

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

FABIANA SCASSIOTTI FERNANDES SOLIA

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS
DIALÓGICOS E O AUTOCUIDADO DA PESSOA SURDA

Ribeirão Preto
2015

FABIANA SCASSIOTTI FERNANDES SOLIA

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS
DIALÓGICOS E O AUTOCUIDADO DA PESSOA SURDA

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da
Silva

Ribeirão Preto
2015

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

S686e Solia, Fabiana Scassiotti Fernandes, 1975-
Educação para saúde por meio de processos dialógicos e o
autocuidado da pessoa surda / Fabiana Scassiotti Fernandes
Solia. - - Ribeirão Preto, 2015.
108 f.: il. color.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Sidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2015.**

1. Deficiência auditiva. 2. Comunicação não verbal. 3. Surdez
I. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANA SCASSIOTTI FERNANDES SOLIA

EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS DIALÓGICOS E O AUTOCUIDADO DA PESSOA SURDA


Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

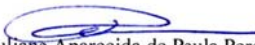
Data da defesa: 22 de junho de 2015

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Sidneia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Juliane Aparecida de Paula Perez Campos
UFSCAR – Universidade Federal de São Carlos



Prof. Dra. Juliana Vendruscolo
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2015

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus familiares que não mediram esforços para a minha formação pessoal e profissional.

E também a todas as pessoas surdas com as quais tenho convivido nestes 18 anos de magistério, em meio a um bailar de Sinais dinâmicos e olhares que os significam.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a DEUS, Alfa e Ômega, por me permitir viver seus milagres.

Aos meus pais, Aécio e Vilma, por todo amor e segurança.

A minha irmã, Patrícia, intercessora constante.

Aos meus Lauros, César e Henrique, pela compreensão e incentivo.

À amiga Cláudia, pelo apoio e ânimo. À Raquel pela companhia. À Mariana por toda paciência e dedicação no suporte tecnológico. Ao Luiz Gustavo pela assessoria nas traduções.

Aos adolescentes surdos e seus pais pela confiança em meu trabalho.

A minha orientadora, Dra. Silvia Sidnéia da Silva, que acreditou em mim desde o início deste percurso, iluminando-o com seu sorriso e conhecimentos.

*A palavra é o princípio de qualquer obra e,
antes de agir é preciso refletir.
Eclo 37,16*

RESUMO

SOLIA, F. S. F. Educação para saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda. 108f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa que por meio de uma pesquisa-ação buscou avaliar a efetividade dos processos dialógicos em Língua de Sinais, na educação para saúde, visando o autocuidado de adolescentes surdos em um município do interior de Minas Gerais. A amostra constituiu-se de 5 sujeitos surdos, com idades entre 14 e 17 anos, sendo quatro do sexo feminino e 1 do sexo masculino, estudantes que se comunicam por meio da Língua Brasileira de Sinais, residentes em Poços de Caldas/MG. A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2014, em um Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado para Surdos, utilizando a entrevista semi-estruturada. A análise dos dados se deu por categorização em um diálogo com Paulo Freire na perspectiva da adaptação feita por Bueno (2001), possibilitando o levantamento das experiências vividas, conhecimentos prévios, necessidades e os problemas emergentes que nortearam a ação educativa nas Rodas Dialógicas. Na entrevista foi verificado entendimento limitado de saúde e de ser saudável, associado somente ao quesito individual “não ter doença”, aliado a falta de diálogo com os médicos durante as consultas, além da falta de autonomia e consciência das ações para o autocuidado, acesso restrito às informações sobre saúde devido a barreiras linguísticas e pelo reflexo de uma educação bancária. Enunciaram as barreiras na comunicação como maior fator de dificuldade para a interação familiar e para a vida em sociedade. A ação educativa foi efetuada, descrita e avaliada, constatando a efetividade dos processos dialógicos em Língua Brasileira de Sinais motivando os adolescentes surdos a (inter)agirem e refletirem sobre suas vivências e os significados da mudança no *status* e na prática de receptores a construtores de conhecimentos para o autocuidado; com e nas Rodas Dialógicas, especialmente na retomada das questões da entrevista inicial. O resultado deste trabalho aponta para a necessidade da mobilização dos sujeitos na busca de novas práticas e novos fazeres visando à formação de cidadãos autônomos e responsáveis por sua saúde, visando aumento da qualidade de vida e de serviços educacionais ofertados às pessoas surdas. Reitera-se a importância do acolhimento na área da saúde, considerando as peculiaridades linguísticas da pessoa surda, contribuindo para agregar conhecimentos aos já construídos no campo da Educação em Saúde, na perspectiva de uma sociedade inclusiva.

Descritores: Educação para Saúde. Autocuidado. Surdez. Comunicação não verbal. Deficiência auditiva. Língua Brasileira de Sinais.

ABSTRACT

SOLIA, F.S.F. Health Education through dialogue processes, and the self-care of the deaf individual. 108f. Dissertation (Professional Masters in Health and Education), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

This work describes a descriptive exploratory study, with a qualitative approach which through a research-action sought to evaluate the effectiveness of the dialogue processes in Sign Language for health education, aiming the self-care of deaf adolescents in an inner city of the Minas Gerais state. The sample was formed by 5 deaf subjects with ages varying from 14 to 17 years old, four female and one male, students who communicate through Brazilian Sign Language, and living in the city of Poços de Caldas, MG. The data gathering occurred during the month of December 2014 in a Municipal Center for Education of the Deaf, using a semi-structured interview process. The data analysis was done through categorization in a dialogue with Paulo Freire in the adaptation perspective done by Bueno (2001), helping raise living experiences, previous knowledge, needs and emerging problems which directed the education action in the Dialogue Circles. The interviews revealed limited knowledge about health, where being healthy was described just as “not being ill”, and also the lack of communication with medical doctors during consultation, lack of autonomy and awareness for self-care actions, limited access to information on health due to language barriers and due to the Banking Education. The subjects stated that communication barriers were the greatest obstacle for family interaction and for life in society. The education action was effected, described and evaluated, proving the effectiveness of the dialogue processes in Brazilian Sign Language, which motivated the deaf adolescents to interact and reflect about their experiences and the meaning of *status quo* changes and about the roles of receptors and constructors of knowledge on self-care; within the Dialogue Circles, especially by re-discussing the questions raised during the initial interview. This work results point to the need to mobilize the subjects towards seeking new habits aiming at the formation of autonomous citizens, responsible for their own health, and aiming at higher life quality and educational services offered to the deaf. It is important to highlight the importance of accepting and welcoming individuals in the health area, taking into account their language singularities as a deaf person, contributing to aggregate knowledge in the field of Education for Health, in the prospect of an inclusive society.

Descriptors: Education for Health. Self-care. Deafness. Non verbal communication. Hearing impairment. Brazilian Sign Language.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Registros de relatos dos adolescentes surdos, participantes do estudo. Poços de Caldas, 2015.....	80
Figura 2 – Abordagem de conceitos e sinais específicos do tema “saúde”. Poços de Caldas, 2015.....	81
Figura 3 – Reflexões coletivas dos participantes do estudo. Poços de Caldas, 2015.....	82
Figura 4 – Fichas ilustradas sobre saúde e qualidade de vida. Poços de Caldas, 2015.....	83
Figura 5 – Painel finalizado. Poços de Caldas, 2015.....	85
Figura 6 – Momento de intervenção da pesquisadora. Poços de Caldas, 2015.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização da análise do Universo Temático segundo ação e descrição realizada no estudo intitulado: Educação Para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda, Poços de Caldas/MG, 2015.	50
Quadro 2 - Desenvolvimento da proposta educativa da pesquisa-ação segundo ação e descrição realizada no estudo intitulado: Educação Para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda, Poços de Caldas/MG, 2015.....	51
Quadro 3 - Distribuição dos adolescentes surdos, participantes do estudo, intitulado: Educação Para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda, Poços de Caldas/MG, 2015.....	55
Quadro 4 - Distribuição qualitativa das respostas dos adolescentes surdos, participantes do estudo, sobre a pergunta 13: O que você entende por saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.....	56
Quadro 4.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 13: O que você entende por saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.....	56
Quadro 5 - Distribuição qualitativa das respostas dos adolescentes surdos, participantes do estudo, sobre a pergunta 14: Você se considera saudável? Por quê? Poços de Caldas/MG, 2015.....	57
Quadro 5.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 14: Você se considera saudável? Por quê? Poços de Caldas/MG, 2015.....	58
Quadro 6 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 15: Quem o acompanha nas consultas médicas? Como é recebido pelo médico? Poços de Caldas/MG, 2015.....	59
Quadro 6.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 15: Como é recebido pelo médico? Poços de Caldas/MG, 2015.....	59
Quadro 7 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 16: Você faz perguntas para o médico? Poços de Caldas/MG, 2015.....	62
Quadro 7.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 16: Você faz perguntas para o médico? Poços de Caldas/MG, 2015..	62
Quadro 8 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos pesquisados sobre a pergunta 17: No seu entendimento o que é autocuidado e qualidade de vida? Poços de Caldas/MG, 2015.....	64

Quadro 8.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 17: No seu entendimento o que é autocuidado e qualidade de vida? Poços de Caldas/MG, 2015.....	64
Quadro 9 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 18: O que faz para cuidar de você? Poços de Caldas/MG, 2015.....	65
Quadro 9.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 18: O que faz para cuidar de você? Poços de Caldas/MG, 2015.....	66
Quadro 10 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 19: Como você adquire informações sobre saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.....	67
Quadro 10.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 19: Como você adquire informações sobre saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.....	67
Quadro 11 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 20: Você entende os cartazes, as campanhas do Ministério da Saúde, visando à Educação em Saúde, como da Dengue, DST, gripe, vacina HPV? Poços de Caldas/MG, 2015.....	68
Quadro 11.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 20: Você entende os cartazes, as campanhas do Ministério da Saúde, visando à educação em Saúde, como da Dengue DST, gripe, vacina HPV? Poços de Caldas/MG, 2015.....	68
Quadro 12 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 21: Você poderia me falar sobre sua relação com a família? Poços de Caldas/MG, 2015.....	71
Quadro 12.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 21: Você poderia me falar sobre sua relação com a família? Poços de Caldas/MG, 2015.....	71
Quadro 13 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 22: Encontra dificuldades para viver em sociedade? Quais? Poços de Caldas/MG, 2015.....	73
Quadro 13.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 22: Encontra dificuldades para viver em sociedade? Quais? Poços de Caldas/MG, 2015.....	74
Quadro 14 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 23: Espaço livre para falar o que quiser. Poços de Caldas/MG, 2015.....	76

Quadro 14.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a questão 23: Espaço livre para falar o que quiser. Poços de Caldas/MG, 2015..76

Quadro 15 - Descrição do Planejamento das Rodas Dialógicas desenvolvidas junto aos sujeitos da pesquisa, Poços de Caldas/MG, 2015.....78

LISTA DE SIGLAS

AEE – Atendimento Educacional Especializado

CMAEE – Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado

db – Decibéis

Dr – Doutor

EF – Ensino Fundamental

EM – Ensino Médio

GM – Gabinete do Ministro

Hz – Hertz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INES – Instituto Nacional de Educação de Surdos

Libras – Língua Brasileira de Sinais

Lilacs – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LP – Língua Portuguesa

LS – Língua de Sinais

MEC – Ministério da Educação

Medline – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais

QV – Qualidade de Vida

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ZDP – Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVO GERAL	23
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1 ADOLESCENTE, DE QUEM ESTAMOS FALANDO?	24
2.2 SAÚDE E O AUTOCUIDADO.....	26
2.3 QUALIDADE DE VIDA E A PESSOA SURDA.....	30
2.4 EDUCAÇÃO DE SURDOS NO BRASIL: DO ORALISMO AO BILINGUÍSMO.....	34
2.5 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE: UMA PRÁTICA LIBERTADORA.....	37
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	42
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	42
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	44
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	45
3.4 COLETA DOS DADOS.....	46
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados	46
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados	47
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	49
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	52
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
4.1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (PARTE A)	54
4.2 LEVANTAMENTO DOS DADOS RELATIVOS AO TEMA DE PESQUISA (PARTE B).....	56
4.3 RODAS DIALÓGICAS: AÇÕES EDUCATIVAS.....	77
4.3.1 Implementação da Ação Educativa: rodas dialógicas.....	78
4.3.2 Avaliação da Ação Educativa	79
4.3.2.1 Primeira Roda: Quem sou eu? A importância do autoconhecimento	80
4.3.2.2 Segunda Roda: saúde integral e qualidade de vida	81
4.3.2.3 Terceira Roda- Autocuidado: questão de conhecimento e autonomia.....	85
4.3.2.4 Quarta Roda: da teoria à prática.....	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE 1	98
APÊNDICE 2.....	100
APÊNDICE 3.....	101
APÊNDICE 4.....	102
APÊNDICE 5.....	103
ANEXO A	106
ANEXO B	107
ANEXO C.....	108

APRESENTAÇÃO

Vivenciando a prática docente desde 1997 junto a alunos surdos, e desde 2007, após ser aprovada no PROLIBRAS- 2006 (Exame Nacional para Certificação de Proficiência - MEC) nível superior, atuando no curso de Pedagogia, também em cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*, e há anos, na formação continuada de professores, ainda vivencio com grande incômodo, o tão temido “processo de inclusão” do aluno surdo na Rede Regular de Ensino.

Neste transitar entre o trabalho direto com pessoas surdas e o de formação de professores, constato que as dificuldades vivenciadas pelos alunos e professores são de base linguística/cultural, ou seja, a Língua Brasileira de Sinais, cuja modalidade é a espaço-visual, não é contemplada na maioria das escolas regulares.

Mesmo hoje, em que muitas escolas disponibilizam o tradutor/intérprete de Língua Brasileira de Sinais, a interação e o encontro entre aluno e professor não se dá por completo, pois os diálogos, as aulas e as atividades são preparadas e desenvolvidas para alunos ouvintes, não contemplando, de fato, o bilinguismo. Nesse caminho encontramos a angústia dos alunos surdos por não terem suas especificidades consideradas, e dos professores por verificarem que esses não estão se desenvolvendo em sua totalidade. Angústia que aumenta ao constatar a completa exclusão das pessoas surdas nas interações e processos dialógicos que permeiam o atendimento nos espaços públicos de saúde.

Esses incômodos e também a necessidade de avançar em minha formação acadêmica me trouxeram a este Programa de Mestrado em Saúde e Educação, o qual reconheço como capaz de ser a mola propulsora para ampliar minhas pesquisas e futuras ações profissionais e acadêmicas. Vejo no programa, a possibilidade de socializar saberes e práticas acumuladas em minha trajetória profissional ao atrelá-los aos novos conhecimentos construídos com os professores e conteúdos abordados no Programa.

Nesta breve apresentação não posso deixar de registrar a imensa alegria que sinto em estar com as pessoas surdas do Município de Poços de Caldas/ MG, em diferentes contextos para além do educacional, como na colocação e acompanhamento no mercado de trabalho e também interpretando em todas as áreas requisitadas (saúde, jurídica, política, entre outras) e uma grande gratidão por

vivenciar com meus amigos surdos o crescimento na fé e a aprendizagem da doutrina Católica a cada Missa interpretada, a cada Evangelho traduzido e Salmo cantado.

Nesta trajetória venho me constituindo professora bilíngue e intérprete de Libras.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa trata da “Educação para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda”, e busca avaliar a efetividade dos processos dialógicos em Língua Brasileira de Sinais, na educação para saúde, visando o autocuidado de adolescentes surdos em um município do interior de Minas Gerais/Brasil.

Sabe-se que o governo brasileiro está se empenhando cada vez mais na conscientização, divulgação e concretização da inclusão de todos os brasileiros nas práticas sociais, e isso está exigindo que os sistemas de ensino e de saúde se adaptem e reestruturem para receber todas as pessoas, considerando suas especificidades. Ainda hoje estamos buscando superar o paradigma da integração, para de fato termos a inclusão. Sasaki (2007) explicita as quatro eras das práticas sociais em relação às pessoas com deficiência¹, sendo:

- Fase de exclusão: as pessoas com deficiência eram tidas como indignas de educação escolar e não receberam nenhuma atenção.
- Fase de segregação institucional: sem acesso às escolas as famílias das pessoas com deficiência se uniram criando as escolas especiais, hospitais e residências que foram utilizados, também, como locais de educação especial.
- Fase de integração: as crianças e jovens que conseguiam se adaptar eram encaminhados e aceitos nas escolas comuns, classes especiais e salas de recursos.
- Fase de inclusão: início na década de 1990. Visa todos os alunos nas salas comuns. A escola deve adaptar os ambientes físicos e os procedimentos educativos para receber todos os alunos, considerando suas reais necessidades.

Nessa direção, estamos caminhando para que de fato a sociedade se estruture para receber todos os cidadãos, sem discriminação e preconceito, onde não seja necessário provar que se está apto a conviver, mas que as diferenças sejam respeitadas, que os diversos espaços da sociedade se reestruturem para receber cada indivíduo com suas singularidades. Assim, passamos da integração,

¹Ressaltamos que não entendemos a pessoa surda como pessoa com deficiência, mas ainda esta é vista e tratada por muitos como deficiente auditivo sendo alvo de processos de reabilitação.

onde apenas a pessoa com deficiência tem que se mobilizar para se adequar à sociedade para a inclusão, onde a sociedade tem que se reestruturar e adequar para receber todos os cidadãos.

Pietro (2006) alerta que mesmo com os princípios da educação inclusiva sendo fortalecidos desde a década de 1990 é o modelo da integração escolar que está predominando nas escolas brasileiras. Ainda hoje, muitos alunos enfrentam barreiras físicas, atitudinais e comunicacionais.

No que tange à pessoa Surda², os sistemas de ensino e de saúde precisam buscar meios para colocar em prática a educação já garantida legalmente³: a educação bilíngue. Faz-se importante ressaltar o conceito de educação bilíngue para surdos apresentado por Perlin (2014)

método que leva a usar a língua dos sinais como primeira língua, ou seja, como língua de instrução e a língua portuguesa como segunda língua, com significâncias de língua estrangeira e a sua aprendizagem é apenas a escrita e a leitura, e não língua como falada.e que ela possibilite a construção de conhecimentos (p. 229).

Quadros (1997, p. 29), coloca que “as realidades psicossocial, cultural e linguística devem ser consideradas pelos profissionais ao se propor o bilinguismo”. Fernandes (2003) também afirma que bilinguismo na educação não pode ser pensado de maneira simplista, como sendo apenas a inclusão da Língua de Sinais, juntamente com a Língua Portuguesa na sala de aula ou a mera tradução dos conteúdos pedagógicos para a Língua de Sinais, tem que se considerar a totalidade do aluno em seu ambiente psicossociocultural.

Lacerda (2009) reforça esta colocação ao afirmar que

a educação bilíngue é algo bastante complexo, já que não basta ter alguém presente em sala de aula ou na escola que saiba Libras, mas é necessário que esta língua circule no espaço escolar, que ela seja respeitada e que ela possibilite a construção de conhecimentos (p. 37).

²Neste trabalho assumimos a visão de Surdez como defendido por Sacks (1998), não como deficiência, mas como diferença linguística e cultural. Entendemos por pessoa surda aquela que se comunica através da Língua de Sinais independentemente do grau da perda auditiva. Perlin (1999) coloca que “A denominação de sujeito surdo é o termo que o surdo se atribui. (...) ele não quer o termo deficiente auditivo que lhe é dado pelas diversas clínicas, visto negar sua identidade como surdo, bem como sua cultura, caracterizando-o deficiente. Ser sujeito surdo é algo que se constrói, que se aprende gradativamente.” (PERLIN, 1999, p. 34).

De acordo com o artigo 2 do decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 é considerada surda a pessoa que tenha perda auditiva e que interaja com o mundo por meio da Língua Brasileira de Sinais ,considera deficiência auditiva a perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis ou mais, nas frequências de 500 Hz, 1.000Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

³O decreto 5626/05 também trata do direito à educação bilíngue.

Libras é uma língua reconhecida através da lei nº 10.436/02, como meio legal de comunicação e expressão, regulamentada pelo decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 que, entre outras providências, trata do direito à educação bilíngue e à garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

O capítulo VII do decreto supracitado trata especificamente desta garantia, onde traz em seu artigo 25, que o Sistema Único de Saúde deve garantir, prioritariamente, aos alunos matriculados nas redes básicas de ensino, a atenção integral à sua saúde. No inciso II, o documento afirma que o tratamento clínico e atendimento especializado deve se dar respeitando as especificidades de cada caso, no de número VIII aborda a orientação à família sobre implicações da surdez e sobre a importância do acesso a Língua de Sinais e Língua Portuguesa, desde o nascimento. Já o inciso IX preconiza o atendimento às pessoas surdas na rede de serviço do SUS, por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para a sua tradução e interpretação.

No Brasil, efetivar a educação bilíngue para os surdos não é algo simples, especialmente nas cidades do interior. Lacerda; Albres e Drago (2013) afirmam que ainda hoje a educação de surdos é um tema polêmico e que nem todo resultado é positivo.

Deve-se observar que “as experiências com educação bilíngue ainda são restritas a alguns poucos centros, dadas as dificuldades de implantação de uma proposta nova que envolve pessoas surdas e ouvintes com domínio de LIBRAS” (LACERDA, 2000, p. 54). Ainda sobre educação bilíngue esta autora diz que:

Não basta um decreto para uma transformação efetiva das práticas. A legislação pode induzir ações, mas elas só serão eficazes se de fato a condição linguística especial do surdo for compreendida e ações para a criação de uma efetiva escola bilíngue forem implementadas (LACERDA, 2009, p. 27).

Lacerda, Albre e Drago (2013, p. 77) afirmam que “No Brasil, a atuação do intérprete de língua de sinais no cenário escolar é recente e traz ainda indagações sobre sua formação, suas práticas e a realidade que vivencia na escola”.

Assim, não se pode pensar, ainda, no Brasil, em um atendimento bilíngue em todos os municípios, nas escolas e no Sistema Único de Saúde, pois muitas cidades deste nosso país não contam com o profissional bilíngue ou com um tradutor - intérprete das Línguas em questão, para atender às reais necessidades das pessoas

surdas na rede regular de ensino e na rede pública de saúde. Esses sistemas precisam partir das suas realidades para buscar efetivar o que é garantido constitucionalmente para todos os cidadãos brasileiros, desde 1988, a educação e saúde como direito de todos.

Pietro (2006) ressalta que muitas vezes a inclusão escolar é entendida apenas como a garantia, para todos os alunos, de vagas em salas comuns e para esta autora, “essa distorção conceitual é que tem se configurado, de fato, como um dos principais obstáculos à concretização da tão conclamada educação para todos.” (PIETRO, 2006, p. 41).

