atenção à saúde na atualidade, foi premente considerar a

organização dos serviços de saúde nos anos de 1990 e, sobretudo, nos anos 2000 em diante, uma vez que este período é marcado pelas reformas sociais, inclusive neste setor.

A análise de como os serviços de saúde se organizaram para o atendimento a estes usuários foi o fio condutor desta problematização. Observei que houve a invenção de uma atenção à saúde às pessoas surdas que se sustenta na articulação entre duas práticas: as audiocentradas e as sanitárias.

Quanto à primeira fica evidente que organização do serviço de saúde e as práticas exercidas se materializam sob norma *audista*, centram-se no discurso clínico-normalizador da surdez, materializando-se na oferta dos exames diagnósticos e no tratamento terapêutico ou reabilitador: com a cirurgia do IC, protetização auditiva e terapia da comunicação. Ante essa evidência, denominou-se este comportamento normalizador da organização dos serviços e das práticas de saúde como prática audiocentrada, pois toma por base a norma *audista*.

Na segunda, a surdez constitui prática sanitária, ou seja, incorpora-se a “atitude preventiva” (AROUCA, 1975) nos processos saúde e doença. Na história natural da doença, pode-se intervir a qualquer momento para evitar o adoecimento ou mesmo minimizar suas consequências. Além das práticas curativas e reabilitadoras, entram em cena as práticas de prevenção e promoção da saúde.

Houve, portanto, uma reorganização do discurso da surdez com a incorporação do saber sanitário. O saber clínico, normalizador-biológico, se reorganiza para prestar a atenção sob as condições sanitárias. Por sua vez, o componente sanitário é influenciado pelo caráter normalizador auditivo que se expressam em as ações sanitárias com foco neste ponto. A surdez, então, é posicionada como um problema de Saúde Pública, organizando-se segundo os princípios sanitário e normalizador.

Com efeito, são as ações ocorrentes nos distintos níveis de atenção capturadas pelo discurso *audista*. As ações para este público centram-se no nível secundário especializado e, quando acontecem noutros níveis ou pontos de atenção é organizado pela mesma norma.

Se lograram instituir alguma integralidade, o fizeram considerando a integralidade auditiva. Cumpriram, portanto, o propósito a que se destinaram. O aspecto auditivo concentrou a totalidade da atenção à saúde para este público. A saúde da pessoa surda se encerra na condição biológica da surdez e demanda tanto ações clínicas como sanitárias sobre o mesmo aspecto.

Ainda na articulação entre as duas práticas, há o segundo efeito: toda a população será convocada a pensar sobre os saberes auditivos para obter a saúde de sua audição, seja prevenindo, cuidando ou tratando.

Relativamente à surdez, ao se tornar uma prática sanitária, os saberes sobre surdos são mobilizados em âmbito social, o que significou uma vigilância acirrada sobre o corpo surdo, expresso nos instrumentos de vigilância e exame. Mais cedo as crianças surdas entram, por via de procedimentos auditivos, triagem e diagnósticos precoces, no discurso de saber-poder das deficiências.

Essa vigilância acirrada se alinha aos propósitos de uma sociedade capitalista neoliberal que convoca todos à participação social. Os problemas auditivos auferem espaço para incluir os surdos socialmente, por meio das práticas normalizadoras da surdez. De outra parte, a saúde perpassada pelos discursos que se constituem na resistência às práticas oralistas e corretoras do corpo surdo tensiona a formação de uma nova norma para lidar com os problemas da surdez ante os efeitos que a normalização surda gerou ancorada nos aspectos auditivos.

Há uma urgência de tratar e reabilitar as crianças, para que tenham acesso à língua portuguesa e possa se desenvolver linguisticamente. Essa urgência não existe, entretanto, para a Língua de sinais, que, posta sob suspeita para aprendizagem da criança surda, quando é ofertada, normalmente, está atrelada à situação de fracasso na aprendizagem da outra comunicação. Nas tramas de saber e poder na realidade da saúde, os surdos estão submetidos ao cárcere da fala oral, que aprisiona inclusive os profissionais da saúde, na perspectiva de que eles só podem desenvolver linguisticamente se for pela língua oral.

Com efeito, os discursos dominantes da surdez no ambiente da saúde de perspectiva *audista*, que institui a ordem do discurso nestas circunstâncias, passam a ser questionados pela produção discursiva da surdez sob referenciais culturais, constituída e expressa com mais força na atualidade, tensionando seu espaço no âmbito da saúde. O signo desse acontecimento, é a entrada da língua de sinais nos locais onde poder auditivo impera.

Nesse confronto de poderes, tais saberes, materializados pela Libras e práticas de oralização, disputam espaços no cenário da saúde, ora se articulando estrategicamente e ora em embates. A verdade é que nem o poderio auditivo abrirá mão de atuar por meio das tecnologias de melhoramento dos corpos surdos, que se renovam e ampliam a cada dia, e tampouco os surdos sinalizadores vão abrir mão da Libras como constituidoras dos surdos feitos seres culturais.

Nesta realidade permanente de luta, cabe aqui o espaço de negociação, para que o âmbito concreto da vida, constituindo-se na diferença, não fique capturado pelos jogos de forças dos discursos que disputam espaço para conduzir a vida dos surdos. Tampouco a língua de sinais permaneça subalternizada pela língua oral, neste espaço em que saúde para pessoas surdas tem se encerrado na condição biológica da perda de audição.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, R. L. S. **A ordem do discurso na Educação Especial**. 2011. 252f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.
- ALMEIDA, K de.; IÓRIO, M. C. M. **Prótese Auditiva: fundamentos teóricos e aplicações práticas**. 2. ed. São Paulo: Lovise, 2003.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Unesp, 1975.
- BARROS, J. P. P. **Violência infantojuvenil e o território da escola: o bullying como analisador de processos de subjetivação contemporâneos**. 2014. 292f. (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- BEVILACQUA, M. C.; DE MELO, T. M.; MORETTIN, M.; LOPES, A. C. A avaliação de serviços em Audiologia: concepções e perspectivas Evaluation of hearing health services: concepts and perspectives. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 14, n. 3, p. 421-6, 2009.
- BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm. Acesso em: 2 mar. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm. Acesso em: 2 mar. 2018.
- BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília 2000.
- BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais-Libras e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html. Acesso em: 2 mar. 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília 2004.

BRASIL. Decreto 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, eo art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **III Seminário de Formação de Gestores e Educadores como parte do Programa de Educação Inclusiva: Direito à Diversidade**. Brasília, DF: MEC, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF, 30 dez 2010. Disponível em: http://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 2 mar. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília 2011.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília 2012.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília 2017.

BARBERENA, C. F. R. **Educação e constituição do sujeito surdo**: discursos que circulam na ANPEd no período de 1990 a 2010. 2013.162f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

BENVENUTO, A. O Surdo e o *inaudito*: à escuta de Michel Foucault. In: KOHAN, W.O; GONDRA, J (orgs.). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.227-45.

BUJES, M. I. E. Descaminhos. In: COSTA, M. BRASIL. (Ed.). **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. v.2, p.11-33.

CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. Apresentação. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo; Hucitec, 2009. 417 p. graf. (Saúde em debate. Linha de frente).

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Tradução de Ingrid Müller Xavier; revisão técnica Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. 2 ed.- Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

CHAVEIRO, N.; DUARTE, S. B. R.; FREITAS, A. R. D.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C.; FLECK, M. P. D. A. Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 101-114, 2014. ISSN 1414-3283.

COSTA, L. S. M. D.; ALMEIDA, R. C. N. D.; MAYWORN, M. C.; ALVES, P. T. F.; DE BULHÕES, P. A. M.; PINHEIRO, V. M. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 166-170, 2009.