De acordo com a Política Nacional de Educação Especial, na perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), a busca pela educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica pautada na concepção de direitos humanos, onde igualdade e diferença são valores indissociáveis na busca pela garantia de todos os alunos estarem juntos aprendendo, desenvolvendo e participando sem qualquer discriminação. Referente a alunos surdos apregoa que por causa da diferença linguística, estes devam estar com outros surdos em turmas comuns, sempre que possível.

Ainda no mesmo documento consta que para a inclusão de alunos surdos na rede regular deve-se desenvolver a educação bilíngue, o ensino da Língua Portuguesa como segunda Língua na modalidade escrita, os serviços de tradutor/intérprete e o ensino de Libras para todos os alunos da escola. As escolas inclusivas, como colocado por Mantoan (2006, p. 19) “propõem um modo de organização do sistema educacional que considera as necessidades de todos os alunos e que é estruturada em função dessas necessidades”. Tratando-se de alunos surdos, é de fundamental importância, para que haja inclusão educacional, que a sua condição linguística, a sua Língua e experiências visuais sejam respeitadas. Sobre essa questão,

À medida que a condição linguística especial do surdo é respeitada, aumentam as chances de ele desenvolver-se e construir novos conhecimentos de maneira satisfatória, em contrapartida a uma “integração escolar” sem qualquer cuidado especial (LACERDA, 2000, p. 57).

Respeitar a condição linguística da pessoa surda implica o reconhecimento da importância do intérprete e/ou de profissionais bilíngues para que esta tenha acesso

aos conteúdos trabalhados, aos conhecimentos acumulados para que consiga, de fato, interagir e comunicar-se com professores, educadores e colegas, para que possa não só estar nos sistemas, mas também estar com os sistemas.

Considerando que a verdadeira inclusão educacional é aquela “que leva em consideração a pluralidade das culturas, a complexidade das redes de interação humanas” (MACHADO, 2008, p. 69), a presença do intérprete de língua de sinais e/ou profissionais bilíngues nos espaços de formação frequentados por pessoas surdas, onde a língua de instrução e interação é uma língua oral-auditiva, é essencial para que a inclusão não seja apenas física, mas que contemple, inclusive, as singularidades linguísticas desse público. O intérprete e os profissionais bilíngues permitem ao aprendiz surdo o acesso aos conhecimentos, às informações e à dinâmica comunicativa dos espaços de formação. Por profissionais bilíngues, neste caso, trata-se de profissionais com domínio da Língua Portuguesa e da Língua Brasileira de Sinais.

Quadros (2004, p. 27) define o intérprete de língua de sinais como

[...] profissional que domina a língua de sinais e a língua falada do país e que é qualificado para desempenhar a função de intérprete[...] Além do domínio das línguas envolvidas no processo de tradução e interpretação, o profissional precisa ter qualificação específica para atuar como tal. Isso significa ter domínio dos processos, dos modelos, das estratégias e técnicas de tradução e interpretação. O profissional intérprete também deve ter formação específica na área de sua atuação (por exemplo, a área da educação).

Apesar de as pessoas surdas já contarem com a garantia legal da presença desses profissionais nos setores públicos, há que se somarem esforços para a formação desses indivíduos para a concretização desse direito. E, consoante inciso X do artigo 25 do decreto 5626 de 22 de dezembro de 2005, o SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão dos serviços públicos de assistência à saúde devem apoiar a capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS, tanto para o uso da Libras quanto para a tradução/interpretação das línguas envolvidas. Ainda o Parágrafo 1 do Artigo 26 do Capítulo VIII assegura que essas instituições devem dispor de, no mínimo, 5% de seus servidores, funcionários e empregados capacitados para o uso e interpretação da Libras.

A Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2010) instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM n 1.060, de 5 de junho de

2002 visa à inclusão de todas as pessoas em toda a rede do SUS e tem como diretrizes, entre outras, a promoção da qualidade de vida, a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação e a organização e funcionamento dos serviços sem barreiras arquitetônicas ou atitudinais. Tratando da educação para saúde esta política destaca a importância do estímulo à criação, produção e distribuição de material educativo e informativo acessíveis na área da saúde.

De acordo com os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997, p. 85), “O ensino de Saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida”. Ainda conforme os PCN, a Educação para Saúde, considerando o meio físico, social e cultural pode ser propulsora de melhorias da saúde individual e também da coletividade como estratégia de proteção, promoção e meio/fim para a construção e efetivação dos direitos de cidadania.

Nesse processo de construção de novos conhecimentos, o trabalho educativo deve promover trocas de saberes, considerando toda informação e experiências que cada sujeito traz sobre o tema para que, num processo dialógico, haja o desenvolvimento da consciência crítica e o autoconhecimento nessa busca pela autonomia, pelo bem-estar e autocuidado.

No cenário citado anteriormente, é fundamental considerar as necessidades específicas e reais de cada ator, propondo-se uma aprendizagem significativa, e que por meio do diálogo, propicie a transformação de saberes existentes. Afinal “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, p. 47). A partir desse pensamento do grande educador Paulo Freire infere-se que tem de haver disponibilidade contínua para diálogo, em um movimento dinâmico de transformação da realidade.

Diante do exposto, entende-se que estão em evidência algumas questões que devem ser estudadas e pesquisadas, quando se refere ao atendimento e à educação para saúde e seus reflexos para o autocuidado nos cidadãos surdos. O processo de investigação do presente estudo seguiu as seguintes questões norteadoras: considerando a Educação para Saúde, qual a trajetória percorrida por esses sujeitos para o autocuidado? Como se dá/deu a aprendizagem? Quais os desafios para uma aprendizagem significativa? Quais relações são estabelecidas entre os adolescentes surdos e os profissionais da saúde? Como a pessoa surda se constitui, se forma e se reconhece como cidadão com direitos e deveres? Quais os

reflexos dos olhares e vozes próprios e do 'outro' nesse processo de construção de autoconhecimento/autocuidado? Quais as implicações das experiências em processos dialógicos na educação para saúde enquanto sujeitos ativos nesse processo de constituição de um sujeito aprendiz para o autocuidado?

Essas questões impulsionaram a formulação do seguinte problema: quais as contribuições dos processos dialógicos em língua de sinais na Educação para Saúde para o autocuidado na pessoa surda?

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade dos processos dialógicos em Língua Brasileira de Sinais, na educação para saúde, visando o autocuidado de adolescentes surdos em um município do interior de Minas Gerais/Brasil.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os conhecimentos prévios dos adolescentes surdos sobre autocuidado;
- Viabilizar/estimular reflexões sobre o conhecimento de hábitos saudáveis/autocuidado dos sujeitos envolvidos na pesquisa, estando com eles nas rodas dialógicas, em uma perspectiva educativa e de intervenção na busca de uma prática autônoma e responsável pela saúde individual.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A discussão que pretendemos travar neste trabalho diz respeito à educação para saúde por meios de processos dialógicos e o autocuidado, a aplicação e sua vivência por adolescentes surdos que se comunicam e constroem seus conhecimentos através da Língua Brasileira de Sinais.

Nessa direção, os tópicos dessa pesquisa abordaram inicialmente uma reflexão sobre definição de adolescente seguida de uma busca por conceitos de saúde e autocuidado, a Qualidade de Vida e a pessoa surda, as filosofias educacionais que permeiam a educação de surdos no Brasil, além da educação para saúde como prática libertadora.

2.1 ADOLESCENTE, DE QUEM ESTAMOS FALANDO?

Nesse estudo adotamos a definição cronológica da OMS (1995), tendo por adolescente a pessoa de 10 a 19 anos de idade.

Visando uma melhor compreensão da população desse estudo, os adolescentes surdos, julgamos pertinente ressaltar que essa fase da vida, o período de transição entre a infância e a idade adulta, engloba além das modificações biológicas, componentes psicológicos e sociais que sofrem influências do meio social e cultural.

Gauderer (1998) coloca que o adolescente é um ser complexo, cheio de pluralidade, diferente e desafiante que quer atenção, sendo extremamente difícil definir o início e o final da adolescência, não sendo possível estabelecer um padrão universal e uniforme, pois, além das mudanças físicas há que se considerar as evoluções psicológicas, intelectuais e emocionais que não são fáceis de quantificar. Este autor coloca que na adolescência o sujeito “passa a conceituar, abstrair, filosofar e com isso desenvolve gigantesca capacidade global de funcionamento. Começa a questionar tudo e todos, ao passo que antes ele puramente acreditava naquilo que os pais e os professores lhe diziam” (GAUDERER, 1998, p. 18). Seus interesses ampliam, ocorrem as mudanças em termos de modelo, não sendo os pais mais os únicos protótipos. Nesta fase os grupos ganham força, tendo uma função modeladora, onde os adolescentes substituem o padrão dos pais, pelos do grupo.

Ainda de acordo com este autor, o ser humano é grupal em sua essência e o objetivo do ser humano saudável é moldar-se às normas e exigências da sociedade, mas também deseja preservar suas características pessoais, sem entrar em conflito com o grupo social à sua volta.

As mudanças são rápidas e, de acordo com Gauderer (1998, p.19) “é na adolescência que vivenciamos os dois extremos o “nascimento” do corpo novo e a “morte” do corpo antigo, numa sucessão de eventos rápidos, um pouco desordenados e confusos”, o que deixa o adolescente em um misto de sentimentos como satisfação, pesar, curiosidade e receio.

Aberastury e Knobel (1981) apregoam que o adolescente vivencia três lutos, sendo o luto pelo corpo infantil, o luto pelo papel e identidade infantil e o luto pelos pais da infância. Frente a essas instabilidades e conflitos sentidos pelo adolescente, que são normais para essa fase da vida, o autor denominou essa vivência dinâmica e evolutiva como Síndrome Normal da Adolescência, comportando as seguintes características: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitudes sociais reivindicatórias, conduta direcionada pela separação progressiva dos pais, flutuações do humor e de ânimo.

Como assinalado por Gauderer (1998), a maior característica do adolescente é a mudança rápida e, muitas vezes, de maneira súbita, sendo como defendido por Aberastury e Knobel (1981), embora repleto de conflitos como um período normal da vida humana.

Bisol (2008) traz que adolescentes com deficiências vivenciam as questões centrais da adolescência, além das especificidades das suas condições e realidade.

No que se refere ao adolescente surdo, acreditamos que a questão da linguagem é o ponto crucial para o enfrentamento e vivência das peculiaridades dessa fase da vida, Bisol (2008) refere que

... quando uma modalidade de comunicação coerente e consistente é eficazmente estabelecida, possibilitando o desenvolvimento de alguma forma de comunicação significativa, crianças e adolescentes surdos não apresentariam dificuldades outras que não as possíveis de serem vistas também em crianças e adolescentes ouvintes. (BISOL, 2008, p. 30)

Os adolescentes surdos também buscam fazer parte de um grupo, preferem na grande maioria a convivência com outros surdos e não com ouvintes, devido à

dificuldade de estabelecer e acompanhar diálogos na modalidade oral. A interação é maior entre surdos, chegando a 95% o casamento entre duas pessoas surdas (BISOL, 2008). A autora afirma que a criança surda exposta a um trabalho cujo foco tenha sido a aprendizagem sequencial de palavras e não a organização simbólica, conhecimentos gerais, leitura, competências logico-matemática, irá na passagem para a adolescência se deparar com um desencontro entre suas reais competências e as expectativas escolares, podendo resultar em um afastamento da vida escolar.

Para as crianças surdas que cresceram em contato com outros surdos, da mesma faixa etária e mais velhos, fica mais fácil ter o sentimento de pertença no mundo, diferentemente do que ocorre com aquelas que cresceram em ambientes predominantemente ouvintes que as viam como deficientes e na adolescência, por precisarem de interpretes ou próteses podem ser vistos como diferentes. Ainda alerta que na adolescência, questionamentos sobre causas da surdez e escolhas educativas, que antes eram feitas pelos pais, passam a ser feitas pelo próprio adolescente surdo. Bisol (2008) verifica que não há uma resposta única para as características e especificidades do adolescente surdo.

Percebemos, assim, que não é possível falar de adolescente considerando essa fase da vida como homogênea e linear, com início e fim, baseado exclusivamente na idade cronológica. Cada sujeito é único, carregado de experiências sociais, culturais e emocionais, enfim um ser global, dinâmico e contextualizado, carregado de singularidade que interpreta, interage e significa o mundo que o cerca.

No próximo tópico uma breve discussão sobre saúde e o autocuidado antecede uma revisão da literatura sobre qualidade de vida e a pessoa surda.

2.2 SAÚDE E O AUTOCUIDADO

Popularmente, muitos dizem que o bem mais precioso que se tem é a saúde, tendo cada pessoa que zelar por ela. Mas afinal o que é saúde? O que é estar com saúde? Como e o que fazer para viver de forma saudável? Como cuidar da própria saúde? Tratando destes temas, sem a pretensão de responder a estas perguntas com uma verdade única, inicialmente, é primordial que se tenha claro a partir de qual conceito caminhar-se-á, considerando que a compreensão de saúde é carregada de subjetividade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em um contexto de pós-guerra, em 1946, conceitua saúde, como colocado por Almeida Filho (2011, p. 8), como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”. Assim, volta-se o olhar para aspectos, além do físico, para o emocional, social, intelectual e espiritual, numa perspectiva individual e coletiva, social e política.

Já na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, chega-se em um conceito mais amplo: “A saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e a serviços de saúde” (BRASIL, p. 4). Há que se pontuar que nestas perspectivas não há como afirmar que um sujeito seja completamente saudável ou doente, mas sim, que vive e viverá momentos e condições de saúde e outras de doença, no decorrer do tempo e espaço em suas diversas realidades e fases da vida.

A Lei Máxima do nosso país, datada de 1988, em seu artigo 196, garante que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Almeida Filho (2011) discute a saúde em cinco diferentes dimensões de conceito, culminando em uma concepção holística de saúde, considerando saúde-doença-cuidado, nas esferas do biomolecular ao ecossocial.

A saber, saúde como Fenômeno “pode ser conceituada como fato, evento, estado, situação condição ou processo” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 29), onde pode ser definida, negativamente - como ausência de doença, ou positivamente - como desempenho além de capacidade e funcionalidade.

A saúde como Metáfora refere-se à “construção cultural, produção simbólica ou representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas” (p. 27). Saúde como Medida direciona-se ao tratamento quantitativo da saúde em uma vertente individual de abordagens clínicas e que no coletivo refere-se à epidemiologia para estimar probabilidades de ocorrência de saúde e não de doenças (ALMEIDA FILHO, 2011).

Como Valor, Almeida Filho (2011, p. 27) coloca que a saúde se manifesta “tanto na forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto na de direito social, serviço

público ou bem comum”. Por último, trata da saúde como Práxis como sendo o “conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida (...) operado em setores de governo e de mercado, em redes sociais e institucionais” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 27).

Verifica-se que há um conceito plural de saúde e estes precisam ser estudados dentro de um espaço e tempo histórico, entrelaçando conhecimentos entre as ciências sociais e as ciências da saúde. Esta afirmação de um conceito de saúde plural já foi feita em 1882, pelo filósofo Nietzsche, citado por Almeida Filho (2011, p. 139):

Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende de seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo.

Há que se buscar um tratamento conceitual transdisciplinar de saúde considerando a complexidade à qual está imersa, às diversidades que permeiam a vida real, independentemente de interesses políticos ou de mercado. Há que se caminhar para uma quebra de paradigmas trazendo à tona a saúde coletiva como meio e fim para a liberdade, visando à quebra de amarras impostas pelos interesses capitalistas, que por meio de um atendimento público escasso de recursos e de qualidade, vem mantendo a população menos privilegiada amordaçada e sem a luz da informação e da formação para um autocuidado. Autocuidado este que, acredita-se, levaria a exigência de um atendimento público que de fato trate cada ser humano como único em sua totalidade, e também como responsável pela sua saúde e da coletividade.

E também, destacando a participação social como alavanca para construção e manutenção de um sistema de saúde capaz de atender cada cidadão em sua necessidade de saúde, de vida, além de políticas públicas viabilizando condições sociais, ambientais e econômicas dignas, como o conceito amplo de saúde defendido desde 1986, em síntese, a dignidade humana a todos e a cada membro da população brasileira. Afinal:

Não somente pobreza ou privação determina problemas de saúde mediante precárias condições de vida ou pouco acesso a serviços de saúde; desigualdades econômicas ou iniquidades sociais constituem importante fator de risco para a maioria das doenças conhecidas. Também determinantes socioculturais, expressos como preconceitos, hábitos alimentares, crenças e comportamentos, são contribuintes para a determinação, a difusão e a manutenção de doenças e para a

adoção de proteção e promoção da saúde em grupos humanos (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 48).

Crê-se que não cabe, neste momento, discutir a realidade econômica e outros importantes temas atrelados ao sistema público de saúde do Brasil, como as causas e consequências do sucateamento que ocorre nas esferas do SUS, nem sobre a participação nos conselhos de saúde, mas sabe-se da importância de se abordar e pesquisar estas questões.

Entretanto, enfatiza-se no contexto deste estudo, tratar-se do autocuidado como despertar para uma consciência de todos os atores envolvidos no sistema público de saúde - de um lado os que oferecem, e do oposto os usuários, que leve a superação da crise a qual este sistema está mergulhado desde sua origem, para que não haja mais lados opostos, e sim uma extensão, onde todos se reconheçam com direitos e deveres, buscando efetuar e efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde deste imenso país: universalização, equidade e integralidade. Vale lembrar que “toda compreensão de algo corresponde, cedo ou tarde, uma ação. Captado um desafio, compreendido, admitidas as hipóteses de resposta, o homem age.” (Freire 2014).

As ações de autocuidado, nas palavras de Bub et al. (2006, p. 155):

Constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Constituem a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado.

A concretização e a vivência do autocuidado virão pelo autoconhecimento e pela educação para saúde, tema que será tratado no último tópico.

Autocuidado, tendo como referencial o PCN (BRASIL, 1997, p. 106) refere-se a “conhecer-se e cuidar-se, valorizando sua identidade e características pessoais”. A conscientização da importância do cuidar de si leva à autonomia e à busca do controle de vida, não mais ficando como dependente do outro, não mais projetando no outro a responsabilidade pelo cuidado. Sabemos que o autoconhecimento além de fortalecer o sujeito instrumentaliza-o para o enfrentamento dos problemas cotidianos. Freire(b)(2014, p. 44) pontua que “A consciência do mundo e a consciência de mim me fazem um ser não apenas no mundo mas *com* o mundo e *com* os outros.”, e assim o homem não meramente se adapta, mas intervém no

mundo se fazendo, se constituindo e se tornando ser histórico. Intervir na realidade é uma tarefa complexa e gera novos saberes, e permite ao homem refletir sobre si dando sentido a sua presença no mundo.

Visando a melhoria na qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, o SUS, vem empenhando-se na conscientização para o autocuidado, estimulando que cada pessoa olhe para si própria, se conheça e assim possa escolher e optar por hábitos de vida saudáveis e maneiras para cuidar da própria saúde, a partir do autoconhecimento. Tem, nesse momento, como princípio, que com este conhecimento cada pessoa é responsável e capaz de promover mudanças a fim de melhorar sua saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Ao se pensar os caminhos para o autocuidado, como defendido por Camargo-Borges e Japur (2008, p. 66) “Há que se levar em conta a complexidade da realidade local e do cotidiano popular que faz das práticas do autocuidado algo mais complexo do que a simples adesão a um tratamento prescrito”, há que se pensar em mudança de postura, criticidade e construção de conhecimentos e sentidos. Há que se ter uma interlocução entre os saberes popular e o científico, sem a tendência de julgar e hierarquizá-los.

Para o construcionismo social, práticas de autocuidado são entendidas como construções conversacionais produzidas nas relações entre as pessoas. Nesta perspectiva, estas práticas podem se apresentar das mais diversas maneiras, só podendo, no entanto serem reconhecidas e significadas como tal, dentro das relações (CAMARGO-BORGES: JAPUR, 2011, p.7).

Segundo Freire (1996), Bakhtin (2011) e Vigotski (1998) é na interação com o outro que os sentidos são produzidos.

2.3 QUALIDADE DE VIDA E A PESSOA SURDA

Este trabalho parte do entendimento de surdez não como deficiência em uma visão clínica e sim como diferença, como defendido por Sacks (1998) que percebe o surdo como membro de uma comunidade linguística diferente, entendendo que pessoa surda tem o direito de comunicar-se por meio da Libras e desenvolver-se atuando no meio inserido com suas experiências visuais e não como aquela que precisa, a todo custo, desenvolver a oralidade para depois receber estímulos para o desenvolvimento global.

Segue-se a definição de Qualidade de Vida (QV) apresentada pela OMS (1995) citada por Almeida; Gutierrez e Marques (2012, p. 20) como a “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, de acordo com Chaveiro (2011, p. 46) “refere-se, portanto, à percepção que a pessoa tem da sua vida, tendo como base fundamental os aspectos culturais, os valores, os sentimentos, as expectativas e as necessidades.”

Não se pode ignorar as consequências da discriminação, do preconceito sofrido e sua relação com a saúde, com a qualidade de vida das pessoas. Logo, considera-se importante buscar dados sobre a QV das pessoas surdas enquanto minoria linguística inseridas em uma sociedade majoritária com diversas visões sobre a surdez. Estas visões refletem diretamente no atendimento, nas interações e serviços prestados a este público.

Botelho (2005, p. 23) pontua que “no caso dos surdos, a menos valia se acentua com concepção de surdez como marca depreciativa, por internalização de estigma e de preconceito” produzindo nestes sujeitos sentimento de incapacidade e medos relacionados a como são vistos pelos outros. Lembrando que o olhar do outro, numa visão Bakhtiniana, é o que nos constitui, nos forma. Assim, a concepção de surdez, muitas vezes, carregada de depreciação, estigma e preconceito pode produzir na pessoa surda sentimentos negativos sobre si mesma, abalando a estrutura emocional e influenciando suas formas de se ver e perceber enquanto sujeito surdo.

Viana (2011) corrobora com esta ideia ao afirmar que “Tratar indiferentemente o indivíduo é esmagá-lo pelo estigma e deles esvaziam-se desejos, sonhos, habilidades, talentos, enfim, o potencial criativo e realizador que caracteriza a condição do ser humano” (VIANA, 2011, p. 39).

Andreis-Witkoskique e Douettes (2014, p.41) afirmam que

Os sujeitos surdos ainda são um grupo altamente estigmatizado pela maioria das pessoas e segmentos da sociedade. São perspectivados, de forma preconceituosa, como seres inferiores, com “defeito”, e usuários de uma língua inferior.