COSTA, L. S. M. da; Silva, N. C. Z. da. Desenvolvendo atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes de medicina na atenção em saúde de pessoas surdas. **Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.43, p.1107-17, Out./Dez. 2012.

COSTA, R. P. da; MISOCZKY, M. C; ABDALA, P. R. Z.. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. 119, p. 990-1001, out. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400990&lng=en&nrm=iso. Acesso em; jul. 2020.

FERNANDES, C. A. **Discurso e sujeito em Michel Foucault**. São Paulo: Intermeios, 2012.

FIALHO, I. **Perda auditiva em idosos na percepção dos participantes**. 2001. 135f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FISCHER, R.M.B. A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, M. (Ed.). **Caminhos investigativos I: novos desafios na pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: Lamparina, v.3, 2007.

FISCHER, R.M.B. Foucault e a análise do discurso em educação **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.197-223, nov. 2001.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. [S.n.]: Nau, 2002.

FOUCAULT, M. O Uso dos Prazeres. In: FOUCAULT, M. (Ed.). **História da sexualidade 2**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. "Poder e saber". In: MOTTA, M. B. da (org.) **Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 396p. (Coleção Ditos & Escritos Volume IV)

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, M. (Ed.). **Microfísica do Poder** Rio de Janeiro: Graal, 2012. p.171-189.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola. 24 2014a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 2014b.

GOLDFELD, M. **A criança surda**: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista. São Paulo: Plexus, 1997.

KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: THIOLENT, M. (Ed.). **Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário**. São Paulo: Polis, 1987. p.169-188.

LANE, H. **A máscara da benevolência**: comunidade surda amordaçada. Lisboa: Horizontes Pedagógicos, 1992.

LOBO, L. F. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009.

IANNI, A.; PEREIRA, P. C. A. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 89-92. 2009.

LOPES, M. C. **Surdez & educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: MACHADO, R. (ed.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012. p.7-23. .

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOURA, M. C. D. **O surdo**: caminhos para uma nova identidade. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

NÓBREGA, J. D. **O mundo dos surdos**: representações, cotidiano e políticas públicas. 2010. 84f . Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

NÓBREGA, J. D.; ANDRADE, A. B. D.; PONTES, R. J. S.; BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. M. T. Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 671-679, 2012.

NÓBREGA, J.D.; MUNGUBA, M.C.; PONTES, R.J.S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência . **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 30, n.3, p.1-10, 2017.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 19-39.

OLIVEIRA, Y. C. A. D.; CELINO, S. D. D. M.; COSTA, G. M. C. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 307-320, 2015.

PAGLIUCA, L. M. F.; FIUZA, N. L. G.; REBOUCAS, C. B. de A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 411-418, set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 abr. 2020.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010.

PEIXOTO, M. V. D. S.; CHAVES, S. C. L. Análise da implantação da política nacional de atenção à saúde auditiva em uma unidade federativa do Brasil. **CoDAS**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2019.

PERLIN, G.T.T. **Histórias de vida surda: identidades em questão**. 1998. 93f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

PIRES, H. F.; ALMEIDA, M. A. P. T. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016.

PONTIN, B. R. **Discursos e processos de normalização dos sujeitos surdos através de próteses auditivas nas políticas de governo da atualidade**. 2014.74f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

REZENDE, P. L. F. **Implante coclear: normalização e resistência surda**. Curitiba: CRV, 2012.

ROSSI, P. S; BATISTA, N.A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 93-102, jun. 2006.

RUIVO, N. G. V. **Saúde auditiva e integralidade do cuidado: itinerário de usuários na rede de serviços**. 2014. 188f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SÁ, N. Os estudos surdos. In: SÁ, N. (ed.). **Cultura, poder e educação de surdos**. São Paulo: Paulinas, 2010.

SANTOS, A.S., PORTES, A.J.F. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p.1-9, 2019.

SILVA, L.; GONÇALVES, C.; SOARES, V. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. **CoDAs**, v. 26, n. 3, p. 2317-1782, 2014.

SKLIAR, C. **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: Mediação, 2016.

STROBEL, K. L. **Surdos: vestígios culturais não registrados na história**. 2008. 176f. (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

TEDESCO, J.R.; JUNGES, J.R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1685-9, 2013.

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: estudo de caso em Pernambuco**. 2007. 159f. (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos estudar. In: TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

UCHOA, C.S.O de. **Análise da produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva de Fortaleza**. 2013. 90 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, p. 11-48, 1998.

VIEIRA-MACHADO, L. M.da Costa; LOPES, M. C. A Constituição de uma Educação Bilíngue e a Formação dos Professores de Surdos. **Educ. Real.**, Porto Alegre , v. 41, n. 3, p. 639-659, set. 2016 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362016000300639&lng=en&nrm=iso. Acesso em: dez. 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRIGENTES E TÉCNICOS

- 1- Fale sobre você, sobre sua experiência de vida que lhe conduziu a atuar, hoje, como dirigente/técnico de saúde desta área?
- 2- Como estão organizados as ações e serviços voltados às pessoas surdas, em âmbito Estadual, Regional e Municipal? Na prática como têm sido operacionalizados? (Considerar a instância de atuação de cada entrevistado)
- 3- O modo como essa política está organizada gera que efeitos na vida das pessoas surdas?
- 4- Para você quem é esse sujeito surdo beneficiário das políticas, ações e serviços de saúde?
- 5- Fale de alguma situação que chegou até você ou que você vivenciou a respeito desses usuários?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

- 1- Fale sobre você, sobre sua experiência de vida que lhe conduziu a atuar, hoje, junto às pessoas surdas?
- 2- Como estão organizados as ações e serviços voltados a esses usuários no seu espaço de trabalho?
- 3- Que efeitos geram na vida das pessoas surdas as ações e serviços realizados nesse espaço?
- 4- Para você quem é esse sujeito surdo beneficiário das ações de saúde operacionalizadas neste serviço?
- 5- Fale de alguma situação vivenciada por você sobre acerca desses usuários?

APÊNDICE C - MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, DE SOBRAL

- 1- Fale sobre você, sobre sua experiência de vida que lhe conduziu a atuar, hoje, como membro do Conselho?
- 2- O que se tem sido discutido no Conselho acerca das pessoas surdas?
- 3- O que você percebe, especificamente, no âmbito da saúde, sobre os cuidados destinados a esses usuários?

APÊNDICE D - FAMILIARES (MÃES)

- 1- Fale sobre você, sobre sua vida desde quando você teve seu filho até os dias de hoje.
- 2- Como você faz para conseguir os cuidados em saúde de que seu filho necessita?
- 3- Quais situações você vivenciou, nestes serviços, ou em outros locais, quando buscou cuidados para seu filho?

APÊNDICE E - PESSOAS SURDAS

- 1- Fale sobre você, sobre sua vida, desde quando você se lembra até os dias de hoje.
- 2- Como você faz para conseguir os cuidados em saúde de que necessita?
- 3- Quais situações você já vivenciou quando buscou cuidados em saúde nestes serviços ou em outros locais?

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – DIRIGENTES E TÉCNICOS

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “**In/exclusão dos Surdos no Campo da Saúde: práticas de saúde e produção de sentidos no SUS**”, sob responsabilidade da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, orientada pelo Professor Ricardo José Soares Pontes. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa é o de problematizar a inclusão dos surdos nos serviços de saúde, de modo a discutir as práticas de saúde, os discursos e as relações presentes nos modos de produção do cuidado para com a pessoa surda. Para sua realização, usaremos a técnica da entrevista com dirigentes/técnicos e profissionais de saúde, membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS), pessoas surdas e seus familiares. A sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à produção do cuidado em saúde voltadas às pessoas surdas e sobre a organização deste cuidado, nos âmbitos Estadual, na 11ª.Região de Saúde e no município de Sobral, considerando seu cenário de atuação. A entrevista terá duração de uma hora e será gravada mediante sua autorização. Todo o material gravado será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Manteremos estas informações sob sigilo, durante e após o término do estudo. Somente serão utilizados para divulgação os resultados produzidos nessa pesquisa que poderão ser veiculados através de artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos, congressos e aulas, sempre preservando sua identificação.