Chaveiro (2011), em seus estudos, levantou que a qualidade de vida das pessoas surdas pode ser reduzida e que a probabilidade de sofrerem alterações psicológicas é de três a cinco vezes maior do que as pessoas ouvintes, isto se deve, entre outras causas, à falta da comunicação no ambiente familiar ficando a

interação altamente comprometida. Enfatiza, também, que a maioria dos surdos são filhos de pais ouvintes, a família não domina a Libras e isto faz com que a criança viva um isolamento e conseqüentemente o desenvolvimento de suas habilidades sociais e emocionais ficam comprometidas levando a uma qualidade de vida inferior, ao passo que surdos cujos pais dominam a Libras apresentam autoestima mais elevada. Andreis-Witkoskique e Douettes (2014) apontam que autoimagem inferiorizada, além de bloquear o potencial de aprendizagem das pessoas surdas, também reflete as dificuldades na formação geral desses sujeitos.

Em muitos casos, as limitações já se arrastam desde as interações familiares, e esta condição se agrava no início da vida escolar onde a Libras ainda não faz parte do cenário das escolas em todos os seus espaços. Botelho (2005) informa que na trajetória escolar, em meio a angústia imposta pela busca da normalização⁴, muitos surdos ocultam seu sofrimento, levando-os a uma resignação e alienação. Para esta autora:

Além da ausência de uma língua plenamente constituída e à sua disposição, a escola e a educação que tem sido oferecida aos surdos constituem fatores decisivos para a formação de uma auto-imagem estigmatizada. (BOTELHO, 2005, p. 29).

Esta afirmação vem ao encontro de Chaveiro (2011, p. 155), “As pessoas que vivenciam problemas de comunicação evitam novas relações sociais, conduzindo-se ao isolamento social e, conseqüentemente, à redução da sua qualidade de vida”. Chaveiro et al.(2013) também verificaram esta constatação no atendimento à saúde e a pessoa surda e levantaram que estas, devido a barreiras na comunicação, buscam em menor frequência que os ouvintes, a assistência médica, refletindo assim, negativamente na qualidade de vida desses sujeitos. Fato que se perpetua também na inserção da pessoa surda no mercado de trabalho.

Há que se voltar atenção também para a inserção das pessoas surdas no mercado de trabalho, pois o trabalho como colocado por Viana (2011) leva a um aumento da autoestima e o ajustamento pessoal.

No Brasil, já se tem uma lei que trata do percentual de vagas nas empresas, direcionadas para pessoas com deficiência, tratando-se da lei 8.213 de 24 de julho de 1991, que em seu artigo 93, dispõe que as empresas com 100 (cem) ou mais

⁴ Conforme Andreis-Witkoskique e Douettes (2014, p. 45) refere-se a “concepção binária (normalidade *versus* anormalidade), segundo a qual os surdos são vistos como anormais”

funcionários têm que preencher de 2% (dois) a 5% (cinco) das vagas, com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência.

Esta garantia legal não efetiva uma real inserção da pessoa surda no ambiente de trabalho, verifica-se que muitas empresas contratam o sujeito surdo apenas para cumprir uma determinação sem uma real preocupação com a qualidade de vida e bem estar destes funcionários. E muitas vezes, mesmo o trabalhador surdo tendo condições físicas para desenvolver suas funções o seu bem-estar emocional fica comprometido.

Magaldi e Lima (2011), em uma investigação sobre as representações sociais de universitários surdos sobre a surdez e a inserção no mercado de trabalho constataram que:

Eles representam a inserção profissional dos surdos como “grupo ilhado” dentro da empresa, “à margem” da comunicação e participação com os ouvintes, sendo tratados em sua maioria como “robôs” nos trabalhos de servente e auxiliar. Sentem-se dessa maneira vítimas da “invisibilidade pública” no local de trabalho. (MAGALDI; LIMA, 2011, p. 67).

Almeida Filho (2011, p. 49) alerta que “determinantes psicossociais, atuando como estressores, podem comprometer o sistema imunológico, aumentando a suscetibilidade a doenças orgânicas”. Assim, a invisibilidade pública, pode refletir diretamente sobre a qualidade de vida dos sujeitos surdos que são e sentem-se à margem da vida em sociedade.

A inserção no mercado de trabalho, onde a pessoa possa desenvolver suas potencialidades, é capaz de levar a pessoa surda a superar o isolamento social, como defendido por Viana (2011), além de viabilizar a independência e a dignidade deste público com suas características e não mais na imposição de um padrão único de normalidade, mas em prol de um respeito às diversidades que permeia nossa sociedade.

O trabalho também proporciona integração social, pois possibilita o relacionamento entre as pessoas, a inclusão social e o sentimento de pertencimento a um grupo. O trabalho evoluiu no sentido de acompanhar o progresso da sociedade, e com isso novas categorias de trabalhadores surgiram no mercado...O trabalho possibilita uma mudança positiva de socialização e na sua vida egressa (VIANA, 2011, p. 43).

Para que a pessoa surda possa se beneficiar da sua inserção no mercado de trabalho, melhorando sua qualidade de vida, é necessário que os empregadores conheçam, respeitem e valorizem suas peculiaridades, numa perspectiva da surdez

enquanto diferença e não em uma visão clínica de incapacidade, dependência e tutela.

Quando os surdos se relacionam em língua de sinais compartilhando suas experiências visuais estabelecem relações de confiança, de capacidade e autonomia.

O gostar de si, reconhecer-se como capaz, sentir-se pertencente a um grupo e ter uma visão positiva de si mesmo favorece um bem-estar e o desenvolvimento da autoestima. Afinal, como colocado por Cark, Cledes e Bean (1995), citados por Dupret (2002, p. 31):

Independentemente de idade, sexo, formação cultural ou instrução e trabalho, todos precisam ter auto-estima, pois esta afeta praticamente todos os aspectos da vida,... as pessoas que se sentem bem consigo mesmas sentem-se bem a respeito da vida. Estão aptas a enfrentar e solucionar os desafios e responsabilidades com confiança.

Chaveiro (2011) levantou que surdos que participam da comunidade surda, onde há uma boa interação, apresentam uma melhor qualidade de vida, apontando para a necessidade de a sociedade superar as barreiras de comunicação garantindo a acessibilidade comunicacional destes sujeitos, em todas as esferas da sociedade.

2.4 EDUCAÇÃO DE SURDOS NO BRASIL: DO ORALISMO AO BILINGUISMO

Não pretende-se discutir o melhor local onde deva ocorrer a escolarização do aluno surdo, em escolas inclusivas⁵ ou bilíngues⁶, mas apresentar as filosofias de ensino para este alunado considerando um processo histórico.

A primeira iniciativa oficial de atendimento escolar para surdos no Brasil, segundo Mazzota (1999) foi em 1857, quando Dom Pedro II, através da Lei nº 839 de 26 de setembro de 1857, fundou o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, no Rio de Janeiro. Ernesto Huet, professor francês, desde sua chegada, no Brasil, em 1855 dedicou-se à criação deste Instituto, que desde 1957 é denominado Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES, sendo até hoje referência para todo o Brasil.

⁵ Em se tratando de alunos surdos entendemos por escola inclusiva aquela em que a língua de instrução é a Língua Portuguesa e há a presença do intérprete de Libras.

⁶ Andreis-Witkoskique e Douettes (2014, p. 41) definem escolas bilíngues como “aquelas nas quais as línguas de instrução sejam a Libras como primeira língua e a modalidade escrita da Língua Portuguesa como segunda, em todo o processo educativo”

Atualmente, encontram-se na educação de surdos três abordagens que disputam espaço nas escolas inclusivas do nosso país: o Oralismo, a Comunicação Total e o Bilinguismo.

O oralismo visa o desenvolvimento da língua oral, sendo fortemente defendido em 1880, no II Congresso Internacional de Educadores de Surdos, em Milão. Os surdos não mais podiam usar os sinais, a busca primordial era do desenvolvimento da fala e da leitura labial como meio principal de comunicação desses alunos, visando aproximá-los do padrão normal, ou seja, do ouvinte. Como apontado por Lacerda (1998), os resultados desse trabalho foram desastrosos, a maioria dos surdos não desenvolveu uma fala capaz de permitir uma comunicação eficaz e, conseqüentemente, gerou um atraso no seu desenvolvimento global.

Sacks (1998, p. 41) afirma que “o oralismo e a supressão da língua de sinais acarretaram uma deteriorização marcante no aproveitamento educacional das crianças surdas e na instrução dos surdos em geral”.

Visando à superação das limitações trazidas com o oralismo, no final da década de 1960 iniciaram-se os estudos sobre a Língua de Sinais. Nesse percurso originou-se uma nova abordagem na educação de surdos, a Comunicação Total, que nas palavras de Santana (2007, p. 180)

Não exclui recursos e técnicas para a estimulação auditiva – abrange a adaptação de aparelho de amplificação sonora individual, a leitura labial, a oralização, a leitura e a escrita.

Essa prática citada pode usar sinais da língua de sinais na estrutura da Língua Portuguesa. Faz-se necessário ressaltar as colocações de Sacks (1998, p. 42) “não é possível transliterar uma língua falada para a língua de sinais palavra por palavra ou frase por frase – suas estruturas são essencialmente diferentes”.

Com o crescente número de pesquisas sobre a língua de sinais veio à tona o seu *status* como uma língua de fato, com regras e estrutura próprias, independentes das línguas orais. As línguas de sinais são para Quadros e Karnopp (2004, p. 30):

Consideradas pela lingüística como línguas naturais ou como um sistema lingüístico legítimo e não como um problema do surdo ou como uma patologia da linguagem. Stokoe, em 1960, percebeu e comprovou que a língua dos sinais atendia a todos os critérios lingüísticos de uma língua genuína, no léxico, na sintaxe e na capacidade de gerar uma quantidade infinita de sentenças.

Santana (2007) assevera que foi na década de 1980 que o bilinguismo na surdez despontou como uma nova abordagem, na qual a criança deve ser exposta

precocemente à língua de sinais e à língua oral, mas não no mesmo momento, pois cada língua tem sua estrutura.

A língua de sinais deve ser adquirida pela criança no contato com crianças e adultos surdos, já a língua portuguesa, em sua modalidade oral e/ou escrita deve ser apresentada e trabalhada com técnicas de ensino de segunda língua.

O Decreto nº 5.626/05 (BRASIL, 2005) prevê a formação de professores em curso bilíngue. Lacerda, Albres e Drago (2013, p.72) afirmam que:

Atualmente, esse tipo de curso de formação de professores em pedagogia bilíngue é incipiente no Brasil, havendo apenas um curso oferecido no Instituto Nacional de Educação de Surdos, no Rio de Janeiro (INES, 2012).

Ainda ressaltam que esse curso visa prioritariamente a formação de professores surdos em curso de pedagogia, conforme indicado no decreto supracitado.

Goldfeld (1997), em uma abordagem sócio-interacionista, faz uma análise crítica das filosofias educacionais para surdos afirmando que a filosofia oralista vê no ensino da língua oral um meio para integrar o surdo na comunidade geral. Ensino este que não possibilitará a equiparação entre surdos e ouvintes visto que a criança surda não tem o principal canal para a aprendizagem da língua oral-auditiva. Sendo o surdo, na visão oralista “um deficiente que precisa a qualquer custo aprender uma língua que possibilite sua aceitação na comunidade geral” (GOLDFELD, 1997, p. 92).

Quanto à Comunicação Total, a autora coloca que esta filosofia apresenta pontos positivos e outros negativos, visto que ao mesmo tempo em que ampliou a visão de surdo e surdez, não mais focando a necessidade única da oralização ela não deu o devido valor à língua de sinais e à cultura dos seus usuários favorecendo, assim, o uso de códigos que não desempenham a função da língua de sinais no desenvolvimento linguístico e cognitivo da criança surda.

O bilinguismo na análise de Goldfeld (1997, p.104):

tem o grande mérito de divulgar e estimular a utilização de uma língua que pode ser adquirida espontaneamente pelos surdos, a língua de sinais, bem como sua cultura. Somente através da exposição à esta língua a criança surda pode desenvolver-se lingüística e cognitivamente sem dificuldades.

Essas três abordagens estão presentes no cenário da educação de surdos por todo o Brasil, e ainda é forte a corrente oralista defendida em 1880, no Congresso de Milão, a Comunicação Total se dá na tentativa de alfabetizar/letrar o

aluno surdo com o uso concomitante da Libras e da língua portuguesa, já o Bilinguismo é percebido como fonte para oferecer condições de pleno desenvolvimento para a pessoa surda em seus aspectos linguístico, cognitivo, emocional e social.

O bilinguismo oferece condições para práticas educativas, junto à pessoa surda, baseadas no diálogo, na interação, em uma prática dialógica.

Para Vigotski (1998, p. 156) “O pensamento não é simplesmente expresso em palavras; é por meio delas que ele passa a existir”, ainda de acordo com este autor “o desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, isto é, pelos instrumentos linguísticos do pensamento e pela experiência sócio-cultural” (VIGOTSKI, 1998, p. 62). Esse autor coloca que o desenvolvimento psicológico tem seu processo originado nas relações sociais (interpessoais) e caminha para a relação individual (intrapessoal) e afirma que desenvolvemos na interação, no diálogo com o outro.

Encontramos em Freire (1996) também a valorização das práticas dialógicas nos processos educativos:

Se na verdade, o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos *escutar*, mas é *escutando* que aprendemos a *falar com eles*. Somente quem escuta pacientemente e criticamente o outro, fala *com ele*, mesmo que, em certas condições, precise falar a ele (FREIRE, 1996, p. 113).

Para Bakhtin, a relação dialógica pressupõe uma língua, o processo dialógico é um ato social. É na interação com o outro que se aprende, se desenvolve, “Nesse encontro dialógico de duas culturas elas não se fundem nem se confundem; cada uma mantém a sua unidade e sua integridade *aberta*, mas elas se enriquecem mutuamente” (BAKHTIN, 2011, p. 366).

2.5 EDUCAÇÃO PARA SAÚDE: UMA PRÁTICA LIBERTADORA

A educação para Paulo Freire é um ato político com que os próprios educadores se reeducam, objetiva não somente um novo tipo de sociedade, mas “criar com o poder do saber do homem libertado, um homem novo, livre também de dentro para fora” (BRANDÃO, 1981, p. 87). Assim, tanto o educador como o

educando devem ser autônomos no processo de educação para saúde, e não apenas reprodutores ou praticantes de uma ideologia imposta pelo sistema.

Maria Amélia de Oliveira Campos, ao escrever o prefácio do livro *Educação em Saúde: desafios de uma prática inovadora*, de Leite et al. (2010) afiança que as práticas educativas que acontecem nos serviços de saúde, em sua maioria, são de caráter autoritário, visando a mudança de comportamento do indivíduo sem uma real conscientização, apenas pautada na transmissão de conhecimentos de maneira vertical. Afirma que hoje já se reconhece que tais procedimentos são ineficientes para o despertar em relação ao autocuidado, para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. A preocupação com a ineficiência e ineficácia de tais práticas não é recente.

Após o MEC reconhecer que a abordagem por meio da transmissão de informações é incapaz de levar os alunos a desenvolverem hábitos de vida saudáveis, propõe através do PCN (BRASIL, 1997) que a educação para saúde seja um tema transversal, que deverá permear todas as áreas do conhecimento que formam o currículo escolar do nosso país. Percebe a educação como uma das formas mais significativa para a promoção de saúde dentro do contexto real do educando, podendo o professor e comunidade escolar contribuir na formação de cidadãos críticos e reflexivos, com condições para atuar na busca e concretizando melhorias na qualidade de vida e da saúde na esfera pessoal e coletiva.

Leite et al. (2010) reforçam que os indivíduos precisam ser vistos e reconhecidos dentro de seu contexto, de suas relações sociais e culturais, com a sua realidade, logo “a educação deve respeitar as diferenças, as diversidades entre os educandos, e os diferentes processos de desenvolvimento humano” (LEITE et al., 2010, p. 28), devendo o professor de saúde, entender o processo educacional no mundo contemporâneo.

O papel do professor é de grande importância, Freire (1996, p. 26) pontua que “nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo”, que não apenas ensina o conteúdo, mas vai além, ensina a pensar certo. Assim, há que se reconhecer a compreensão subjetiva que cada um tem de saúde, a educação para saúde deve se dar de maneira contextualizada, partindo de cada sujeito e sua

história, do seu espaço e tempo, ou seja, da experiência sociocultural de cada pessoa, experiências tão valorizadas por Vigotski, Bakhtin e Freire.

Quebrar visões deterministas de condições de saúde como fruto da realidade social ou da herança genética faz-se necessário para que cada cidadão possa vivenciar o processo saúde/doença como responsabilidade de todos e não meramente como vítimas do social ou do biológico. Nesta perspectiva, reconhecendo que a escola, sozinha, não proporcionará meios para que o aluno adquira saúde, mas que pode colaborar fornecendo elementos para que este se capacite para uma vida saudável, entende-se Educação para Saúde como, de acordo com PCN (BRASIL, 1997, p. 90):

fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania. Sua inclusão no currículo responde a uma forte demanda social, num contexto em que a tradução da proposta constitucional em prática requer o desenvolvimento da consciência sanitária da população e dos governantes para que o direito à saúde seja encarado como prioridade.

Esta consciência sanitária, esta busca por promoção e proteção à saúde deve ocorrer considerando que toda transformação se dá nas relações com o meio físico, social e cultural, num determinado espaço e tempo. A promoção da saúde nas palavras de Pelicioni e Pelicione (2012) “é o processo que permite à população exercer maior controle sobre os determinantes e condicionantes da saúde visando sua melhoria” (p. 65). A Educação e a Saúde juntas podem promover a consciência do reconhecimento de estilos e hábitos de vida saudáveis, bem como da produção de um ambiente saudável, em um trabalho coletivo, onde cada uma com seus conhecimentos coloquem seus saberes em prol da população. Não em uma vertente de persuasão, ou meramente informativa, mas de empoderamento⁷, de despertar os sujeitos, que (re)constroem seus conhecimentos, para a ação, assumindo a partir de um autoconhecimento, sua capacidade de agente transformador no âmbito individual e no coletivo.

⁷Ao realizar uma busca pelo conceito de empoderamento verificamos inúmeras definições. Para este trabalho consideramos empoderamento como definido por Wallerstein in Pelicioni e Pelicioni (2012, p. 67) “um processo de ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades com o objetivo de aumentar o controle individual, bem como o comunitário, de modo a obter eficácia política, melhora da qualidade de vida comunitária e justiça social”. Em outras palavras, “Trata-se da constituição de organizações e comunidades responsáveis, mediante um processo no qual os indivíduos que as compõem obtêm controle sobre suas vidas e participam democraticamente no cotidiano de diferentes arranjos coletivos e compreendem criticamente seu ambiente.” (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007, p. 486).

Como apregoado por Freire (1986), o *empowerment* está ligado à conscientização e ao diálogo e “Indica um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta” (FREIRE; SHOR, 1986, p. 72).

Pelicone e Pelicone (2012) afirmam que a ação educativa deve “ser de comunicação e diálogo, pois somente motivado o indivíduo poderá incorporar novos significados e valores para melhorar sua saúde e qualidade de vida” (PELICIONE; PELICIONE, 2012, p. 66). De acordo com Horochovski e Meireles (2007) sem o mínimo de empoderamento intrapessoal, impera um sentimento de derrota, e a motivação para participar ativamente de qualquer deliberação é fortemente reduzida.

Há de acordo com Horochovski e Meireles (2007), o empoderamento individual/interpessoal, o organizacional e o comunitário. O empoderamento pessoal se dá quando o sujeito se percebe competente para controlar as ações que o afetam e ocorre da percepção que o sujeito tem de si e das suas interações com os outros e com o meio. O empoderamento organizacional é gerado na e pela organização tanto pública como privada, atenuando as hierarquias e a linha divisória entre pensamento e execução, sendo as decisões coletivas e a divisão de liderança. Já o empoderamento comunitário leva à participação do sujeito, no âmbito individual e no coletivo, de uma comunidade, a construir estratégias e ações visando alcançar seus objetivos coletivamente definidos.

Para Horochovski e Meireles (2007) a definição de empoderamento “é próxima da noção de autonomia, pois se refere à capacidade de os indivíduos e grupos poderem decidir sobre as questões que lhes dizem respeito” (p. 486). Lembrando que, de acordo com Freire (1996), o desenvolvimento da autonomia se dá respeitando a liberdade, de maneira processual com vivências de tomada de decisão e de responsabilidade e que o respeito à autonomia de cada sujeito é um imperativo ético e não algo que se pode ou não oferecer uns aos outros.

Nessa direção, a educação para saúde pode colaborar na formação de cidadãos autônomos e dispostos a participar livre e ativamente no SUS, onde por uma consciência crítica, percebam-se como corresponsáveis por este sistema, participando dos seus conselhos e das conferências de saúde, caminhando com o entendimento de saúde e democracia como nas bases do movimento da Reforma Sanitária.

Considerando o método de educação de Paulo Freire, a educação para saúde pode atentar o cidadão, através da conscientização, de um processo de transformação do modo de pensar, de uma compreensão crítica, criativa e comprometida, para a força da participação social. Brandão (1981, p. 109), afirma:

O homem que se conscientiza é aquele que aprende a pensar do ponto de vista da prática de classe que reflete, aos poucos, o trabalho de desvendamento simbólico da opressão e o trabalho político de luta pela sua superação.

Almeja-se, com a Educação para Saúde, despertar em todos e em cada um, à sua maneira, a responsabilidade e a solidariedade na busca da saúde individual e coletiva, em sua dimensão pessoal e social. Para tanto o professor, o educador em saúde precisa conhecer as diferentes realidades, para então favorecer a promoção do desenvolvimento para a consciência crítica, para o conhecimento que liberta, que favorece o empoderamento. Ressaltamos que “A Constituição legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, assim como explicita o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito” (BRASIL, 1997, p.93), com os princípios doutrinários do SUS, a universalidade, equidade e integralidade.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Esta pesquisa insere-se no campo de investigações de perfil qualitativo, segundo Bogdan e Bilken (1982) citados por Lüdke e André (1986, p.12) que asseveram:

A preocupação e o interesse do pesquisador são estudar um determinado problema, e verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. O significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida são focos de atenção especial do pesquisador, ou seja, ao se considerar o ponto de vista dos participantes os estudos qualitativos permitem iluminar o dinamismo interno das situações, geralmente inacessível ao observador externo.

Para Santos Filho (2009), na pesquisa qualitativa a abordagem do pesquisador é hermenêutica, este deve buscar compreender o significado que o sujeito dá à sua própria ação, com uma compreensão do significado-contexto, por meio de uma interpretação significativa, em um processo de movimento constante entre a parte e o todo, sem um ponto absoluto de partida, nem de chegada. Para tanto, o pesquisador deve imergir no fenômeno estudado.

Para este estudo de cunho qualitativo a opção foi pelo método de pesquisa-ação, que de acordo com Thiollent (2011, p. 7)

consiste essencialmente em elucidar problemas sociais e técnicos, cientificamente relevantes, por intermédio de grupos em que se encontram reunidos pesquisadores, membros da situação-problema e outros atores e parceiros interessados na resolução dos problemas levantados ou, pelo menos, no avanço a se dado para que sejam formuladas adequadas respostas sociais, educacionais, técnicas e/ou políticas.

Comunga-se com essa concepção, pois ele afirma que a participação das pessoas envolvidas nos problemas investigados é estritamente necessária, o que nos leva a inferir que toda pesquisa-ação é de tipo participativo, na qual o pesquisador busca formular conceitos e informações sobre a situação, e os sujeitos da pesquisa entram com disposição para agir, aprender, visando transformações e melhorias. Esse método traz em si uma gama de procedimentos para unir conhecimentos e ações, extraindo novos conhecimentos.

Franco (2005, p. 490) cita que “desde a sua origem, a pesquisa-ação assume uma postura diferenciada diante do conhecimento, uma vez que busca, ao mesmo tempo, conhecer e intervir na realidade que pesquisa”. Em uma interação, como apontado por Bento (2005), entre o conhecimento local e o conhecimento profissional, onde “a experiência surge em uma interação contínua entre as pessoas, seu ambiente e seus problemas, e esse processo constitui os tópicos e os objetos da pesquisa” (p. 47).

Considerando que a pesquisa-ação valoriza o saber da população em seu desenvolvimento, Thiollent (2011) esclarece que o pesquisador utiliza-se de métodos e técnicas de grupo para trabalhar com o coletivo e com a interação, além de técnicas de registro, processamentos e exposição de resultados. Afirma ainda que a pesquisa-ação é incompatível com o estruturalismo, cuja ênfase é dada nas estruturas e não nos sujeitos da pesquisa. O enfoque é a geração de conhecimentos atrelados à prática, em ações de caráter social, educacional, comunicacional, entre outros. Sendo os sujeitos, dentro da situação investigada, o centro das atenções. (THIOLLENT, 2012).

No processo supracitado o autor tem o objetivo de viabilizar ao pesquisador meios propícios para compreender, interpretar e analisar o material. Este processo, por sua vez é feito essencialmente de linguagem, bem como de verbalizações, levantadas na pesquisa, cuja significação do ocorrido na comunicação estabelecida pela investigação perpassa a compreensão e a análise da linguagem, estando o diálogo e a argumentação presentes em todo o processo da pesquisa-ação.

Thiollent (2012) ressalta os objetivos da pesquisa-ação como sendo a identificação dos problemas e a busca de ações para a resolução destes, aumentando a consciência, os níveis de reflexão e comprometimento dos participantes da pesquisa através de ações significativas, gerando informações e difundindo conhecimentos construídos pelos atores e adequados para a solução dos problemas identificados no início do projeto.

Visando alcançar os objetivos deste estudo, assume-se como posição teórica a Abordagem Histórico-Cultural e foi trazida para o diálogo, além dos sujeitos da pesquisa, a voz de Paulo Freire.

Para o desenvolvimento da pesquisa realizou-se uma revisão de literatura incluindo trabalhos disponíveis nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), além de dissertações e teses obtidas por busca manual, já apresentadas, que contemplam a Educação em Saúde e questões da surdez.

Foram utilizados os descritores Educação para Saúde, Autocuidado e Surdez. A busca ocorreu no período de março de 2014 a dezembro de 2014, delimitando o período de nove meses de busca, nas bases de dados referidas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Como anunciado, esta pesquisa foi realizada no município de Poços de Caldas/MG, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014) é a cidade com maior população do Sul de Minas, com estimativa em 2014 de 162.379 habitantes. Poços de Caldas, de acordo com os dados apresentados em 2012, pelo IBGE, conta com um total de 125 escolas do ensino pré-escolar ao ensino médio, considerando as redes municipal, estadual e particular, sendo 89 Unidades da rede municipal. No que tange às Unidades de Saúde os dados são de 2009, apontando 82 estabelecimentos de SUS.

O *locus* da pesquisa foi um centro municipal de atendimento educacional especializado para surdos no município de Poços de Caldas/MG que conta com profissionais bilíngues e intérpretes de Libras, fundamentado em uma proposta de trabalho em uma perspectiva bilíngue.

Esta Unidade oferece, em contraturno, o AEE, ofertando o ensino da Libras, o ensino em Libras e do Português com metodologia do ensino de segunda língua e também o atendimento fonoaudiológico. Desenvolve cursos para professores da rede regular e oficinas de Libras abertas a familiares, professores e comunidade, além de realizar a colocação e acompanhamento de pessoas surdas no mercado de trabalho. Atualmente está com 39 alunos regularmente matriculados com idade entre 3 e 82 anos, conta com um total de 16 (dezesesseis) funcionários, sendo 2 (duas) merendeiras, 2 (duas) auxiliares de serviços-gerais, 1 (uma) fonoaudióloga, 7 (sete) professoras, 4 (quatro) professoras interlocutoras, com supervisão exercida pela Secretaria Municipal de Educação, a prefeitura municipal disponibiliza dois veículos motorizados tipo Van com 15 (quinze) lugares mais motorista para o transporte dos alunos.

A escolha da Rede Municipal como lugar de investigação fundamenta-se por concentrar o maior número de alunos surdos e por desenvolver temas de Educação para Saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Chizzotti (2001, p. 83) “todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam”. Este estudo teve como participantes cinco (05) adolescentes surdos, com idades entre 10 e 19 anos, obedecendo aos limites cronológicos da adolescência, apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que se constituiu referencial para este estudo.

O critério de inclusão explicitou que o participante devia ser adolescente surdo, com idades entre 10 e 19 anos, e comunicar-se através da Língua Brasileira de Sinais, residir na cidade de Poços de Caldas/MG e estar regularmente matriculado no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado.

Como critério de exclusão, o participante contempla a condição da pessoa não ser adolescente surdo, dentro dos limites apresentados pela OMS, não se comunicar através da Língua Brasileira de Sinais, não residir na cidade de Poços de Caldas/MG, e de não estar regularmente matriculado no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado.

A descontinuidade seria por opção e iniciativa do participante da pesquisa, e caracteriza-se quando o sujeito não participar por quaisquer motivos de todo o processo de pesquisa.

Inicialmente a população do estudo era de 06 (seis) adolescentes, entretanto, 01 deles, após aceitar participar do estudo, teve que se ausentar do município de Poços de Caldas e ficou caracterizada a descontinuidade. Assim, a amostra constituiu-se de 05 adolescentes.

O local do estudo onde foram coletados os dados para pesquisa, realiza o atendimento educacional especializado à criança, adolescente, adulto e idoso surdos, e a opção pelos adolescentes como participantes na presente pesquisa deve-se ao número de pessoas que compõe esta etapa da vida ser maioria, nesse

local, e pela necessidade evidenciada de formação dos participantes em autocuidado e autonomia em saúde.

Ainda ressalta-se que as crianças estão em processo de aquisição da Libras e as pessoas que estão na fase adulta e na terceira idade poderiam ter suas experiências de vida interferindo nos resultados deste estudo.

Em síntese, foram selecionados os 05 adolescentes surdos como população desse estudo. Os alunos citados encontram-se na faixa etária compreendida como adolescência e representam o maior número de matriculados no Centro Educacional onde se propõe desenvolver a pesquisa, quando consideradas as outras faixas etárias de alunos (criança, adulto e idoso), ainda por serem sujeitos em processo de formação para o autocuidado e autonomia em saúde, inclusive, em processo de aquisição de Libras.

A pesquisadora teve um papel ativo junto à população desse estudo no processo de pesquisa, atendendo ao preconizado em uma dinâmica de processos dialógicos e construção de saberes coletivos, e não determinados, de cunho qualitativo e aplicação da pesquisa-ação, onde há participação e estimulação do pesquisador no processo de pesquisa, caracterizando a interação educando-educador.

3.4 COLETA DOS DADOS

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento dessa pesquisa foi elaborado pelas pesquisadoras, pois não foram encontrados na literatura quaisquer documentos, já testados, que atendessem ao propósito do estudo. O roteiro para a entrevista considerou dados de identificação, os conceitos de saúde, qualidade de vida, hábitos saudáveis e autocuidado. O documento foi submetido à apreciação externa realizada por uma professora ouvinte que trabalha com alunos surdos, por uma professora surda que ministra aula de Língua de Sinais e por uma fonoaudióloga.

As avaliadoras citadas trabalham no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado, todas com mais de dez anos de experiência junto a alunos surdos. Também foi realizada a entrevista com adolescentes surdos não residentes no município de Poços de Caldas, que não participaram do estudo, a fim

de verificar a necessidade de adequação do roteiro. As perguntas estão estruturadas de maneira a facilitar sua compreensão, abrangendo os conceitos estudados e a linguagem clara. A pesquisadora conhece a população que foi entrevistada e sua condição de usuária da Libras e de tradutora/intérprete de Língua de Sinais facilitou a escolha dos sinais que foram utilizados durante a entrevista, permitindo uma interpretação contextualizada de maneira simples e direta. A redação das perguntas, sua interpretação/tradução e a sequência foram capazes de trazer à tona as informações pretendidas com o estudo.

A parte A do instrumento contempla dados de identificação pessoal, da condição de escolaridade, local de moradia, religião, condição laboral, renda familiar, e condições de saúde na família; e a parte B compõe-se de questões relativas ao tema educação para a saúde, incluindo o conhecimento do participante sobre o que entende por saúde e ser saudável, se entende ser saudável, o que entende por autocuidado e qualidade de vida, como é sua relação com o médico ao procurá-lo e quem o acompanha nessas ocasiões, como se cuida, quais as suas dificuldades para viver em sociedade, como ele adquire informações sobre saúde, como é sua relação com a família e dificuldades para viver em sociedade.

3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

Resguardadas todas as condutas referentes à autorização ética e legal do projeto, descritas no item 3.6 deste projeto, relativas aos Aspectos Éticos da Pesquisa, foram feitos contatos por telefone agendando uma visita aos responsáveis pelos adolescentes e com os mesmos para esclarecimento dos objetivos da pesquisa e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias, ficando uma com os responsáveis e outra com a pesquisadora.

Após a autorização da participação dos adolescentes e de posse dos TCLE deu-se a continuidade aos passos da coleta.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, individuais, buscando conhecer quais os saberes que os adolescentes apresentam sobre saúde e autocuidado, bem como a trajetória de aprendizagem e autonomia desses sujeitos, conforme instrumento proposto (APÊNDICE 1).

De acordo com Trivinões (1987), a entrevista semi-estruturada permite maior liberdade e espontaneidade ao informante, podendo este contribuir, de acordo com suas experiências, com novas visões e questionamentos.

As entrevistas foram realizadas e filmadas no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado permitindo o registro da fala, dos movimentos e expressões faciais e corporais.

Posteriormente ao contato individual realizaram-se as Rodas Dialógicas. Devido à dinâmica proposta no estudo foram feitas gravações em vídeo, dos encontros coletivos para melhor compreensão das expectativas, atitudes, hábitos de vida saudáveis, bem como das negociações construídas e (re)significações, produzidas através das interações e dos diálogos, observando-se também as colocações das pessoas surdas, relações estabelecidas e vínculos formados entre elas, seus dizeres individuais e coletivos e as práticas vivenciadas, que também foram fontes para avaliação das Rodas Dialógicas.

Deu-se início às rodas dialógicas abordando o autoconhecimento. Estes momentos foram filmados e as enunciações constituíram-se em objeto de fundamentação para a avaliação dos impactos dos processos dialógicos em Língua de Sinais, na educação para saúde, visando o autocuidado dos adolescentes surdos.

A partir das oportunidades de interação e diálogo, a busca era por conhecer melhor as concepções, expectativas e atitudes dessas pessoas e como elas se constituem, em meio à diversidade que compõe a rede de educação e saúde, e também os impactos das rodas dialógicas para a produção de sentido e para a (re) construção de conhecimentos, no que tange ao autocuidado e a saúde. Durante as rodas dialógicas, a pesquisadora não apenas observou e interpretou os fenômenos, mas participou mediando as esferas individual e social produzindo, junto com os sujeitos da pesquisa, significados e sentidos para as interações e eventos.

Sobre os momentos de observação, se deram por meio de registros em vídeos. Com a vídeo-gravação observou-se a realidade, as interações e os dizeres no momento em que ocorreram, posteriormente foram feitas as interpretações dos dados coletados para a avaliação das rodas dialógicas, sendo que esse trabalho foi feito pela própria pesquisadora, considerando a experiência e a capacidade para este ato tradutório / interpretativo.

Franco (2005, p. 490) ressalta que “independentemente das técnicas a serem utilizadas há que se caminhar para uma metodologia que instaure no grupo uma dinâmica de princípios e práticas dialógicas, participativas e transformadoras”.

Para a execução desta pesquisa seguimos as seguintes etapas:

- Envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- Solicitação formal aos gestores responsáveis pelo *locus* da coleta de dados.
- Contato por telefone e, a seguir, pessoalmente, com os responsáveis pelos sujeitos do estudo e com os próprios participantes para informações sobre a pesquisa e assinatura do TCLE.
- Entrevista semiestruturada - com questões norteadoras que permitiram levantar os conhecimentos, informações e necessidades de cada participante.
- Categorização dos dados obtidos nas entrevistas, de acordo com o descrito no tópico 3.5 intitulado Análise dos dados, visando partir dos conhecimentos apresentados pelo grupo, considerando também o individual (levantamento dos problemas emergentes).
- Planejamento da Ação Educativa visando à superação dos problemas levantados e a implementação da intervenção através das Rodas Dialógicas.
- Avaliação da ação educativa realizada coletivamente, de maneira processual, durante as rodas e individualmente retomando as questões que nortearam a entrevista semiestruturada.

Para o alcance dos objetivos propostos e respeito com os participantes, considerou-se primordial a construção de relações e espaço, que transmitissem segurança e confiança, além de cumplicidade entre todos os envolvidos no processo da pesquisa, bem como uma explanação clara de como seria realizado este estudo, enfatizando-se que a participação no estudo seria voluntária.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados nas entrevistas, expressos em LS e traduzidos para LP, se deu por categorização, em um diálogo com Paulo Freire na perspectiva da adaptação feita por Bueno (2001).

Com a categorização foi possível levantar as experiências vividas, conhecimentos prévios, necessidades e os problemas emergentes que nortearam a ação educativa nas Rodas Dialógicas.

Estas rodas tiveram como enfoque a educação em saúde por meio de processos dialógicos visando à autonomia em saúde e a responsabilidade pelo autocuidado. O olhar, durante os momentos de observação, foi orientado pelo aporte teórico de Paulo Freire, principalmente nos estudos voltados para os processos dialógicos e da educação libertadora por oferecer respaldo para a intervenção a fim de favorecer a aprendizagem e, conseqüentemente, o desenvolvimento dos sujeitos da pesquisa.

A apresentação das análises para os sujeitos da pesquisa se deu a partir de encontros onde se socializaram as reflexões feitas. Para que este momento fosse de ação-reflexão e transformação da práxis, buscou-se, desde o início da pesquisa, estabelecer relações de confiança para uma construção coletiva de (re)significação das práticas e conhecimentos evidenciados e a busca de uma transformação da realidade socialmente construída.

Os passos seguidos para a análise dos dados que se deu por categorização, tendo por referencial o educador Paulo Freire, na perspectiva da adaptação feita por Bueno (2001), contemplou a) levantamento do Universo Temático, compreendendo a descrição e interpretação da situação dos sujeitos da pesquisa, identificação de suas necessidades de aprendizagem e levantamento de seus conhecimentos prévios; e b) desenvolvimento da Proposta Educativa da Pesquisa-Ação⁸.

A organização da análise do Universo Temático se deu considerando as ações e descrições, pontuadas no Quadro 1, bem como o desenvolvimento da proposta educativa da pesquisa-ação, descrito no Quadro 2.

Quadro 1 - Organização da análise do Universo Temático segundo ação e descrição realizada no estudo intitulado: Educação Para Saúde por meio de

⁸ Neste trabalho a proposta educativa se deu por meio das Rodas Dialógicas.

processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda, Poços de Caldas/MG, 2015.

Ação	Descrição
Levantamento dos Temas Geradores	Buscaram-se temas significativos junto aos participantes.
Organização do Material da Coleta de Dados	Após leitura detalhada do material registrado, fez-se o recorte dos dados coletados, a seleção de frases e palavras repetidas ou enfatizadas pelos sujeitos da pesquisa. Estas foram a base para o planejamento das Rodas Dialógicas.
Seleção e Codificação de Palavras e Frases	Em ordem definida, selecionaram-se algumas palavras e frases agrupando-as pela riqueza temática, codificando assim os temas geradores.
Síntese das Palavras e Frases Selecionadas	Após seleção e codificação dos temas geradores, agruparam-se as palavras e frases relacionadas aos temas geradores, reunindo grandes temas.
Ordem dos temas geradores	Pedagogicamente, ordenaram-se os temas geradores, em uma sequência lógica ao planejamento e à execução das atividades educativas propostas, como já dito, para esta pesquisa ocorrerem as rodas dialógicas.

Fonte: Autora.

Quadro 2 - Desenvolvimento da proposta educativa da pesquisa-ação segundo ação e descrição realizada no estudo intitulado: Educação Para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda, Poços de Caldas/MG, 2015.

Ação	Descrição
Planos de Ensino Relativos aos Temas Geradores	O planejamento de ensino foi elaborado considerando cada tema gerador levantado.
Desenvolvimento da Educação Conscientizadora	O plano de ensino foi implementado, o início se deu com as situações problemas codificadas para serem decodificadas ⁹ pelos sujeitos da pesquisa e pelo pesquisador.
Avaliação do Processo	A avaliação foi feita de forma aberta, por meio do diálogo, visando melhorar o conhecimento, o nível de consciência e a solução dos problemas.

Fonte: Autora.

⁹ Análise crítica da situação codificada, aprendizagem que leva à conscientização.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Inicialmente, foram feitas as solicitações para a Secretária Municipal de Educação (APÊNDICE 2) e para a Chefe do Setor do Ensino Especial (APÊNDICE 3), a fim de obter autorização para realizar a pesquisa no Centro Municipal de Atendimento aos Surdos. Após autorizações (ANEXO A) e (ANEXO B), foram realizados os encaminhados referentes ao projeto.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (APÊNDICE 4). Após a aprovação deste Comitê iniciou-se a pesquisa. Foram feitos contatos com os responsáveis e os participantes, adolescentes surdos matriculados na Unidade. Foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice 5, aos responsáveis e adolescentes para assinatura e também o convite para as rodas dialógicas de Educação para Saúde.

Foi fornecido aos responsáveis e/ou participantes o TCLE que descreve os objetivos da pesquisa. Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente responderam às questões do instrumento após terem concordado com os objetivos do estudo e após termos tido autorização dos responsáveis e também a aquiescência do adolescente. No TCLE foi ressaltada a necessidade da autorização do uso da imagem para análise dos dados, pois as entrevistas e as rodas dialógicas foram filmadas.

Houve benefícios diretos desta pesquisa para os participantes, que puderam obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos de futuras ações de Educação em Saúde voltadas para pessoas surdas, podendo este estudo, posteriormente, ser aplicado em escala municipal.

Ao participante foi garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na instituição onde realiza o AEE, respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tenha os mesmos propósitos ou apresente superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados, em um primeiro momento, abordaremos a caracterização dos participantes da pesquisa; posteriormente, traremos a tradução das respostas dadas às questões das entrevistas, seguida pelas categorias levantadas e as respectivas discussões.

4.1 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (PARTE A)

Os participantes da pesquisa foram identificados com letras. Foram entrevistados 05 adolescentes surdos, sendo 01 do sexo masculino e 04 do sexo feminino, com idades entre 14 e 17 anos, cursando do 7º ano do Ensino Fundamental ao 2º ano do Ensino Médio, todos com o sustento provido pelos responsáveis. Todos residem na zona urbana e não souberam referir sobre a renda familiar. Apenas um participante teve a Língua Portuguesa como primeira Língua, os demais aprenderam a Língua de Sinais. Dos cinco participantes, nenhum relatou ter parentes com surdez (Quadro 3). Chaveiro (2011) afirma que a maioria dos surdos são filhos de pais ouvintes.

Quando indagados sobre pessoas doentes na família um adolescente disse ter, 02 não souberam responder e 02 afirmaram não possuir parentes doentes.

Como visto, todos os sujeitos da pesquisa são filhos de pais ouvintes, não souberam referir sobre a renda familiar, 02 não tinham informações sobre pessoas doentes na família.

Nesse contexto, acreditamos que estes desconhecimentos se justificam pelo fato de não compartilharem da mesma modalidade de língua de seus pais. Este achado vai ao encontro dos registros de Santana (2007), quando afirma que os surdos, filhos de pais ouvintes, não vivenciam muitas situações de uso da linguagem. Não havendo interação, os surdos ficam à margem do que se passa com a família.

Sacks (1998) ainda pontua que crianças surdas, filhas de pais ouvintes, sofrem uma alienação em suas próprias famílias.

Quadro 3 - Distribuição dos adolescentes surdos, participantes do estudo, intitulado: Educação Para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda, Poços de Caldas/MG, 2015.

SUJEITO	IDADE	LOCAL DE RESIDÊNCIA	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO LABORAL	PRIMEIRA LÍNGUA	PARENTE SURDO	PESSOA DOENTE NA FAMÍLIA	RENDA FAMILIAR
A	17	Urbana	EM	Estudante	LS	Não	Não	Não soube referir
B	14	Urbana	Ensino Fundamental	Estudante	LP	Não	Não sabe	Não soube referir
C	14	Urbana	Ensino Fundamental	Estudante	LS	Não	Vó caiu e machucou	Não soube referir
D	17	Urbana	Ensino Fundamental	Estudante	LS	Não	Não	Não soube referir
E	15	Urbana	Ensino Fundamental	Estudante	LS	Não	Não sabe	Não soube referir

Fonte: Autora.

4.2 LEVANTAMENTOS DOS DADOS RELATIVOS AO TEMA DE PESQUISA (PARTE B)

Nesse momento serão apresentadas as respostas dos adolescentes surdos, participantes do presente estudo, referentes às questões propostas no instrumento, bem como a categorização realizada frente ao conteúdo da fala.

A primeira questão indagou sobre o entendimento de saúde dos participantes da pesquisa e obtivemos as respostas descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição qualitativa das respostas dos adolescentes surdos, participantes do estudo, sobre a pergunta 13: O que você entende por saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	O ENTENDIMENTO QUE TÊM SOBRE SAÚDE
A	É o corpo estar bom, forte, sem doença, é ter vida.
B	Saúde é não ter doença, não ter dor. Comer fruta, salada e tomate faz ter saúde.
C	Saúde é o corpo não ter doença.
D	Estar forte, sem doença.
E	Saúde é não ficar fraco, é não ter doença.

Fonte: Autora.

Partindo das falas supracitadas chegamos à categorização demonstrada no Quadro 4.1, assinalando os participantes que referiram os conteúdos.