Quanto aos riscos, a metodologia utilizada para a produção de informações pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que abordaremos questões relativas à sua experiência como dirigente ou técnico da área da saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria da produção do cuidado em saúde voltados às pessoas surdas.

O (A) senhor (a) terá o direito a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta e a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal, retirando o seu consentimento. Ressaltamos que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada a você (participante) e outra para a pesquisadora. Vale ressaltar também que todas as páginas deverão ser rubricadas por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: *Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: (85)3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).*

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:**Nome:** Juliana Donato Nóbrega e Ricardo José Soares Pontes

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva. Telefone: (85) 996782910.

Juliana Donato Nóbrega

Pesquisadora

Eu _____RG,

_____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade e não receberei nenhum pagamento para participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Juliana Donato Nóbrega sobre esta pesquisa. Estou ciente de que a entrevista será gravada. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho e a confidencialidade das respostas, sendo, apenas, divulgados os resultados da pesquisa em revistas, em eventos científicos ou em aulas. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura _____ do _____ sujeito/responsável:

Pesquisadora: _____

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “**In/exclusão dos Surdos no Campo da Saúde: práticas de saúde e produção de sentidos no SUS**”, sob responsabilidade da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, orientada pelo Professor Ricardo José Soares Pontes. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa é o de problematizar a inclusão dos surdos nos serviços de saúde, de modo a discutir as práticas de saúde, os discursos e as relações presentes nos modos de produção do cuidado para com a pessoa surda. Para sua realização, usaremos a técnica da entrevista com dirigentes/técnicos e profissionais de saúde, membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS), pessoas surdas e seus familiares.

A sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à produção do cuidado em saúde voltadas às pessoas surdas, considerando seu cenário de atuação. A entrevista terá duração de uma hora e será gravada mediante sua autorização. Todo o material gravado será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Manteremos estas informações sob sigilo, durante e após o término do estudo. Somente serão utilizados para divulgação os resultados produzidos nessa pesquisa que poderão ser veiculados através de artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos, congressos, aulas, sempre preservando sua identificação.

Quanto aos riscos, a metodologia utilizada para a produção de informações pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que abordaremos questões relativas à sua experiência como profissional de saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria da produção do cuidado em saúde voltados às pessoas surdas.

O (A) senhor (a) terá o direito a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta e a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal, retirando o seu consentimento. Ressaltamos que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada a você (participante) e outra para a pesquisadora. Vale ressaltar também que todas as páginas deverão ser rubricadas por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: *Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ, situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: (85)3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).*

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:**Nome:** Juliana Donato Nóbrega e Ricardo José Soares Pontes.

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva. Telefone: (85) 996782910.

Juliana Donato Nóbrega

Pesquisadora

Eu _____RG,

_____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade e não receberei nenhum pagamento para participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Juliana Donato Nóbrega sobre esta pesquisa. Estou ciente de que a entrevista será gravada. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho e a confidencialidade das respostas, sendo, apenas, divulgados os resultados da pesquisa em revistas, em eventos científicos ou em aulas. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura _____ do _____ sujeito/responsável:

Pesquisadora: _____

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – MEMBROS DO CMDPDS

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“In/exclusão dos Surdos no Campo da Saúde: práticas de saúde e produção de sentidos no SUS”**, sob responsabilidade da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, orientada pelo Professor Ricardo José Soares Pontes. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa é o de problematizar a inclusão dos surdos nos serviços de saúde, de modo a discutir as práticas de saúde, os discursos e as relações presentes nos modos de produção do cuidado para com a pessoa surda. Para sua realização, usaremos a técnica da entrevista com dirigentes/técnicos e profissionais de saúde, membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS), pessoas surdas e seus familiares. A sua participação consistirá em responder perguntas relacionadas à produção do cuidado em saúde voltadas às pessoas surdas, considerando seu cenário de atuação. A entrevista terá duração de uma hora e será gravada mediante sua autorização. Todo o material gravado será transcrito e armazenado, em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao mesmo a pesquisadora e seu orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão divulgados em nenhuma hipótese. Manteremos estas informações sob sigilo, durante e após o término do estudo. Somente serão utilizados para divulgação os resultados produzidos nessa pesquisa que poderão ser veiculados através de artigos científicos, revistas especializadas e/ou encontros científicos, congressos e aulas, sempre preservando sua identificação.

Quanto aos riscos, a metodologia utilizada para a produção de informações pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, uma vez que abordaremos questões relativas à sua experiência como membro do conselho de pessoas com deficiências. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria da produção do cuidado em saúde voltados às pessoas surdas.

O (A) senhor (a) terá o direito a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta e a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal, retirando o seu consentimento. Ressaltamos que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma via destinada a você (participante) e outra para a pesquisadora. Vale ressaltar também que todas as páginas deverão ser rubricadas por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ**, situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: (85) 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:**Nome:** Juliana Donato Nóbrega e Ricardo José Soares Pontes

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva. Telefone: (85) 996782910.

Juliana Donato Nóbrega

Pesquisadora

Eu _____RG,

_____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade e não receberei nenhum pagamento para participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Juliana Donato Nóbrega sobre esta pesquisa. Estou ciente de que a entrevista será gravada. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho e a confidencialidade das respostas, sendo, apenas, divulgados os resultados da pesquisa em revistas, em eventos científicos ou em aulas. Foi-me garantido (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura _____ do _____ sujeito/responsável:

Pesquisadora: _____

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - SUJEITOS SURDOS

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“In/exclusão dos Surdos no Campo da Saúde: práticas de saúde e produção de sentidos no SUS”**, sob responsabilidade da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, orientada pelo Professor Ricardo José Soares Pontes. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa, é discutir a inclusão dos surdos nos serviços de saúde, para tanto queremos conhecer como acontece o atendimento em saúde às pessoas surdas. Como os serviços se organizam para esse atendimento e quais consequências desse atendimento na vida das pessoas surdas.

Para sua realização, faremos entrevistas, que são conversas com dirigentes/técnicos (coordenadores de programas e serviços de saúde), profissionais de saúde, membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS, pessoas surdas e seus familiares).

A sua participação consistirá em responder perguntas, ou seja, contar sua experiência de vida sobre seu atendimento nos serviços de saúde, falando como os profissionais fazem o atendimento, quais serviços você procurou para obter cuidados, quais situações viveu nesses serviços de saúde. A conversa terá duração de uma hora e será gravada mediante sua autorização. Todo o material gravado será escrito na forma de texto, e guardado, em arquivos digitais (no computador), mas somente terão acesso a ele a pesquisadora e seu professor-orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão revelados de forma alguma, nem durante e nem depois do final do estudo. Apenas os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em revistas, apresentados em eventos científicos ou em aulas, sempre preservando sua identificação (nome).

Quanto aos riscos, a metodologia, ou seja, a forma de fazer a pesquisa, pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, pois conversaremos sobre a sua experiência de vida quanto ao seu atendimento nos serviços e sua relação com os profissionais de saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria das ações e dos serviços públicos de saúde voltados às pessoas surda.