Quadro 4.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 13: O que você entende por saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Entendimento sobre saúde	
<u>Saúde ligada à ausência de doença</u> “É o corpo estar bom, forte, sem doença.”; “Saúde é não ter doença, não ter dor”, “...é o corpo não ter doença.”, “Estar forte, sem doença...”; “...é não ficar fraco, é não ter doença.”	A, B, C, D, E
<u>Saúde ligada à boa alimentação</u> “Comer fruta, salada e tomate faz ter saúde.”	B

Fonte: Autora.

Analisando as respostas transcritas nos Quadros 4 e 4.1 verificamos que o entendimento de saúde por todos os sujeitos da pesquisa vai ao encontro da dimensão de conceito de saúde, tratada por Almeida Filho (2011, p. 27), como Fenômeno, sendo “fato, atributo, função orgânica, estado vital individual ou situação social, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidade, ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas”.

Todos os participantes apresentaram um entendimento de saúde oposto ao colocado pela OMS que vai além da ausência de doença ou incapacidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Os adolescentes pesquisados apresentam uma visão restrita de saúde, ligada apenas ao quesito individual “não ter doença”, à questão biológica, não sendo referenciado por nenhum deles aspectos de conceito de saúde integral e holístico, abrangendo aspectos físicos, psíquicos e sociais. Apenas um deles se referiu à saúde ligada à alimentação.

Szukala (2010) em sua pesquisa de Mestrado, junto a adolescentes ouvintes, intitulada Representação social de saúde, doença e dengue para alunos do ensino Fundamental, afirma que alguns adolescentes relacionaram saúde a ausência de doenças, relacionando também saúde ao estado de felicidade, à alimentação, ao brincar e à atividade física.

Na presente pesquisa nenhum adolescente surdo atrelou saúde ao bem-estar e nem à atividade física, prevalecendo um entendimento de saúde como ausência de doença. Este achado aponta-nos um entendimento construído mecanicamente, sem a invenção e reinvenção. Vale lembrar que de acordo com o importante educador brasileiro Paulo Freire, o homem faz no e com o mundo e com o outro, levando-os ao saber através da “experiência feita” e não de uma experiência transmitida ou narrada, sem uma consciência crítica.

Soma-se ao relatado acima, segundo inferências da pesquisadora, o fato, como colocado por Sacks (1998), de os surdos serem menos expostos às informações e aprendizagens que ocorrem fora da escola, de maneira incidental como, por exemplo, nas conversas informais ou pela televisão.

No Quadro 5 apresentamos as respostas dos adolescentes quanto a considerar-se saudável e por quê?

Quadro 5 - Distribuição qualitativa das respostas dos adolescentes surdos, participantes do estudo, sobre a pergunta 14: Você se considera saudável? Por quê? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	RESPOSTA SOBRE SE CONSIDERAR OU NÃO SAUDÁVEL E POR QUÊ?
A	Um pouco. Tenho um problema.
B	Sim. Eu tenho saúde, não tenho doença. Como muita fruta e salada
C	Sim. Porque não tenho nenhuma doença.

D	Sim. Meu corpo não tem doença.
E	Sim. Porque não tenho doença.

Fonte: Autora.

Considerando as falas, procedemos à categorização descrita no Quadro 5.1, relacionando os participantes aos discursos.

Quadro 5.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 14: Você se considera saudável? Por quê? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – O porquê de considerar-se ou não saudável	
<u>Ser saudável ligado à ausência de doença</u> “Um pouco. Tenho um problema.” “Sim. ... não tenho doença.”, “Sim. Porque não tenho nenhuma doença.”, “Sim. Meu corpo não tem doença.”, “Sim. Porque não tenho doença...”	A, B, C, D, E
<u>Ser saudável ligado à alimentação</u> “Como muita fruta e salada”.	B

Fonte: Autora.

Observamos que a ideia dos adolescentes surdos entrevistados sobre ser saudável acompanha o entendimento que relataram ter sobre o que é saúde, como sendo a ausência de doença, aparecendo apenas a alimentação na fala de um adolescente como fator relacionado a ser saudável.

Silva et al. (2014), ao avaliarem as representações sociais de adolescentes ouvintes sobre o que é ser saudável, encontraram nas respostas dos sujeitos da pesquisa, elementos como subjetividades corporais, viver sem estresse, relações afetivas, sociais e familiares, além de atividades físicas e lazer. Afirmam, Silva et al. (2014, p. 30) que estas representações levantadas apontam uma

dimensão ampliada de saúde, na medida em que se apresenta envolta por dimensões relacionadas à adoção de hábitos de vida saudáveis, ... evidenciando que o adolescente, sujeito em formação, classifica e denomina essas significações, incorporando-as a sua conduta e vivência.

Não encontramos junto aos sujeitos da nossa pesquisa um conceito amplo de saúde e, conseqüentemente, do que é ser saudável.

Os achados supracitados nos levam a perceber a educação para saúde, vivenciada por estes adolescentes, em uma vertente da concepção, denominada por

Freire (2014) (c), de educação bancária¹⁰, não propiciando a estimulação do pensar autêntico.

Pautadas na busca de conhecer quem acompanha o adolescente às consultas médicas e como este é recebido pelo profissional em questão, no Quadro 6 estão pontuadas as respostas.

Quadro 6 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 15: Quem o acompanha nas consultas médicas? Como é recebido pelo médico? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	RESPOSTA SOBRE ACOMPANHANTE EM CONSULTAS MÉDICAS E COMO É RECEBIDO
A	Minha mãe vai junto. O médico explica para a minha mãe e a minha mãe fala comigo. Sou surdo, ele fala com ouvinte, ele fala com a minha mãe. Ele vê meu corpo e meu coração.
B	Minha mãe vai junto. O médico fala bem devagar comigo, eu entendo algumas coisas. Ele viu a minha barriga e falou que eu estou bem.
C	Mamãe. Já fui várias vezes. O médico só fala com minha mãe, sou surda, fazer o que? Ele não sabe Libras. O médico me olha, toca o meu corpo e fala com a minha mãe. Depois ela me explica.
D	Minha mãe sempre, sempre junto comigo. Ele não fala comigo, pra mim isso é normal, ele fala com a minha mãe. Minha mãe vê que estou doente, me leva no médico e ele fala com ela. Ele me examina e manda fazer inalação. E também borrifar remédio no nariz.
E	Vou com meu vô, ou com minha mãe. Ele me examina e fala com meu vô, tenho que ter paciência. Ele olha meu rosto, meus olhos, boca e meu corpo. Ele não fala comigo, você sabe, ele não sabe Libras. Fala com minha mãe. Engraçado, estou pensando, nunca nenhum médico falou comigo, parece que ele tem medo de falar comigo. Eu não fico triste não, é sempre assim, eu não escuto e não entendo tudo que ele fala.

Fonte: Autora.

Após o registro das respostas foi realizada a categorização, conforme delineamento no Quadro 6.1, associando os conteúdos aos sujeitos.

Quadro 6.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 15: Como é recebido pelo médico? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Acolhimento médico ao paciente surdo	
<u>Acolhimento ligado à barreira comunicativa</u> “O médico explica para a minha mãe e a minha mãe fala comigo. Ele fala com a minha mãe.”, “O médico fala bem devagar comigo, eu entendo algumas coisas.” “O médico só	A, B, C, D, E

¹⁰ Paulo Freire (2014) (c) denomina educação bancária aquela onde o educador faz depósitos e o aluno pacientemente recebe, memoriza e reproduz, ou seja aquele que sabe transmite o conhecimento àquele que não sabe.

fala com minha mãe. Depois ela me explica”, O médico me olha toca o meu corpo e fala com a minha mãe.” “Ele não fala comigo, ele fala com a minha mãe. Minha mãe vê que estou doente, me leva no médico e ele fala com ela.”, “Ele não fala comigo, você sabe, ele não sabe Libras. Fala com minha mãe. Engraçado, estou pensando, nunca nenhum médico falou comigo, parece que ele tem medo de falar comigo. Eu não fico triste não.” “...fala com meu vô”.	
<u>Acolhimento ligado à ênfase no aspecto físico</u> “Ele vê meu corpo e meu coração”, “Ele viu a minha barriga”, “O médico me olha toca o meu corpo”, “Ele me examina e manda fazer inalação. E também borrifar remédio no nariz.”, “Ele me examina”., “O médico me examina, olha meu rosto, meus olhos, boca e meu corpo.”,	A, B, C, D, E
<u>Sentimento, conformidade do paciente surdo ligado ao acolhimento médico</u> “Sou surdo, ele fala com ouvinte ...”, “...sou surda, fazer o que? Ele não sabe Libras.”, “Ele não fala comigo, pra mim isso é normal “, “Eu fico quieta sempre, eu não escuto.”, “tenho que ter paciência.”. “ Eu não fico triste não, é sempre assim, eu não escuto e não entendo tudo que ele fala”	A, C, D, E

Fonte: Autora.

A maioria dos adolescentes surdos pesquisados aponta a mãe como acompanhante nas consultas médicas, apenas um participante diz ser acompanhado, também, pelo avô. Analisando as falas presentes no Quadro 6.1 afirmamos que o acolhimento ao paciente surdo fica profundamente comprometido pela falta da comunicação entre médico ouvinte e paciente surdo, não favorecendo a formação de um vínculo entre eles.

Nessa situação fica evidente a ausência de interação, de diálogo¹¹ entre ambos, sendo o acompanhante empossado pelo médico como responsável pela saúde do paciente, não havendo uma iniciativa de educação em saúde, de uma troca de experiência e de valorização da cultura do paciente. Segundo Botelho (2005, p. 27) “Por temor de que suas atitudes possam ser avaliadas como exclusão, há situações em que o ouvinte não interage com o surdo.”

Todos os entrevistados pontuaram o cuidado com o físico como ação única dos médicos durante consulta. Levantamos esta experiência como uma das prováveis explicações para o entendimento limitado que estes sujeitos apresentaram

¹¹ Diálogo, como colocado por Paulo Freire é o encontro de homens que pronunciam o mundo, sendo uma exigência existencial onde os homens ganham significação enquanto homens.

sobre saúde e ser saudável, visto que não vivenciaram o diálogo e uma abordagem educativa durante as consultas, ficando restritos aos cuidados com o físico.

Limitações também foram verificadas por Chaveiro; Porto; Barbosa. (2009) no estudo realizado sobre a relação do paciente surdo com o médico, onde afirmaram “pacientes surdos e médicos quando se encontram, deparam-se com barreiras comunicativas que comprometem o vínculo a ser estabelecido e a assistência prestada, podendo prejudicar o diagnóstico e o tratamento” (p. 149). Sem uma interação com o outro não há como o ser humano captar e nem conhecer a sua realidade e conseqüentemente não a transforma (FREIRE, 2014).

Podemos verificar que o acolhimento ao surdo se dá em uma abordagem oralista, sem nenhuma tentativa de valorização/reconhecimento da LS, não ocorrendo, desta forma, a inclusão destes adolescentes na área da saúde mas, sim, uma integração, pois de acordo com Sasaki (2007), com a inclusão a sociedade toda se adequa, se prepara para receber todos os sujeitos com suas singularidades.

Constatamos também uma conformidade com a situação vivenciada, levando a uma inércia diante desta realidade, evidenciada quando 03 participantes explicitaram a condição de serem surdos como justificativa para a ausência de interação, de iniciativa para o diálogo do médico para com eles. Freire (2014) alerta que isolamento impede a abertura da consciência e que a dialogicidade é a essência da educação, não havendo aprendizagem fora do diálogo. Nessa direção, o adolescente surdo fica sem a experiência de troca, de elaboração do conhecimento referente a sua realidade, da sua saúde integral e conscientização de sujeito não meramente no mundo, mas com o mundo e com o outro.

Os achados apontam para a necessidade de se refletir com os adolescentes surdos desta pesquisa sobre o autoconhecimento, a necessidade do empoderamento do grupo e de cada um - enquanto cidadão surdo-, com direitos e deveres; da conscientização de estar no mundo, como colocado por Freire (2014) (b), e de estar com o mundo e com o outro, ou seja, de uma inserção crítica, superando as estruturas injustas em uma realidade que pode ser transformada. Para que cada sujeito possa pensar, indagar, duvidar, questionar, reivindicar e vivenciar outras hipóteses, outras ações, no caso dos participantes desta pesquisa, nas decisões referentes à sua saúde, qualidade de vida e do cuidado dispensado pelos profissionais da saúde, além do autocuidado, ações estas que se dão no e pelo diálogo.

Após conhecer como ocorre o acolhimento do médico aos adolescentes participantes da pesquisa perguntamos a eles sobre a iniciativa de fazer perguntas ao referido profissional e as respostas estão detalhadas e categorizadas no Quadro 7 e 7.1, respectivamente.

Quadro 7 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 16: Você faz perguntas para o médico? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	RESPOSTA SOBRE INICIATIVA DE FAZER PERGUNTAS AO MÉDICO
A	A minha mãe é quem faz pergunta para o médico, eu não. Ele fala que eu vou fazer exame e é para eu ficar calmo. Às vezes ele olha para mim. Ele olha bastante para minha mãe. Eu não escuto o que ele fala.
B	Não pergunto nada, tenho vergonha. Só falo oi, minha mãe é que conversa com ele.
C	Eu fico quieta, Mamãe fala com o médico. Só a mamãe fala.
D	Não, não. O médico é oralizado, ele não fala comigo, só com minha mãe. Eu não faço leitura labial. Eu não pergunto nada não.
E	Nunca. Eu mostro para meu vô onde dói e ele fala para o médico, ele faz pergunta, ele é ouvinte, eu sou surda.

Fonte: Autora.

Quadro 7.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 16: Você faz perguntas para o médico? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Iniciativa de comunicação por parte do paciente surdo	
<p><u>Surdez como justificativa para a falta de iniciativa para comunicação</u> “A minha mãe é que faz pergunta para o médico, eu não. Eu não escuto o que ele fala”. “Não pergunto nada, tenho vergonha. Só falo oi...”, “Eu fico quieta,... Só mamãe fala, eu sou surda”, “. O médico é oralizado, ele não fala comigo, só com minha mãe. Eu não faço leitura labial. Eu não pergunto nada não.”, “Nunca. Eu mostro para meu vô onde dói e ele fala para o médico, ele faz pergunta, ele é ouvinte, eu sou surda.”</p>	A, B, C, D, E

Fonte: Autora.

Pelas respostas dadas, verificamos um sentimento de menos valia pela condição da surdez, onde o ouvinte que acompanha os surdos nas consultas é visto como único capaz de interagir com o médico. Botelho (2005) alerta que o surdo pode, frente a uma possibilidade de exclusão, gerar uma autoexclusão devido à conclusões negativas sobre si mesmo, sobre o ouvinte ou ainda sobre ambos, evitando a proximidade ou até desistindo de tentar estabelecer uma comunicação.

Chaveiro (2011) ratifica esta afirmação ao pontuar que as pessoas que enfrentam barreiras na comunicação acabam por evitar novas relações sociais, buscando o isolamento. Fato este que evidenciamos com as respostas dos sujeitos desta pesquisa que apontam claramente uma ausência de iniciativa para o diálogo com o médico.

Podemos refletir, a partir desses dados, sobre o impacto da falta de interação dialógica entre médico e paciente surdo para a saúde integral destes pacientes, para a aquisição de informações e consciência da sua condição de cidadão autônomo, com direitos e deveres. Sem consciência crítica não há como perceber-se inserido no mundo e como sujeito capaz de transformá-lo. Freire (2014) (c) alerta que a passividade afasta a possibilidade de perceber-se criativo e transformador, mas leva o sujeito a adaptar-se ao mundo de acordo com os depósitos e narrativas recebidas. Uma educação libertadora tende a levar os sujeitos a uma reação frente essa situação, despertando a vontade de interagir, questionar, saindo da condição de espectador e assumindo sua condição de recriadores da sua realidade, do mundo. A passividade impede o pensar autêntico.

Destacamos aqui a afirmação de Freire (2014) (c) que somente na comunicação/interação que a vida humana tem sentido. Há que se sair desta acomodação, libertar-se desta força desumanizadora e alienante que faz com que a pessoa surda aceite como verdade e justificativa para o isolamento o fato de não ouvir e de não ser capaz de comunicar-se na modalidade oral-auditiva, ficando à margem da atenção integral à saúde.

Percebemos com a fala dos adolescentes desta pesquisa que se percebem como culpados pela falta de interação, de comunicação com os médicos.

Pessoas assim fazem parte das legiões dos ofendidos que não percebem a razão de ser de sua dor na perversidade do sistema social, econômico, político em que vivem, mas na sua incompetência. Enquanto sentirem-se assim, pensarem assim e agirem assim reforçam o poder do sistema. Se tornam coniventes da ordem desumanizante (FREIRE (b), 2014, p. 96).

Nos Quadros 8 e 8.1 estão distribuídas as respostas e a categorização das falas dos participantes, a partir de seu entendimento quanto ao que é autocuidado e qualidade de vida.

Quadro 8 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos pesquisados sobre a pergunta 17: No seu entendimento o que é autocuidado e qualidade de vida? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	ENTENDIMENTO QUE TEM SOBRE AUTOCUIDADO QUALIDADE DE VIDA	
A	É minha mãe me dar remédio e eu tomar.	O que é isso? E esse sinal?
B	Fazer tudo que a minha mãe fala.	Não conheço a palavra “qualidade”, só sei o que é vida.
C	É obedecer minha mãe.	Não sei.
D	Minha mãe me dar comida e as pessoas me ajudarem.	Não sei.
E	Não sei... Minha mãe e minha vó que cuidam de mim.	Vida eu sei, é viver, vivo. O que é qualidade? O que é esse sinal?

Fonte: Autora.

Quadro 8.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 17: No seu entendimento o que é autocuidado e qualidade de vida? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Entendimento sobre autocuidado	
<u>Autocuidado ligado à dependência de outros para o cuidado</u> “É minha mãe me dar remédio e eu tomar”, “Fazer tudo que a minha mãe fala.”, “É obedecer minha mãe.”, “Minha mãe me dar comida e as pessoas me ajudarem.”, “Minha mãe e minha vó que cuidam de mim”.	A, B, C, D, E
<u>Autocuidado ligado ao consumo de remédio</u> “... me dar remédio e eu tomar.”	A

Fonte: Autora.

Considerando as falas anteriores sobre saúde e a não interação entre paciente surdo e médico ouvinte podemos entender as informações limitadas, encontrados no quadro 8.1, sobre o entendimento que todos os entrevistados apresentam sobre autocuidado ligado à dependência de outros e de um entrevistado associar ao consumo de remédio, estando o autocuidado relacionado ao cuidado com a saúde do físico.

Chama-nos a atenção o fato de todos os adolescentes da pesquisa não se reconhecerem responsáveis e capazes para o autocuidado, tendo sempre a mãe como provedora de todos os cuidados. Demonstram adaptar-se, ajustar-se à realidade, recebendo “tudo pronto”, sendo aqueles que recebem o que lhes falta, sem questionamento, ausência de autoconhecimento, sem saber o porquê das suas ações, sem autonomia e criticidade, apenas seguindo uma prescrição, com ações

automatizadas. Há que se buscar a superação do sujeito espectador, rumo à formação do homem que na interação com o outro, cria e transforma sua realidade.

Com as respostas dadas percebemos que os entrevistados não agem em uma constante ação-reflexão-ação e transformação, mas perpetuam um fazer automático. Verificamos, novamente, frutos de uma educação bancária que Freire (2014, p. 84) (c) tão bem coloca que “juntam toda a ação social de caráter paternalista, em que os oprimidos recebem o nome simpático de “assistidos”. Não sendo possível a conscientização destes, o desvelamento do seu mundo, do cuidar de si com autonomia, de humanizar-se. Estas constatações atentaram-nos para esta temática no planejamento da ação educativa que foi proposta e realizada.

Para a pergunta “No seu entendimento o que é qualidade de vida?” não foi possível categorizar as respostas, pois os adolescentes surdos da pesquisa não conhecem o sinal e nem a expressão qualidade de vida. Optamos por não explicar no momento da entrevista o seu significado, pois induziríamos as respostas, visto que teríamos que utilizar exemplos para a explicação. Lacerda (2009) afirma que:

A comunidade surda, em geral, pelos baixos índices de escolaridade, pela aquisição tardia da Libras e pela restrição de espaços para as trocas dialógicas, nem sempre conhece bem os temas tratados em palestras/conferências, ou conceitos apresentados em uma consulta na área da saúde, por exemplo. Não é incomum em situações de interpretação que o sujeito surdo pergunte ao interprete o que quer dizer um conceito ou sinal, ou que não entendeu uma ideia que foi traduzida (p. 30).

Cientes da ausência de conhecimento sobre qualidade de vida e acesso limitado ao médico, considerando que não há iniciativa para dialogar com o profissional em questão, num cenário de autonomia diminuída, indagamos a cada adolescente surdo o que fazem para cuidar de si detalhando as falas e as categorizando (Quadro 9 e 9.1).

Quadro 9 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 18: O que faz para cuidar de você? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	RESPOSTAS SOBRE AÇÕES DE AUTOCUIDADO
A	Não sei. É a minha mãe que cuida de mim. Faço as coisas que ela manda. Estou pensando... não sei. Ah, eu tomo remédio.
B	Minha mãe cuida bem de mim. Ela é brava, mas cuida de mim.

C	Eu obedeco a minha mãe em tudo.
D	Não sei. Mamãe que cuida de mim. Eu faço o que ela manda.
E	Minha mãe e vó que cuidam, elas me dão remédio.

Fonte: Autora.

Quadro 9.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 18: O que faz para cuidar de você? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Ações para o autocuidado	
<u>Autocuidado ligado a receber cuidados de outros</u> “É a minha mãe que cuida de mim. Faço as coisas que ela manda ... Ela me dá remédio”, “Minha mãe cuida bem de mim”, “Eu obedeco a minha mãe em tudo.”, “Mamãe que cuida de mim. Eu faço o que ela manda.”, “Minha mãe e vó que cuidam”	A, B, C, D, E
<u>Autocuidado ligado ao consumo de remédio</u> “..., eu tomo remédio”, “...elas me dão remédio.”	A, E

Fonte: Autora.

Dos entrevistados, apenas 01 pontuou tomar remédio sozinho, nada mais foi relatado sobre o que fazem para cuidarem de si de maneira autônoma, os cinco participantes demonstraram dependência da mãe.

Nossa atenção volta-se para a falta de autonomia e consciência nas ações para o autocuidado apresentados pelos adolescentes desta pesquisa, visto que a ação, nas palavras de Freire (2014, p. 55) (c) “só é humana quando, mais que um puro fazer, é quefazer, isto é, quando também não se dicotomiza da reflexão”. Reconhecemos assim, a necessidade de dialogar com estes adolescentes surdos sobre sua ação e não de depositar em cada um comunicados referentes às ações para o autocuidado, visando alimentar o poder criativo de cada adolescente surdo, bem como seu poder de atuar e de optar por hábitos saudáveis em favor de si próprio e não meramente, como apontado pelas palavras categorizadas, um armazenamento das narrações que os outros lhes fazem.

Já cientes da carência de conhecimentos e ações sobre o autocuidado conversamos com os participantes da pesquisa perguntando a eles como adquirem as informações sobre saúde, relacionando as falas e as categorizando (Quadro 10 e 10.1).

Quadro 10 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 19: Como você adquire informações sobre saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	RESPOSTAS SOBRE COMO ADQUIRE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE
A	A professora de ciências fala um pouco e a intérprete me passa. Minha mãe e irmã também falam um pouco.
B	Aqui fala disso, a professora de ciências da escola também fala um pouco sobre saúde.
C	Minha mãe me fala que é bom tomar remédio para ter saúde.
D	Minha mãe cuida de mim, faz tudo por mim. Cuida muito bem da minha saúde. Me leva sempre no médico, me dá remédio na hora certa.
E	Minha mãe e minha vó explicaram e eu aprendi. Aqui explica um pouco.

Fonte: Autora.

Quadro 10.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 19: Como você adquire informações sobre saúde? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Aquisição de informação sobre saúde	
<u>Professora/Escola como fontes de aquisição de informação sobre saúde</u> “A professora de ciências fala um pouco e a interprete me passa.”, “Aqui fala disso, a professora de ciências da escola também fala um pouco sobre saúde.”, “Aqui explica um pouco.”	A, B, E
<u>Mãe/família como fontes de aquisição de informação sobre saúde:</u> “Minha mãe e irmã também falam um pouco.”, “Minha mãe me fala que é bom tomar remédio para ter saúde.”, “Minha mãe e minha vó explicaram e eu aprendi.”	A, C, E

Fonte: Autora.

Frente às respostas evidenciamos que as campanhas do Ministério da Saúde não atingem os adolescentes surdos participantes desta pesquisa e que as fontes de aquisição sobre saúde, citadas por eles, não são suficientes, pois 04 entrevistados afirmaram que tanto escola, assim como família, falam “um pouco” sobre saúde. Como se pode observar os adolescentes surdos não encontram fontes de informação e conhecimentos, acessíveis, em saúde capazes de levar a uma reflexão e aprendizagem significativa.

Atenta-nos, ainda, o fato de todos os adolescentes terem pontuado que outros falam para eles sobre saúde e, de acordo com Freire (2014) (c), não pode haver conhecimento quando o educando apenas memoriza o conteúdo narrado pelo outro,

quando não são chamados a conhecer, a realizarem atos cognoscentes mediatizadores da reflexão crítica de educandos e educadores.

No sentido de buscar mais especificidades quanto à aquisição de informações sobre saúde indagamos se os adolescentes entendem os cartazes propostos nas campanhas do Ministério da Saúde sobre temas atuais e relacionados à idade dos participantes das pesquisas. As falas foram transcritas e categorizadas nos Quadros 11 e 11.1, respectivamente.

Quadro 11 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 20: Você entende os cartazes, as campanhas do Ministério da Saúde, visando à Educação em Saúde, como da Dengue, DST, gripe, vacina HPV? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	ENTENDIMENTO DAS CAMPANHAS VISANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE
A	Eu não entendo os cartazes, preciso de intérprete na TV, em tamanho pequeno não adianta nada. Não sei todas as palavras e a legenda é muito rápida. Minha mãe tenta explicar, às vezes.
B	Não consigo ler tudo em um cartaz. Na televisão não tem intérprete e quando tem é muito pequeno.
C	Não consigo ler os cartazes, eu vejo as fotos e desenhos e tento entender, não sei o que está escrito, às vezes conheço algumas palavras. Na TV eu só entendo as Chiquititas. Gosto de assistir Chiquititas.
D	Não conheço muitas palavras e não entendo o que falam na TV.
E	Sei que meninas precisam tomar vacina contra HPV, mas não sei o que é isso e nem porque tem que tomar essa vacina. Não consigo ler tudo no cartaz, não entendo tudo, mas, vejo os desenhos e acho que entendo um pouco.

Fonte: Autora.

Quadro 11.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 20: Você entende os cartazes, as campanhas do Ministério da Saúde, visando à educação em Saúde, como da Dengue DST, gripe, vacina HPV? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Entendimento das campanhas do Ministério da Saúde que visam à educação para saúde	
<u>Não entendimento dos cartazes/campanhas do Ministério da Saúde ligado à dificuldade com a Língua Portuguesa</u> “Eu não entendo os cartazes... Não sei todas as palavras, “Não consigo ler tudo em um cartaz. , “Não consigo ler os cartazes,” , “não sei o que está escrito,” , “Não conheço muitas palavras,” , “ Não consigo ler tudo no cartaz”	A, B, C, D, E
<u>Não entendimento das campanhas ligado à falta de acessibilidade por meio de um intérprete</u> “, preciso de intérprete na TV, em tamanho, pequeno não adianta nada.” “Na televisão não tem intérprete e quando tem é muito	A, B, D

pequeno”, “preciso de intérprete na TV, não sei todas as palavras e a legenda é muito rápida.”, “não entendo o que falam na TV.”	
<u>Tentativa de entendimento dos cartazes ligado ao uso de imagens</u> ” eu vejo as fotos e desenhos e tento entender”, “vejo os desenhos e acho que entendo um pouco.”	C, E

Fonte: Autora.

Pelas falas apresentadas evidencia-se que as campanhas do Ministério da Saúde não atingem os sujeitos desta pesquisa, estes justificaram o não entendimento devido à dificuldade que apresentam com a Língua Portuguesa e também a falta de intérpretes de Libras nas campanhas veiculadas na televisão. Todos os sujeitos desta pesquisa disseram não ter uma leitura fluente na LP, dificultando o entendimento dos cartazes informativos das campanhas do Ministério da Saúde.

Guarinello (2007, p. 53) afirma que “No Brasil, a grande maioria dos surdos adultos não domina a língua portuguesa”. Percebemos que os adolescentes desta pesquisa não conseguem construir sentido aos textos dos cartazes, alegam conhecer poucas palavras.

Botelho (2005, p. 52) refere que “A metodologia de ensino é frequentemente pautada no ensino de palavras, pensando a linguagem como um aglomerado de vocábulos” e isto repercute na leitura destes participantes, pois interrompem a ação ao se depararem com palavras desconhecidas.

De acordo com Botelho (2005, p. 22) “não saber ler e escrever representa, para muitas pessoas (e obviamente também para muitos surdos), estar em uma posição inferior”. Faz também a afirmação que o centro/alvo da educação de surdos ainda está no ensino das palavras, de maneira, muitas vezes, descontextualizada e fora de um tema significativo, não oferecendo condições de acesso às complexidades cognitivas, ressaltando o fato de alunos surdos e professores ouvintes não compartilharem a mesma língua, e de nem todo surdo ser fluente em LS. Esta realidade tem levado, como constatado por esta autora, os surdos a se reconhecerem incapazes de aprender, levando-os a permanecerem em passividade frente ao pouco que recebem. Freire (2014) alerta que através da força criadora do diálogo e o aclaramento das consciências o homem pode perceber a sua alfabetização como meio para a comunicação escrita e com a “Reflexão sobre a

própria alfabetização, que deixa assim de ser algo externo ao homem para ser dele mesmo”. (p. 180).

Percebemos, pelos relatos e vivências cotidianas, um isolamento e o desligamento do mundo pelo fato de não ouvir, de não fazer leitura labial, de não ser oralizado, situações que não correspondem ao padrão de normalidade imposto pela sociedade.

Como verificado com as respostas os surdos ficam à margem das informações e campanhas de saúde, pois estas mesmo veiculadas em diferentes meios de comunicação de massa não consideram as especificidades linguísticas das pessoas surdas. Há que se quebrar paradigmas, que se superar a ideologia dominante que Sckliar (1998) denomina de ouvintismo, ressaltando “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” (p.15). Não foram relatadas pelos surdos desta pesquisa, ações inclusivas por parte do Ministério da Saúde, que poderia produzir cartilhas, folhetos e cartazes com sinais da Libras, distribuir vídeos e colocar intérpretes de Libras nas diversas campanhas veiculadas na televisão garantindo, assim, a acessibilidade para as pessoas surdas.

Dois participantes citaram a tentativa de entendimento através das imagens dos cartazes. Os recursos visuais favorecem o entendimento para as pessoas surdas, sabemos que o principal canal para apropriação de conhecimentos para esta população é o canal visual (GUARINELLO et al., 2009). Estas autoras ressaltam a internet como uma ferramenta que vem potencializando aos surdos o acesso a diferentes informações, por dispor de recursos visuais, animação de imagens e sinais gráficos, facilitando a compreensão para as pessoas surdas.

O uso da imagem possibilita melhor entendimento desde que haja uma mediação, uma interação com um interlocutor mais experiente. Fernandes (2006) ao tratar das práticas de letramento no contexto da educação bilíngue para surdos afirma que os referenciais visuais permitem uma compreensão prévia e que a “leitura de imagens conduzirá o processo de reflexão e de inferências sobre a leitura da palavra” (p. 19). Pontua também que a leitura dos recursos imagéticos e sua relação com as experiências vividas são capazes de despertar a atenção e o interesse pelas mensagens do texto. A autora destaca a importância de se nortear esta interação com o texto e as imagens para evitar que o leitor surdo fique com interpretações equivocadas, há que se estimular uma reflexão e sentido ao texto.

Saindo do universo interior de cada participante inquirimos a eles se poderiam falar sobre sua relação com a família e exteriorizaram o descrito nos Quadros 12 e 12.1.

Quadro 12 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 21: Você poderia me falar sobre sua relação com a família? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	COMO É O RELACIONAMENTO FAMILIAR
A	Converso com minha mãe, ela não sabe Libras muito bem e com minha irmã, meu pai não fala muito comigo, não sabe nada de Libras. Minha mãe tem paciência comigo.
B	Às vezes falo com minha vó, prima, tia, irmão e pai. Mas falo bastante com minha mãe. Não sabe Libras, mas faz gestos.
C	Eu converso com minha mãe, vejo no rosto dela quando está brava ou feliz. Meu pai não sabe sinais.
D	Minha mãe não sabe Libras, mas fala comigo. Minha tia fez curso de Libras para aprender. Em festa, algumas pessoas falam comigo, outras não.
E	Minha vida é boa. Quando brigo com alguém da família fico triste, quando alguém fica doente eu fico triste. Eu converso mais com minha tia que mora na mesma casa que eu. Quando tem festa eu não converso com todo mundo. Mas está bom. Não sabem falar comigo, sei pouco o que acontece com a minha família.

Fonte: Autora.

Quadro 12.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 21: Você poderia me falar sobre sua relação com a família? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Como é o relacionamento familiar	
<u>Relacionamento familiar marcado por barreiras na comunicação</u> “meu pai não fala muito comigo, não sabe nada de Libras.”, “Às vezes falo com minha vó, prima, tia, irmão e pai.”, “Meu pai não sabe sinais”, “Quando tem festa eu não converso com todo mundo.”, “Não sabem falar comigo, sei pouco o que acontece com a minha família.”	A, B, C, D, E
<u>Maior relacionamento com a mãe</u> “Converso com minha mãe, ela não sabe Libras muito bem ...”, “Mas falo bastante com minha mãe.”, “Eu converso com minha mãe. Não sabe Libras, mas faz gestos.”, “Minha mãe não sabe Libras, mas fala comigo.”	A, B, C, D

Fonte: Autora.

Todos os adolescentes desta pesquisa ressaltaram a dificuldade de comunicação com seus familiares, 05 deles apontaram a mãe (mesmo não sabendo

Libras), como a pessoa com que mais interagem, embora não haja trocas dialógicas, ou ainda, muitas vezes, compreensão do que é dito.

Santana (2007, p. 90) ressalta que “diante da falta da “palavra” cada sujeito elenca os próprios gestos para comunicar o que deseja, ou seja, os gestos são idiossincráticos, e por isso nem sempre compreendidos pelo outro. Nessa situação, os sentidos são construídos pelos interlocutores como que à deriva”.

Das falas dos entrevistados, verificamos um isolamento familiar e um distanciamento e desconhecimento da realidade da família, deixando claro que não há uma relação dialógica. Estes achados vão ao encontro da afirmação de Guarinello (2007, p. 54) “O papel dos pais que deveria ser de mediadores na construção da linguagem, geralmente falha”. Esta situação não pode ser vista como imutável, mas como um desafio a ser superado com a tomada de consciência, visando à humanização das relações familiares, na solidariedade, na comunhão entre seus membros.

Freire (2014, p. 108) (c) refere que “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” e dizer a palavra é direito de todos os homens, sendo que é no diálogo que o homem se constitui. O ato de depositar ideias, discursos e palavras de um sujeito no outro leva à subordinação, enquanto o diálogo leva à liberdade.

Muitos pais de crianças surdas, por não dominarem a língua de Sinais, acabam como já verificado por Santana (2007), utilizando sinais apenas para informar e não para dialogar com seus filhos levando-os a um atraso cognitivo favorecendo a exclusão social dos surdos. Constatamos, mais uma vez, a chamada por Freire (2014) (c), educação bancária, onde aquele que sabe deposita no outro seus conhecimentos e informações, sem trocas, sem diálogo, de maneira verticalizada, sem possibilidades de reflexão.

Sacks (1998) também afirma que um diálogo inadequado entre mãe e filho na primeira infância pode gerar restrições, à criança surda, afetando o seu desenvolvimento intelectual, social, linguístico e emocional, levando à timidez e à passividade. Este autor destaca:

A mãe, ao que parece, detém um poder tremendo: comunicar-se apropriadamente com o filho ou não; introduzir perguntas que induzem à investigação, do tipo “Como?”, “Por que?” e “E se?” ou substituí-las por um monólogo indiferente composto de “O que é isso?” e “Faça isso”; transmitir um senso de lógica e causalidade ou

deixar tudo no nível obtuso do inexplicável; introduzir um vívido senso de lugar ou tempo ou referir-se apenas ao aqui e agora; introduzir uma “reflexão generalizada sobre a realidade”, um mundo conceitual que dará coerência e significado à vida e instigará a mente e as emoções da criança, ou deixar tudo no nível do não generalizado, do não questionado, algo quase abaixo do nível perceptivo-animal. As crianças, ao que parece, não podem escolher o mundo em que desejam viver – nem o mundo físico nem o mundo mental e emocional; dependem, no princípio, do que lhes apresentar a mãe.” (SACKS, 1998, p. 78).

Santana (2007) também afirma que “A ação mediadora da mãe, nos períodos iniciais de vida do filho, tem sido considerada de fundamental importância para se compreender tanto o desenvolvimento da linguagem quanto a construção do sujeito” (p. 179). Percebemos, com os relatos dos adolescentes desta pesquisa, que a interação familiar destes fica comprometida pela falta de entendimento de ambas as partes das modalidades das línguas envolvidas na comunicação: a oral e a de sinais.

Diante da dificuldade de comunicação imposta no cenário pesquisado também apresentamos nos Quadros 13 e 13.1, as respostas dos adolescentes surdos, sujeitos da presente pesquisa, bem como a categorização das respectivas falas, referentes a quais dificuldades possuem para viver em sociedade, no caso de existirem.

Quadro 13 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 22: Encontra dificuldades para viver em sociedade? Quais? Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	DIFICULDADES PARA VIVER EM SOCIEDADE
A	É difícil, não consigo conversar com as pessoas, elas não sabem Libras e não consigo nem no face e nem whatsapp, não sei muito português e as pessoas têm preguiça de aprender Libras. Quando as pessoas conversam com minha mãe eu fico olhando, fico quieto, não entendo. Isso não é bom, ela não explica tudo para mim o que estão conversando.
B	Poucas pessoas conversam comigo, tenho vergonha. Às vezes as pessoas não me entendem e não têm paciência. Eu entendo um pouco o que as pessoas falam. Na rua, nas lojas, as pessoas não sabem sinais e eu entendo pouco o que elas falam. Meus amigos, às vezes não têm paciência, então não falam comigo.
C	Gosto de ficar junto com surdos. Não entendo os ouvintes. Faço sinais e os ouvintes não entendem nada. As pessoas ficam olhando. Na escola, agora está bem, tenho intérprete.
D	Hoje tem intérprete na escola. Está mais fácil. No médico, nas lojas, não tem intérprete, é mais difícil, às vezes as pessoas

	fazem mímica. Preciso aprender a ler, esqueço muito as palavras, fico nervosa.
E	Vivo normal. A moça do supermercado perto da minha casa me entende um pouco. Quando vou a outros lugares fico quieta ou escrevo, mas tem palavras que não conheço. Hoje tem intérprete na escola é mais fácil. Quando preciso comprar em outros lugares minha vó liga e vou buscar, não preciso falar, ou minha mãe vai junto. As pessoas não conhecem Libras.

Fonte: Autora.

Quadro 13.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 22: Encontra dificuldades para viver em sociedade? Quais? Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Dificuldades para viver em sociedade	
<u>O não domínio da Libras por parte dos ouvintes como dificuldade para viver em sociedade</u> “É difícil, não consigo conversar com as pessoas, elas não sabem Libras...”, “Na rua, nas lojas, as pessoas não sabem sinais”, “Faço sinais e os ouvintes não entendem nada.”, “No médico, nas lojas, não tem intérprete, é mais difícil...”, “As pessoas não conhecem Libras”	A, B, C, D, E
<u>Pouco domínio da Língua Portuguesa por parte dos surdos como dificuldades para viver em sociedade</u> “ não sei muito português”, “Preciso aprender a ler, esqueço muito as palavras, fico nervosa.”, “...fico quieta ou escrevo, mas tem palavras que não conheço”	A, D, E
<u>Barreiras comunicacionais como dificuldade para viver em sociedade</u> “Quando as pessoas conversam com minha mãe eu fico olhando, fico quieto, não entendo. Isso não é bom, ela não explica tudo para mim o que estão conversando.”, “Poucas pessoas conversam comigo. Às vezes as pessoas não me entendem e não têm paciência. Eu entendo um pouco o que as pessoas falam.”, “Não entendo os ouvintes”	A, B, C,

Fonte: Autora.

A categorização das respostas dos adolescentes surdos desse estudo revelou que as dificuldades que encontram para viver em sociedade ainda estão nas barreiras para a comunicação, seja pela ausência ou limitação do domínio da LS pelos ouvintes, nos diversos espaços da sociedade, ou pela dificuldade que os surdos apresentam frente à LP.

Santana (2007) chama a atenção para a dificuldade da pessoa surda com relação à aquisição da linguagem oral, pois esta, na surdez passa a ser uma modalidade visuoverbal e não audioverbal como para os ouvintes, exigindo dos

surdos um alto nível de percepção visual para a realização da leitura labial, afirmando, ainda, que a fala é privilegiada em detrimento dos gestos.

A autora surda Laborit (1994) explicita a angústia de não entender o que os ouvintes dizem e do isolamento imposto pelas barreiras na comunicação, além de ressaltar a falta de esforço dos ouvintes para o estabelecimento de um diálogo. Santana (2007) também pontua que os surdos que se comunicam por LS desejam que todos os ouvintes saibam esta Língua, “por não terem pessoas eficientes com quem se comunicar, os surdos deixam de vivenciar todos os usos efetivos da linguagem” (p. 117). Nesse contexto é importante lembrarmos a afirmação de Freire (2014) pontuando que o homem é um ser de relações e não somente de contatos.

Esta autora ainda pontua a reivindicação de surdos e professores por intérpretes em espaços públicos, como em universidades, bancos, entre outros. No Brasil, a presença deste profissional em todas as áreas da sociedade, não é uma realidade, ficando, os surdos isolados, sem estabelecerem uma comunicação efetiva, como pontuado pelos adolescentes surdos desta pesquisa.

Vale considerar, a propósito desta questão, a constatação feita por Sacks (1998, p. 22) “... é apenas por meio da língua que entramos plenamente em nosso estado e cultura humanos, que nos comunicamos livremente com nossos semelhantes, adquirimos e compartilhamos informações. Se não pudermos fazer isso, ficaremos incapacitados e isolados”. Portanto, podemos afirmar que é fundamental a presença de intérpretes nos diferentes espaços da sociedade, bem como familiares bilíngues (LS e LP) para que os surdos possam estabelecer diálogos complexos, ricos e significativos, favorecendo o seu desenvolvimento integral e tomada de consciência. Chaveiro (2011), Andreis-Witkoskique e Douettes (2014) relatam que a LS ainda não é valorizada pela sociedade e que os surdos continuam sendo vistos como inferiores, ficando com possibilidades reduzidas de interação e, desta forma, acabam por se isolarem.

Após as indagações aos participantes do estudo foi deixado um espaço livre para que os adolescentes pudessem, no caso de acharem necessário, registrar outras sugestões, dúvidas, críticas. Esses relatos foram detalhados nos Quadros 14 e as falas categorizadas no Quadro 14.1.

Quadro 14 - Distribuição qualitativa das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a pergunta 23: Espaço livre para falar o que quiser. Poços de Caldas/MG, 2015.

PARTICIPANTES	ESPAÇO LIVRE
A	Quero aprender sobre saúde e a cuidar de mim, no futuro quero ter filhos e ensinar essas coisas para eles também.
B	Quero aprender a cuidar de mim, preciso, como aprender?
C	Minha mãe cuida de mim, da minha saúde. Mamãe cuidar de mim é certo, né? Como eu mesma posso cuidar de mim?
D	Quero viver bem, aprender coisas certas para ter saúde.
E	Algumas pessoas não têm paciência comigo, é bom eu aprender a cuidar de mim e o que fazer para ter saúde. Eu nunca pensei nestas coisas que você perguntou, preciso aprender a cuidar de mim.

Fonte: Autora.

Quadro 14.1 - Categorização das respostas dos sujeitos da pesquisa sobre a questão 23: Espaço livre para falar o que quiser. Poços de Caldas/MG, 2015.

CATEGORIZAÇÃO – Espaço livre	
<u>Vontade de aprender sobre saúde</u> “Quero aprender sobre saúde...”, “aprender coisas certas para ter saúde.”, “é bom eu aprender a cuidar de mim e o que fazer para ter saúde.”	A, D, E
<u>Vontade de aprender sobre autocuidado</u> “Quero aprender sobre ... e a cuidar de mim”, “Quero aprender a cuidar de mim, preciso, como aprender?”, “Como eu mesma posso cuidar de mim?”, “é bom eu aprender a cuidar de mim... Eu nunca pensei nestas coisas que você perguntou, preciso aprender a cuidar de mim”.	A, B, C, E

Fonte: Autora.