O (A) senhor (a) terá o direito a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta e a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal, retirando o seu consentimento. Ressaltamos que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Este termo é escrito em duas vias, sendo uma para você (participante) e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas (assinadas) por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: *Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: (85)3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).*

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Nome: Juliana Donato Nóbrega e Ricardo José Soares Pontes.

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva. Telefone: (85) 996782910.

Juliana Donato Nóbrega

Pesquisadora

Eu _____ RG,

_____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma folha (via) assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade e não receberei nenhum pagamento para participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Juliana Donato Nóbrega sobre esta pesquisa. Estou ciente de que minha participação será gravada. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho e de que o pesquisador manterá a guarda dos dados da pesquisa, sendo, apenas, divulgados os resultados em revistas, em eventos científicos ou em aulas. Foi-me garantido (a) que posso sair da pesquisa (retirar meu consentimento) a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa (forma de fazer a pesquisa), assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.

Local: _____

Data: _____

Assinatura _____ do _____ sujeito/responsável:

Pesquisadora:

APÊNDICE J – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- FAMILIARES (MÃES)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“In/exclusão dos Surdos no Campo da Saúde: práticas de saúde e produção de sentidos no SUS”**, sob responsabilidade da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, orientada pelo Professor Ricardo José Soares Pontes. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo dessa pesquisa, é discutir a inclusão dos surdos nos serviços de saúde, para tanto queremos conhecer como acontece o atendimento em saúde às pessoas surdas. Como os serviços se organizam para esse atendimento e quais consequências desse atendimento na vida das pessoas surdas.

Para sua realização, faremos entrevistas, que são conversas com dirigentes/técnicos (coordenadores de programas e serviços de saúde), profissionais de saúde, membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS), pessoas surdas e seus familiares

A sua participação consistirá em responder perguntas, ou seja, contar sua experiência de vida desde quando teve seu filho até hoje, dizendo que serviços você procurou para o seu filho, como chegou ao serviço de saúde auditiva, quais situações vivenciou nos serviços de saúde, como se relaciona com as pessoas que fazem o seu atendimento de seu filho. A conversa terá duração de uma hora e será gravada mediante sua autorização. Todo o material gravado será escrito na forma de texto, e guardado, em arquivos digitais (no computador), mas somente terão acesso a ele a pesquisadora e seu professor-orientador.

O seu nome e seus dados pessoais não serão revelados de forma alguma, nem durante e nem depois do final do estudo. Apenas os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em revistas, apresentados em eventos científicos ou em aulas, sempre preservando sua identificação (nome).

Quanto aos riscos, a metodologia, ou seja, a forma de fazer a pesquisa, pode ocasionar algum constrangimento ou desconforto, pois conversaremos sobre a sua experiência de vida quanto ao atendimento de seu filho nos serviços e sua relação com os profissionais de saúde. Caso você venha a sentir algo que esteja lhe prejudicando, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as providências necessárias à promoção do seu bem-estar. O benefício esperado com o resultado desta pesquisa é o de contribuir para a melhoria das ações dos serviços públicos de saúde voltados às pessoas surda.

O (A) senhor (a) terá o direito a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta e a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal, retirando o seu consentimento. Ressaltamos que você não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Este termo é escrito em duas vias, sendo uma para você (participante) e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas (assinadas) por você (participante da pesquisa) e pelo pesquisador responsável.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode procurar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ** situado no seguinte endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: (85) 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas).

ENDEREÇO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Nome: Juliana Donato Nóbrega e Ricardo José Soares Pontes.

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Curso de Pós-graduação em Doutorado em Saúde Coletiva. Telefone: (85) 996782910.