Os sujeitos desta pesquisa apontam explicitamente como necessidade e interesse de aprendizagem o conhecimento sobre saúde e autocuidado, confirmando, desta maneira, as constatações feitas nas categorias anteriores. Assim, estas temáticas foram selecionadas para compor a ação educativa dialógica visando que cada participante da pesquisa caminhe rumo à liberdade e a ruptura com a acomodação, frente ao isolamento e falta de diálogo com os familiares, com os profissionais da saúde, com os educadores, enfim, em todas as áreas da sociedade.

O diálogo com estes adolescentes surdos já se iniciou na busca do conteúdo programático para as nossas Rodas Dialógicas, pois compartilhamos com Freire (2014, p. 116) (c) o conteúdo programático, não como “uma doação ou imposição –

um conjunto de informes a ser depositado nos educandos-, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada”.

4.3 RODAS DIALÓGICAS: AÇÕES EDUCATIVAS

Com esta pesquisa-ação podemos desenvolver junto aos alunos surdos, Rodas Dialógicas abordando questões sobre saúde integral e o autocuidado, favorecendo o empoderamento do grupo e de cada indivíduo, visando o autocuidado em saúde e preparando-os para serem multiplicadores desses saberes.

As Rodas Dialógicas foram planejadas após análise dos dados e levantamento dos temas geradores referentes ao autocuidado, já apresentadas. Realizaram-se quatro encontros, com duração de duas horas cada, no salão do Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado para surdos, sendo três encontros no mês de março e um em abril de 2015.

A abordagem do *autoconhecimento*, na primeira roda, propiciou a cada adolescente olhar para si, dialogar consigo mesmo e com o outro, favorecendo a tomada de consciência e o desejo de se conhecer melhor, de refletir sobre seus sentimentos e ações. Pelas emissões destes durante as entrevistas entendemos que um olhar para si próprio seria de grande importância, pois todos pontuaram que fazem tarefas, na maioria das vezes, sem saber da importância de suas ações, realizam obedecendo ordens, sem questionar o porquê, sendo ações mecânicas, sem consciência da sua necessidade. Assim foi constatada a necessidade de compreensão, de consciência do eu, em um diálogo contextualizado com a realidade vivida, com o espaço e tempo onde vivenciam suas experiências.

Para a segunda roda foi eleito como tema, a *saúde integral*, devido à visão restrita do entendimento sobre saúde apresentada pelos participantes desta pesquisa. Na terceira, considerado o despertar para um maior conhecimento de si mesmo, e uma visão ampliada de saúde construída por todos os envolvidos adentramos ao *autocuidado* com a saúde física, mental, emocional, social e espiritual.

Na última roda dialógica, os três temas abordados foram retomados por meio de uma reflexão individual e coletiva onde cada sujeito pôde, através de fotos tiradas por eles mesmos, socializar a ampliação dos seus conhecimentos que ocorreu por

meio de práticas dialógicas referentes ao autoconhecimento, à saúde e o seu autocuidado e a tomada de consciência nas práticas diárias para o cuidado de si. Percebemos, assim, a decodificação e uma postura crítica frente aos problemas vivenciados e também a busca pela superação com reflexões e diálogos em uma postura ativa com aprendizagens significativas.

4.3.1 Implementação da Ação Educativa: rodas dialógicas

Quadro 15 - Descrição do Planejamento das Rodas Dialógicas desenvolvidas junto aos sujeitos da pesquisa, Poços de Caldas/MG, 2015.

<u>PLANEJAMENTO DAS RODAS DIALÓGICAS</u>					
<u>ASSUNTO:</u> AUTOCUIDADO EM SAÚDE					
<u>PERÍODO:</u> VESPERTINO					
<u>PÚBLICO-ALVO:</u> ADOLESCENTES SURDOS - PARTICIPANTES DA PESQUISA					
<u>DOCENTE:</u> FABIANA SCASSIOTTI FERNANDES SOLIA					
<u>LOCAL:</u> SALÃO DO CMAEE DR. TARSO DE COIMBRA					
<u>HORÁRIO:</u> 13:00h – 15:00h					
<u>OBJETIVOS:</u>					
<u>GERAL:</u> Desenvolver com os adolescentes surdos, Rodas Dialógicas em Língua de Sinais visando o despertar para o autocuidado.					
<u>ESPECÍFICOS:</u> Ao final dos encontros o adolescente deverá ser capaz de:					
<ul style="list-style-type: none"> • Atentar-se para o autoconhecimento, reconhecendo-se sujeito de direito e deveres, • Entender saúde em seu conceito ampliado e compreender o que é qualidade de vida, • Reconhecer a importância da interação e do diálogo com o outro nos diversos espaços para então buscar meios para sair do isolamento superando as barreiras linguísticas, • Assumir uma postura ativa frente ao cuidar de si, rumo a ações conscientes e autônomas. 					
DATA	TEMA	METODO ATIVO	RECURSO DIDÁTICO	AValiação	ANOTAÇÕES
13/3/15	Autoconhecimento	Exposição dialogada	Projeto	Atitudinal (individual e em grupo) Autoavaliação	Interesse e conforto para participação. Questionamento e consciência da necessidade da interação.
20/3/15	Saúde Integral e Qualidade de Vida	Exposição dialogada Debates	Projeto Recursos imagéticos	Atitudinal (individual e em grupo) Autoavaliação	Avanço significativo no entendimento de Saúde
27/3/15	Autocuidado	Exposição dialogada <i>Brainstorming</i>	Projeto Recursos imagéticos	Atitudinal (individual e em grupo) Autoavaliação	Houve a conscientização da importância do cuidar de si (despertar para autonomia, empoderamento)
				Auto-	Verificou-se a ação-

1/3/15	Eu e o autocuidado em saúde	Exposição reflexiva	Fotos tiradas pelos adolescentes	avaliação Retomada das questões da entrevista realizada inicialmente, de onde levantamos a necessidade de se trabalhar com os temas propostos.	reflexão-transformação da realidade através da exposição reflexiva por meio das fotos apresentadas.
<p>Obs: A ação educativa e o desenvolvimento dos temas tiveram por base teórica a revisão de literatura realizada para a pesquisa intitulada: Educação Para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda.</p>					

Fonte: Autora.

Reconhecendo o diálogo como fundante para a constituição, formação e desenvolvimento do ser humano, perpassou em todos os encontros a discussão de como as pessoas surdas podem fazer valer seus direitos, já garantidos legalmente, de contar com profissionais bilíngues e/ou intérpretes de Libras nas diversas áreas da sociedade, mais especificamente, na educação e saúde; além da necessidade de estabelecerem uma comunicação eficiente e eficaz com seus pais e familiares.

4.3.2 Avaliação da Ação Educativa

Desde o momento em que foi feita a proposta desta pesquisa, os adolescentes surdos aceitaram participar demonstrando uma postura aberta e curiosa. Já durante a entrevista, pelo fato de provocá-los a pensar em suas ações, a refletirem sobre seus conhecimentos emergiu em cada um deles o desejo do saber, pela busca de novos conhecimentos, enfim, a curiosidade e o desejo por novos fazeres, conforme as palavras e solicitações emitidas por eles no espaço aberto para fazerem colocações. Assim, iniciamos esta etapa da pesquisa com a certeza de uma interação/aprendizagem significativa para pesquisadora e sujeitos da pesquisa. A ação educativa se deu em meio a intenso diálogo, numa dinâmica de elaboração e (re)construção de conhecimentos, com olhares e vozes individuais e coletivos, como descrito a seguir.

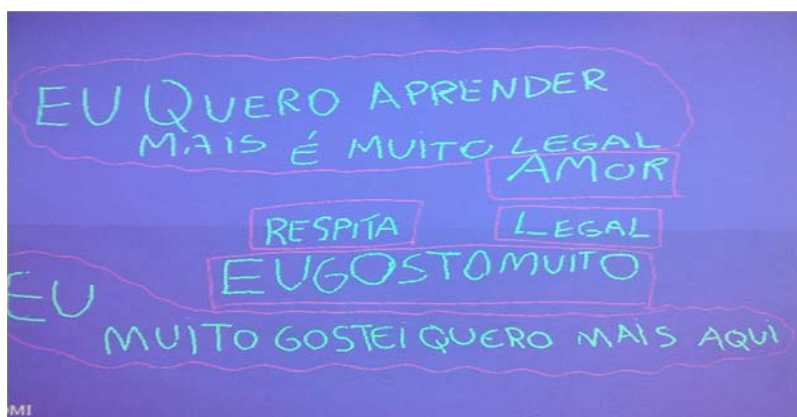
4.3.2.1 Primeira Roda: Quem sou eu? A importância do autoconhecimento

Neste momento fomos levados a falar sobre nós mesmos, os adolescentes se olhavam e demonstravam com suas expressões a dificuldade de falar sobre si mesmos, pontuando seus nomes, sinais e idades, interrompendo a interação. Com uma apresentação em Power Point nos direcionamos para refletir sobre “eu comigo, social, familiar, escolar”. Momento de muita troca, muitos sinais, reflexões coletivas e olhares curiosos para si mesmos. Guiados por uma tabela fomos nos descrevendo fisicamente, emocionalmente, socialmente; abordamos nosso lado espiritual, intelectual, nossas habilidades, dificuldades, medos, alegrias, tristezas e anseios. Imperou um clima respeitoso, colaborativo e solidário.

Por várias vezes, os participantes comentaram entre si o fato de nunca terem pensado nestes pontos, de não saberem da necessidade de se pensar, de se conhecer e como é difícil fazê-lo. Logo em seguida, com uma foto de cada adolescente projetada e selecionada de redes sociais puderam falar sobre si e as reflexões feitas. Evidenciou-se, por suas expressões faciais e corporais, além de suas colocações, a satisfação de se verem e de falarem de si com maior propriedade.

Ao término, foi solicitado a eles que avaliassem o encontro e, a pedido dos próprios participantes, registraram por escrito suas impressões, como consta na figura 1. Nos relatos todos os participantes disseram ter gostado das reflexões realizadas e solicitaram a continuação dos encontros.

Figura 1 – Registros de relatos dos adolescentes surdos, participantes do estudo. Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Autora.

4.3.2.2 Segunda Roda: saúde integral e qualidade de vida

Retomamos a conversa do encontro anterior onde cada sujeito pôde complementar suas colocações de acordo com pensamentos, ideias, sentimentos e constatações após a primeira Roda e, nesse momento, ficou evidente que pensaram sobre e despertaram para o autoconhecimento.

De maneira contextualizada, discutimos a saúde nas cinco dimensões: física, mental, social, emocional e espiritual e a sua relação com qualidade de vida. Os novos conhecimentos foram atrelados aos já internalizados, possibilitando uma aprendizagem significativa, explicitada na participação constante com perguntas e exemplos dados pelos participantes, onde um colaborou com outro, com a fala de cada sujeito acrescentando informações para o grupo.

Figura 2 – Abordagem de conceitos e sinais específicos do tema “saúde”. Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Autora.

Foram explicados conceitos e sinais referentes ao tema (Figura 2), momento riquíssimo onde os adolescentes surdos (re)construíram conhecimentos e ampliaram o entendimento sobre saúde. Cada adolescente pôde se posicionar, questionar,

indagar e expor suas dúvidas, pois todos os participantes demonstraram desconhecimento dos reflexos das interações sociais, do lazer e da vida espiritual para a saúde.

Tivemos o cuidado ao abordar qualidade de vida de maneira que cada adolescente pudesse construir o conceito e significado para este termo, lembrando que durante a entrevista inicial nenhum deles sabia do que se tratava, este momento foi de construção coletiva, partindo da vivência de cada adolescente. Não utilizamos uma definição já elaborada, mas procuramos construí-la usando imagens e discussões acerca das mesmas, traçando um paralelo com a vivência de cada participante. Neste momento cada um pôde reconhecer-se como sujeito capaz de perceber e de transformar a realidade, ou seja, como sujeito de valor e ativo, relacionando saúde à qualidade de vida.

Foram valorizadas as reflexões individuais e coletivas, propiciando a tomada de consciência da responsabilidade individual no que tange a qualidade de vida e bem-estar (Figura 3). Foi possível, através das falas dos sujeitos, perceber que atentaram para a necessidade de ações práticas.

O encontro possibilitou um despertar, uma ampliação de horizontes, como dito por um deles, quando referiu que a tarde foi de descobertas e foi possível entender melhor o porquê precisamos nos conhecer.

Figura 3 – Reflexões coletivas e individuais. Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Autora.

Após este momento, apresentamos 45 fichas com imagens representando saúde e ausência desta nas cinco dimensões trabalhadas, bem como qualidade de vida (Figura 4). Cada participante foi convidado a escolher cinco fichas, sendo três referentes a ter saúde e duas representando a ausência dela. Montaram um painel, explicando ao grupo o significado das imagens escolhidas atrelando-as à qualidade de vida. Neste momento realizamos a verificação dos conceitos construídos e de aprendizagens elaboradas coletivamente, na troca com o outro.

Figura 4 – Fichas ilustradas sobre saúde e qualidade de vida. Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Autora.

Durante a escolha deram início às negociações, compartilharam opiniões e discordaram da escolha de algumas imagens. Nesse momento, abordamos o respeito às diferenças, às opiniões e a importância de entender o outro e de não julgá-lo e que os significados dados às imagens dependem das experiências de vida, daí a importância de ver o que o outro tem para dizer e apresentar.

Cada adolescente colocou as fichas selecionadas no painel e socializou com o grupo o entendimento da imagem relacionada à saúde e qualidade de vida, segundo sua concepção sobre o tema.

Em Língua de Sinais foram dialogando, aprendendo e realizando trocas ímpares, sempre atrelando o autoconhecimento, saúde e qualidade de vida.

Quando necessário, houve a intervenção da pesquisadora, como por exemplo quando um sujeito alegou a impossibilidade de autonomia por ser surdo (Figura 8). Neste momento a pesquisadora trouxe à tona exemplos de pessoas surdas mais velhas da comunidade de Poços de Caldas, enfatizando a vida autônoma que possuem. Com os recursos imagéticos foi possível trazer novos exemplos e experiências relacionadas a saúde e qualidade de vida e os adolescentes sentiram-se motivados ao diálogo e a aprendizagem.

Baseadas em metodologia ativa, não apresentamos o painel pronto para iniciarmos as discussões, mas propomos ao grupo que o fizesse, sendo então possível partir do conhecimento de cada membro, ampliando-o com as interações e trocas ocorridas durante a atividade. O material foi elaborado coletivamente tendo, assim, significado para cada sujeito, possibilitando a cada um reconhecer-se no painel e socializar os novos conhecimentos, colaborando também com e para o desenvolvimento do grupo. Foi possível perceber o interesse e motivação do grupo pela atividade e pelo painel finalizado (Figura 5).

Figura 5 – Painel finalizado. Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Autora.

4.3.2.3 Terceira Roda- Autocuidado: questão de conhecimento e autonomia

Nesta etapa, iniciamos o trabalho recordando o que vimos no primeiro e segundo encontros incluindo o autoconhecimento, saúde integral e qualidade de vida, adentramos na elaboração do conceito de autocuidado, dialogando sobre as maneiras que cada um pode cuidar de si no dia a dia. Ainda perpassamos por temas como hábitos nocivos e hábitos saudáveis, alimentação, exercícios físicos, higiene e estresse.

Primeiramente os adolescentes pontuaram que suas mães alertam sobre alimentação saudável e higiene, durante o debate foi possível verificar que agem,

muitas vezes, sem saber o porquê, fato já levantado durante as entrevistas. Tratamos também da importância do acesso às diversas fontes de informação sobre saúde e autocuidado, na perspectiva do conhecimento enquanto meio para autonomia.

Visando à tomada de consciência crítica propusemos aos adolescentes um *brainstorm*, apresentando as fichas do painel que foi montado no último encontro e deveriam discutir, debater como cuidar de si no contexto da imagem apresentada. De imediato colocaram os cuidados recebidos pelas mães, mas foi proposto que se imaginassem em uma situação e lugar onde seria impossível contar com os cuidados destas, sendo cada um responsável por cuidar de si.

Neste momento, vivendo o novo cenário, imperou a fala referente a serem surdos e não encontrarem pessoas com domínio da Libras, nos diversos espaços da sociedade. Foram então instigados a pensarem em soluções, em meios para saírem da passividade superando a condição de vítimas para assumirem o controle de suas vidas enquanto minoria linguística, mas com potencial para busca de conhecimentos e ação crítica transformando suas realidades.

Durante esta atividade constatamos que o diálogo amplia conhecimentos e favorece a criticidade e que o empoderamento se dá no coletivo, onde, na e com a interação os sujeitos podem conhecer e refletir melhor sobre a realidade e reconhecer a necessidade de ação, para transformá-la.

Na interação com o outro, os adolescentes demonstraram o sentimento de pertencimento a um grupo minoritário, usuário da Língua Brasileira de Sinais, questionando o direito de se comunicarem em todas as esferas da sociedade, mais especificamente, na área da saúde. Estes adolescentes identificaram os problemas vividos e, coletivamente, começaram a propor soluções como, a mais defendida por todos eles, que os trabalhadores da saúde deveriam aprender Libras.

No que se refere ao empoderamento, o reconhecido educador brasileiro Paulo Freire, em suas obras, destacou a ação coletiva, enfatizando mais o coletivo do que o individual. No final do encontro solicitamos a cada adolescente que registrasse com fotos situações e ações, que no seu entendimento, favorecem a saúde e a qualidade de vida, e também ações de autocuidado em seu dia a dia. Estas deveriam ser enviadas à pesquisadora dentro de quatro dias por e-mail ou através do aplicativo whatsapp. Este pedido foi feito após verificar que todos teriam como tirar e enviar as fotos.

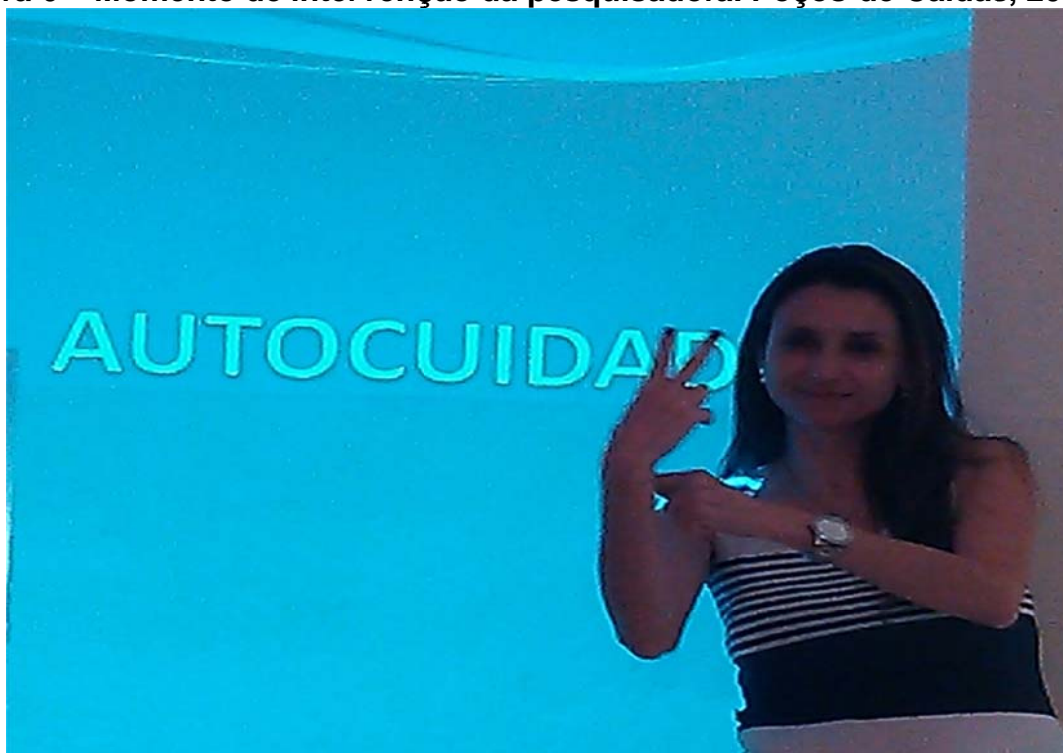
4.3.2.4 Quarta Roda: da teoria à prática

Nesta Roda retomamos as questões da entrevista inicial, referentes ao entendimento de saúde, de ser saudável, QV e do autocuidado abordando o autoconhecimento, a conscientização da importância do diálogo e da interação com o outro, com ênfase no trabalho com a família e com o médico para aquisição de informações e construção de novos saberes.

As fotos enviadas pelos adolescentes foram impressas e dispostas sobre uma mesa juntamente com fotos copiadas de suas redes sociais para que cada um selecionasse cinco fotos para relacioná-las ao autocuidado em saúde, expondo para o grupo a importância de tais ações e como poderiam melhorar estas práticas.

Os adolescentes demonstraram prazer em ver as fotos. Foi dado um tempo para que organizassem a apresentação, contemplando os temas propostos. Em seguida, cada participante colocou no painel as fotos escolhidas e falou sobre sua seleção e contexto, houve a intervenção da pesquisadora para a associação entre teoria e prática (Figura 6).

Figura 6 – Momento de intervenção da pesquisadora. Poços de Caldas, 2015.



Fonte: Autora.

Durante a exposição de cada adolescente os demais fizeram perguntas e interagiram ativamente. Percebemos, pelas fotos tiradas, que os participantes se prenderam às ações tratadas durante os encontros, não trouxeram situações de autocuidado para além do que foi discutido nas Rodas, sendo necessária uma abordagem em LS mais ampla dos temas, visto que a maioria das pessoas surdas como levantado nesta pesquisa e na revisão de literatura, não tem acesso às informações veiculadas nos diferentes meios de comunicação e encontram barreiras comunicacionais com familiares, médicos e com a sociedade, em geral.

O grupo demonstrou interesse em todas as Rodas Dialógicas, aumentando a curiosidade e motivação para aprendizagem, e esse comportamento, segundo inferências das pesquisadoras, se deve ao fato de a abordagem ter sido em Língua de Sinais e por tratar de temas do interesse e necessidade de cada participante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao verificar a (re)construção dos conhecimentos dos adolescentes surdos, durante as Rodas Dialógicas, no que tange ao autocuidado, podemos afirmar que a pesquisa-ação favorece a abordagem da Educação para Saúde junto a esse público, estimulando o autoconhecimento, a construção de conceitos, a reflexão, a conscientização e o empoderamento.

Inicialmente verificamos que os adolescentes surdos, participantes dessa pesquisa, apresentavam um entendimento restrito de saúde, como ausência de doença, nenhum deles apresentou uma visão holística e ampliada de saúde e de ser saudável. Verificamos também que o acolhimento na saúde fica comprometido pela falta de diálogo com os médicos, e que estes adolescentes não questionam esta situação, reconhecendo a condição da surdez como justificativa para tal, levando-os a uma passividade e falta de iniciativa para uma interação, para um diálogo.