Juliana Donato Nóbrega

Pesquisadora

Eu _____ RG,

_____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações da pesquisadora Juliana Donato Nóbrega, que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma folha (via) assinada deste termo. Minha participação é de livre e espontânea vontade e não receberei nenhum pagamento para participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Juliana Donato Nóbrega sobre esta pesquisa. Estou ciente de que minha participação será gravada. Declaro, também, que me foi assegurado o direito a não identificação no trabalho e de que o pesquisador manterá a guarda dos dados da pesquisa, sendo, apenas, divulgados os resultados em revistas, em eventos científicos ou em aulas. Foi-me garantido (a) que posso sair da pesquisa (retirar meu consentimento) a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Ainda me foi esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa (forma de fazer a pesquisa), assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou plenamente de acordo com a realização do trabalho. Assim, autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima, com a minha colaboração espontânea.---

Local: _____

Data: _____

Assinatura _____ do _____ sujeito/responsável:

Pesquisadora: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INEXCLUSÃO SOCIAL DO SURDO NO CAMPO DA SAÚDE: PRÁTICAS DE SAÚDE E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: Juliana Donato Nóbrega

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57325416.8.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.689

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo que visa discutir a inclusão social dos surdos no campo da saúde. As técnicas a serem utilizadas para construção do material empírico serão: a entrevista aberta, a observação e a análise documental. Os participantes da pesquisa serão: dirigentes e técnicos do nível central e regional da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e do nível municipal de Sobral (10 pessoas); membros do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Sobral (CMDPDS) (3 pessoas); profissionais que atuam com pessoas surdas (11 pessoas); pessoas surdas (7 pessoas) e seus familiares (13 pessoas).

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário: Analisar a inclusão social das pessoas surdas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- Objetivos Secundários:

- 1) Descrever a organização das políticas de saúde voltadas às pessoas ,configuradas no Estado, e em especial, em uma Região de Saúde e no seu município sede;
- 2) Analisar os modos de produção de cuidados voltados a esses usuários no interior dos serviços de saúde, em especial em um serviço de saúde auditiva;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comeqa@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEQ



Continuação do Parecer: 1.615.009

- 3) Analisar os efeitos das práticas institucionais de saúde e seus discursos na vida das pessoas surdas;
- 4) Compreender, a partir da perspectiva da pessoa surda, a organização de sua rede cotidiana de cuidados;
- 5) Contribuir com elementos que possibilitem desenhar uma política de saúde para esses usuários, com foco nas questões observadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: Segundo os autores, a pesquisa apresenta risco mínimo para os participantes, pois não realiza procedimentos invasivos. Tem risco de desconforto pelos participantes surdos que utilizam a linguagem dos sinais, devido a presença do tradutor-Intérprete em Libras durante a entrevista, e também devido a filmagem.

- Benefícios: De acordo com os pesquisadores, o estudo pode melhorar a condução, elaboração e planejamento de políticas públicas de saúde voltadas às pessoas surdas, mais centradas em sua realidade, o que contribuirá para a qualidade de vida desses indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo pertinente, considerando o contexto de vida da pessoa surda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO 719483.pdf	24/06/2016 23:38:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termos.pdf	24/06/2016 23:18:20	Juliana Donato Nóbrega	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3368-8344 E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.615.695

Ausência	Termos.pdf	24/06/2016 23:18:20	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	24/06/2016 23:17:47	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Outros	ANUENCIASESAESTADOO.PDF	24/06/2016 23:16:28	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Folha de Rosto	folhadestoso.pdf	24/06/2016 23:14:37	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Outros	Lattes.pdf	17/06/2016 17:50:47	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Outros	ANUENCIACMDPDS.pdf	17/06/2016 17:49:31	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Outros	ANUENCIACEFAS.pdf	17/06/2016 17:47:06	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Outros	ANUENCIASOBRAL.pdf	17/06/2016 17:46:45	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Outros	CARTACEPUFC.pdf	17/06/2016 17:44:04	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORES.pdf	17/06/2016 17:33:09	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/06/2016 17:32:41	Juliana Donato Nóbrega	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/06/2016 17:31:57	Juliana Donato Nóbrega	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Junho de 2016

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: conep@ufc.br