No que tange ao autocuidado, constatamos que desempenhavam ações sem entender e questionar o porquê. Desconheciam o significado de qualidade de vida e o acesso à informação sobre saúde apresenta-se restrito, ocorrendo na escola e por familiares que falam um pouco sobre isso. Relataram também a dificuldade para o entendimento das campanhas do Ministério da Saúde, seja por meio impresso ou audiovisual.

Foi colocada por todos os adolescentes a dificuldade de comunicação com os familiares e a barreira comunicativa como a grande dificuldade para viver em sociedade.

Em um contexto significativo, por meio do diálogo em LS, em contato individual e coletivo, com os conhecimentos prévios e os novos saberes, vivenciamos momentos de reflexão que permitiu a cada adolescente surdo despertar para o autocuidado. Foi dado o primeiro passo na superação da condição de meros receptores, para sujeitos ativos e críticos no cuidar de si, como verificado na quarta roda, onde enunciaram entender as ações que antes cumpriam sem refletir sobre, além do despertar para romper a passividade frente ao cuidado em saúde, assumindo a responsabilidade pela busca de melhor qualidade de vida.

Constatamos, assim, a necessidade de a LS estar presente em todas as áreas da sociedade, oferecendo condições para interação, trocas dialógicas,

desenvolvimento da consciência crítica, enfim, para um desenvolvimento global da pessoa surda. Há que se considerar os fatores de subjetividade, as realidades socioculturais e as questões políticas.

Com esta pesquisa-ação partimos dos conhecimentos, valorizando as experiências de cada adolescente, com uma abordagem de construção coletiva do saber e não de transmissão de conhecimentos prontos. Na entrevista inicial foi feito um levantamento das vivências, conceitos, necessidades e expectativas, em relação ao autocuidado em saúde, de cada sujeito da pesquisa. Com temas significativos para todos os envolvidos iniciamos as Rodas Dialógicas, momentos de muita interação, diálogos, trocas, descobertas, (re)elaboração de conhecimentos, percepções e reflexões em um despertar para o processo de transformação, questionamento, autoconhecimento e empoderamento.

Com os resultados das Rodas Dialógicas produzimos conhecimentos, e os participantes foram desafiados e estimulados, se apresentando com postura diferente frente a uma nova forma de se posicionar nos relacionamentos com o outro e com o meio. Novas significações foram produzidas para as ações de autocuidado e conseguimos atentar para uma nova forma de olhar e sentir o “ser” surdo em uma comunidade prioritariamente ouvinte, pontuando que não apenas o ouvinte é capaz de aprender, de ter informações e de saber fazer, mas que as pessoas surdas tendo espaço à educação e condições de aprendizagem que respeitem a sua língua e suas experiências também são seres humanos capazes de efetivarem esse processo.

Ao retomarmos as questões da entrevista, verificamos que os processos dialógicos favoreceram a tomada de consciência e entendimento ampliado de saúde e de ser saudável, de entendimento para o autocuidado agregando conhecimento e reflexão frente ao cuidar de si de maneira integral e não apenas a preocupação com o físico, considerando as dimensões emocional, social, mental e espiritual, nos âmbitos individual e coletivo.

Podemos anunciar a necessidade de uma educação dialógica e ativa por toda a vida, em todos os espaços, em destaque com esta pesquisa, nos espaços escolares e de saúde, oferecendo condições para que as pessoas surdas participem ativamente da sociedade, como sujeitos de direitos e deveres, estimulando o autoconhecimento, o conhecimento da realidade e o sentimento de pertencimento à

sociedade, atuando nela e, conseqüentemente, a tomada de consciência, vencendo o isolamento imposto pelas barreiras de comunicação.

Como constatado neste estudo com as rodas dialógicas, foi possível aos adolescentes surdos inter(agirem) utilizando a Língua Brasileira de Sinais refletindo sobre suas vivências e os significados da mudança no *status* e na prática de receptores a construtores de conhecimentos para o autocuidado. Afirmamos a necessidade da mobilização para a busca de novas práticas, novos fazeres visando à formação de cidadãos autônomos e responsáveis por sua saúde, buscando aumento na qualidade de vida e de serviços educacionais ofertados às pessoas surdas, bem como agregar conhecimentos aos já construídos no campo da Educação em Saúde, na perspectiva de uma sociedade inclusiva.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP, 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf . Acesso em 24 de março de 2014, as 22:00 h.

ANDREIS-WITKOSKIQUE, S; DOUETTES, B.B. Educação bilíngue de surdos: implicações metodológicas e curriculares. In: ANDREIS-WITKOSKIQUE, S; FILIETAZ, M. R. P. (Org.). **Educação de surdos em debate**. Curitiba: UTFPR, 2014. p. 41-50.

BAKHTIN, M. **Estética da criação Verbal**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

BENTO, I. C. B. **Educação Preventiva em Sexualidade, IST/Aids para o Surdo através da Pesquisa-Ação**. 2005. 105p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto, 2005.

BISOL, C. A. **Adolescer no contexto da surdez**: questões sobre sexualidade 2008. 119p. Tese (Doutorado em Psicologia do desenvolvimento), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2008.

BOTELHO, P. **Linguagem e Letramento na educação dos surdos**: ideologia e práticas pedagógicas. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8. Conferência Nacional de Saúde** - Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado federal, 1988.

_____. **Lei n 8.213**, de 24 de julho de 1991. Lei de cotas para pessoas com deficiência no trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em 11 de abril de 2014, as 19:15h.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: meio ambiente, saúde. Brasília: SEF, 1997.

_____. **Lei n 10.436**, abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm . Acesso em 10 junho de 2011, as 19:00h.

_____. Leis. **Decreto n 5.626**, de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei n 10.436, de 24 de abril de 2002 e o artigo 18 da Lei n 10.098 de 19 de dez. de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm . Acesso em 10 junho de 2011, as 15:20 h.

_____. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF, jan. 2008a. [Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela portaria n. 555/2007, prorrogada pela portaria n. 948/200, entregue ao ministro da Educação em 7 de janeiro de 2008]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf>>. Acesso em 20 dezembro de 2014, as 15:20h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto e Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 15, p. 152-157, 2006.

BUENO, S. M. V. **Educação preventiva em sexualidade, DST - aids e drogas nas escolas-pesquisa-ação e o compromisso social**. 263p. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 17, n1, p. 64-71, Jan-Mar. 2008.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; BARBOSA, M. A. The relation between deaf patients and the doctor. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 147-150, fev 2009.

CHAVEIRO, N. **Qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais: construção da versão em libras dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-DIS**. 2011. 252 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina da UFG, Universidade Federal de Goiás, Goiás (GO), 2011.

CHAVEIRO, N. et al. Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 467, n. 3, p. 616-623, jun 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DUPRET, L. Identidade e Autoestima: o entrelaçamento possível à educação da pós-modernidade. **ESPAÇO**: informativo técnico-científico do INES. Rio de Janeiro, n.17, p. 28-33, jul 2002.

FERNANDES, E. **Linguagem e surdez**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FERNANDES, S. **Práticas de letramento na educação bilíngue para surdos**. Curitiba: SEED/SUED/DEE, 2006.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483-502, set/dez. 2005.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**: o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

_____. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Paz e Terra, 2014 (b)

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. (c)

GAUDERER, C. **Crianças, adolescentes e nós**: guia prático para pais, adolescentes e profissionais. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

GOLDFELD, M. **A criança surda**: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista. São Paulo: Plexus, 1997.

GUARINELLO, A. C. **O papel do outro na escrita de sujeitos surdos**. São Paulo: Plexus, 2007.

GUARINELLO, A. et al. Surdez e letramento: pesquisa com surdos universitários de Curitiba e Florianópolis. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 15, n.1, p.99-120, 2009.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia. v. 2, 2007. Florianópolis. **Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia**. Florianópolis: UFSC, 2007. p. 485-506.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Assistência Médica Sanitária**. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315180&idtema=5&search=minas-gerais%7Cpocos-de-caldas%7Cservicos-de-saude-2009?> Acesso em 10 de abril de 2014, as 20:00h

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315180&idtema=117&search=minas-gerais%7Cpocos-de-caldas%7Censino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2012>. Acesso em 10 de abril de 2014, as 20:10h.

_____. **Cidades**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315180&idtema=130&search=minas-gerais|pocos-de-caldas|estimativa-da-populacao-2014>. Acesso em 1 de julho de 2015, as 23:30h

LABORIT, E. **O vôo da gaivota**. São Paulo: Best Seller, 1994.

LACERDA, C. B. F. de. Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. **Cadernos Cedex**: Educação, surdez e educação social. Campinas, v. 19, n. 46, p. 68-80, set 1998.

LACERDA, C. B. F. O intérprete de Língua de Sinais no contexto de uma sala de aula de alunos ouvintes: problematizando a questão. In: LACERDA, C. B. F. de.; GÓES, M. C. R. de. (Orgs.) **Surdez**: processo educativo e subjetividade. São Paulo: Lovise, 2000. p. 7-32.

_____. **Intérprete de Libras**: em atuação na educação infantil e no ensino fundamental. Porto Alegre: Mediação/FAPESP, 2009.

LACERDA, C. B. F.; ALBRES, N. A.; DRAGO, S. L. S. Política para uma educação bilíngue e inclusiva a alunos surdos no município de São Paulo. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 65-80, jan./mar. 2013.

LEITE, M. M. J. et al. **Educação em Saúde**: desafios para uma prática inovadora. São Paulo: Difusão Editora, 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, E.P.U., 1986.

MACHADO, R. Educação Inclusiva: revisar e refazer a cultura escola. In: MANTOAN, M. T. É. (org). **O desafio das diferenças nas escolas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MAGALDI, J. C. M.; LIMA, R. C. P. Surdez e inserção profissional: representações sociais de universitários surdos. **Espaço**: informativo técnico-científico do INES. Rio de Janeiro, n. 36, p. 61-69, jul/dez 2011.

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão Escolar**: O que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Moderna (Coleção Cotidiano Escola), 2006.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação especial no Brasil**: História e políticas públicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **La salud de los jóvenes**: un reto y una esperanza. Genebra: OMS, 1995.

PELICIONE, M. C. F.; PELICIONE, A. F. Educação Ambiental, Promoção da Saúde e pesquisa-ação: um diálogo possível? In: TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. **A pesquisa-ação na interface Saúde, Educação e ambiente**: princípios, desafios e experiências interdisciplinares. São Paulo: Annablume; FEUSP, PROCAM, IEE, FAPESP, 2012.

PERLIN, G. T. T. Identidade surda e educação. In BERGAMASCHI, R. I.; MARTINS, R. V. (Org.). **Discursos atuais sobre a surdez**: II encontro a propósito do fazer, do saber e do ser na infância. Canoas: La Salle, 1999. p. 33-38.

_____. Cultura e educação bilíngue no pulsar das Identidades surdas contemporâneas. In: WITKOSKI, S.A.; FILIETAZ, M. R. P. (Org.). **Educação de surdos em debate**. Curitiba: UTFPR, 2014. p. 223-232.

PIETRO, R. G. Atendimento escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: um olhar sobre as políticas públicas de educação no Brasil. In: ARANTES, V. A. (Org). **Inclusão escolar**: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus, 2006. p. 31-73.

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

QUADROS, R. M. de. **O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa**. Secretaria de Educação Especial. Programa Nacional de Apoio à Educação de Surdos. Brasília: MEC; SEESP, 2004.

QUADROS, R. M. de; KARNOPP, L. B. **Língua de Sinais Brasileira**: Estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SACKS, O. W. **Vendo vozes**: uma viagem ao mundo dos surdos. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SANTANA, A. P. **Surdez e Linguagem**: aspectos e implicações neurológicas. São Paul: Plexus, 2007.

SANTOS FILHO, J. C. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: FILHO, J. C. S; GAMBOA, S. S. **Pesquisa Educacional**: quantidade-qualidade. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 13-55.

SASSAKI, R. K. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão- Parte 1. **Revista Nacional de Reabilitação**, Rio de Janeiro, ano X, n. 57, p. 8-16, jul./ago 2007.

SILVA, C. S. et al. Representações sociais sobre ser saudável de adolescentes escolares. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p.24-31, jan/mar 2014.

SKLIAR, C. Os estudos surdos em Educação: problematizando a normalidade. In: SKLIAR, C. (org) **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: Mediação, 1998. P.7-32.

SZUKALA, C. M. **Representação social de saúde, doença e dengue para alunos do Ensino Fundamental**. 2010. 102. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

THIOLLENT, M. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. In: TOLEDO, R. F; JACOBI, P. R. (Org.). **A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente**. São Paulo: Annablume, FEUSP, PROCAM, IEE, FAPESP, 2012.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, A. S. A inserção dos Surdos no mercado de trabalho: políticas públicas, práticas organizacionais e realidades subjetivas. **Espaço: informativo técnico-científico do INES**. Rio de Janeiro, n. 36, p. 38-57, jul/dez 2011.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO

PARTE A – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Código: _____ (vamos identificá-los por um)

1. Sexo: feminino () masculino ()
2. D. N.: _____
3. Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () desquitado(a) ()
divorciado(a) () outros. Qual? _____
4. Local de residência: () zona urbana () zona rural
5. Qual é a sua religião?
() católica () evangélica () protestante () espírita
(kardecista)
() religiões originárias da África () muçulmana () budista
() não tenho religião () outros _____
6. Formação - Ensino Fundamental Sim () Não ()
Instituição: _____ Tempo de formado: _____
7. Formação - Ensino Médio Sim () Não ()
Instituição: _____ Tempo de formado: _____
8. Qual a sua primeira língua?
() Língua Brasileira de Sinais () Língua Portuguesa
9. Na sua família tem alguém com surdez? Sim () Não ()
Se sim, quem? _____
10. Na sua família tem alguém com algum problema de saúde? Sim () Não ()
Se sim, quem e qual problema? _____
11. Situação Laboral
() estudante (o meu sustento é provido pelos responsáveis)
() estudante e trabalhador
() estudante e do lar
() estudante e desempregada
() outros _____
12. Renda familiar (em salários mínimo nacional=724,00):
() menor que 3 (três) salários-mínimo
() entre 3 e seis salários-mínimo
() entre 6 e 10 salários-mínimo
() acima de 10 salários-mínimo
() não sabe referir

PARTE B – CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE

Com base nos conhecimentos que você possui e em sua vivência:

13. O que você entende por saúde?
14. Você se considera uma pessoa saudável? Sim () Não ()
Se sim, Por quê? _____ Se não, Por quê? _____
15. Quando vai ao médico, quem vai com você? Como é recebido pelo médico?
16. Você faz perguntas ao médico? Como? Como ele responde?
17. No seu entendimento o que é autocuidado e qualidade de vida? Fale sobre.

- 18.** O que faz para cuidar de você?
- 19.** Como você adquire informações sobre saúde?
- 20.** Você entende os cartazes, as campanhas do Ministério da Saúde, visando à educação em saúde, como da Dengue, DST, gripe, vacina HPV?
- 21.** Encontra dificuldades para viver em sociedade? Quais?
- 22.** Você poderia me falar um pouco sobre sua relação com a família?
- 23.** Espaço livre para falar o que quiser.

APÊNDICE 2

**Ilma Sra.
Maria Cláudia Prezia Machado
Secretária Municipal de Educação de Poços de Caldas/MG**

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar os impactos da Educação para saúde por meio de processos dialógicos para o autocuidado da pessoa surda no Município de Poços de Caldas/MG, com a finalidade de contribuir para futuras ações de Educação em Saúde e na melhoria da qualidade de vida e do autocuidado das pessoas surdas deste município.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação de pessoas surdas em rodas dialógicas de Educação para a Saúde com temas voltados para a autonomia e autocuidado portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionados a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva –
Pesquisadora responsável - orientadora

Fabiana Scassiotti Fernandes Solia - Pesquisadora

Ribeirão Preto, 24 de março de 2014.

APÊNDICE 3

**Ilma Sra.
Ana Clara Nonno
Chefe do Setor do Ensino Especial Poços de Caldas/MG**

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar os impactos da Educação para saúde por meio de processos dialógicos para o autocuidado da pessoa surda no Município de Poços de Caldas/MG, com a finalidade de contribuir para futuras ações de Educação em Saúde e na melhoria da qualidade de vida e do autocuidado das pessoas surdas deste município.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação de pessoas surdas em rodas dialógicas de Educação para a Saúde com temas voltados para a autonomia e autocuidado portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionados a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva –
Pesquisadora responsável - orientadora

Fabiana Scassiotti Fernandes Solia - Pesquisadora

Ribeirão Preto, 24 de março de 2014.

APÊNDICE 4

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sr^a

Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: “Educação para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda”, a ser desenvolvido pela Mestranda – Fabiana Scassiotti Fernandes Solia do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva, coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Poços de Caldas/MG, com pessoas surdas.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora Responsável

Ribeirão Preto, 24 de março de 2014.

APÊNDICE 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS DIALÓGICOS E O AUTOUIDADO DA PESSOA SURDA: REALIDADES, POSSIBILIDADES E DESAFIOS.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Fabiana Scassiotti Fernandes Solia

ORIENTADORA: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Eu, _____ RG.: _____

_____ Residente à Rua/Av. _____

_____ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Investigar os reflexos das práticas dialógicas em educação para saúde, visando à consciência do autocuidado em sujeitos surdos, reveste-se de importância, considerando que cobre uma lacuna nos estudos de Educação para Saúde, por ser voltada para pessoas surdas, bem como proporciona uma reflexão sobre a vivência do autocuidado dessas pessoas, a partir das práticas dialógicas e como vivenciam e compreendem sua saúde em realidades sociais mais amplas, com inúmeras complexidades.

Acredita-se que esta proposta de estudo é significativa para o campo da Saúde e Educação, principalmente para estudos voltados para a promoção da saúde, na perspectiva da inclusão social, por focalizar a inclusão da pessoa surda no sistema de educação e de saúde.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 GERAL

O presente estudo tem como objetivo principal identificar as realidades, possibilidades e desafios da educação para saúde por meio de processos dialógicos em Língua Brasileira de Sinais para os adolescentes surdos, visando despertá-los para o autocuidado.

2.2 ESPECÍFICOS

- Observar e analisar as falas desses sujeitos sobre as vivências das aprendizagens construídas;
- Proporcionar reflexões sobre o conhecimento de hábitos saudáveis dos sujeitos envolvidos na pesquisa, estando com eles nas rodas dialógicas, em

uma perspectiva educativa e de intervenção na busca de uma prática autônoma e responsável pela saúde individual.

3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado no Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado Dr. Tarso de Coimbra, situado à Rua Mário Xandó de Oliveira, número 02, bairro São Geraldo, na cidade de Poços de Caldas, MG.

4 PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Para a realização desse estudo você participará das atividades descritas logo a seguir. Lembramos que devido à modalidade espaço-visual da língua que você utiliza, Libras, todas as etapas serão filmadas, para posterior análise.

Atividades que você participará:

- Entrevista individual com questões norteadoras que permitirão levantar os conhecimentos, informações e necessidades de cada participante.
- Primeira Roda - “Participação consciente: questão de cidadania”: quando, em Libras, você será reiterado sobre os objetivos da pesquisa e poderá pontuar dúvidas sobre ela, para que a participação possa ser ativa em todas as fases de maneira consciente, crítica e autônoma. Dar-se-à também o levantamento de temas de interesse para serem abordados nos próximos encontros.
- Segunda Roda - Tema 1 com abordagem dialógica: texto base e dizeres dos participantes.
- Terceira Roda – “Socializando novos dizeres, olhares e práticas em (tema abordado)” dentro e fora da Roda”. Neste encontro será proposta a realização de uma dinâmica, podendo ser teatro, vídeo aula, stand up comedy, ou outro, para que possamos agir como multiplicadores dos conhecimentos (re)construídos, em que se incentivará a apresentação a outro público surdo que esteja matriculado no período no Centro Municipal de Atendimento aos Surdos, ou que o material elaborado possa ser disponibilizado aos professores da Unidade para utilizarem em suas aulas, material este elaborado de Surdo para Surdo.
- Quarta Roda - “A arte de girar e ampliar a Roda com conhecimentos aplicados”. Produção do material educativo.
- Demais encontros para concretização da proposta cultural, que não se pode neste momento mensurar o tempo com precisão.
- Avaliação das Rodas Dialógicas: Nessa etapa, você poderá avaliar os ganhos, as mudanças ou não, em suas vivências e conhecimentos.
- Culminância: do diálogo para o diálogo - Apresentação da produção cultural.

5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação de seus filhos (adolescentes) nas atividades de educação para saúde sobre o tema “autocuidado” por meio de processos dialógicos, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, e de seu/sua filho(a) ser menor de 18 anos, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante e seu responsável será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na instituição de ensino que frequenta.

6 OUTRAS INFORMAÇÕES

Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, está garantida sua privacidade. Haverá benefícios diretos desta pesquisa para você e seu(sua) filho(a), que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca de práticas de Educação para Saúde, voltadas à população Surda.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à(o) Sr^a ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915 ou junto às pesquisadoras, listadas abaixo.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Prof^a Dr^a Silvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora responsável - orientadora)

RG: 20907158

CPF 144427278-05

Fabiana Scassiotti Fernandes Solia (Pesquisadora)

RG: 8587632

CPF: 00023927631

Tel: (35) 8854-3198

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)
Av. Costábile Romano, n. 2201, Bairro Ribeirânia, Ribeirão Preto-SP
Fone: (16) 3603-6840 e 3603-688

ANEXO A

Autorização Secretária Municipal de Educação de Poços de Caldas/MG



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Educação
Rua Prefeito Chagas, 484 - Centro
Fone: (35) 3697-5100/ FAX: 3697-5114
E-mail: educacao@pocosdecaldas.mg.gov.br



Autorização

Eu, Maria Cláudia Prêzia Machado, Secretária Municipal de Educação de Poços de Caldas/MG, portadora de RG MG 3475215, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS DIALÓGICOS E O AUTOCUIDADO DA PESSOA SURDA: REALIDADES, POSSIBILIDADES E DESAFIOS", sob-responsabilidade da pesquisadora Fabiana Scassiotti Fernandes Solia e da Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora responsável – orientadora), após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto/SP.

A coleta de dados ocorrerá com adolescentes surdos, do Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado para surdos no município de Poços de Caldas/MG, que terão seus pais e/ou responsáveis contatados e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ciência dos objetivos e procedimentos, delimitados no projeto em questão.

Maria Cláudia Prêzia Machado
Secretária Municipal de Educação
Poços de Caldas/MG

Maria Cláudia Prêzia Machado
Secretária Municipal de Educação

Poços de Caldas, 05 de maio de 2014

ANEXO B**Autorização Chefe do Setor do Ensino Especial Poços de Caldas/MG**

Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Educação
Rua: Prefeito Chagas, 464- Centro
Fone: (35)3697-5100 Fax: 3697-5114
E-mail: educacao@pocosdecaldas.mg.gov.br
Divisão Pedagógica

Autorização

Eu, Ana Clara Nonno, Chefe do Setor do Ensino Especial de Poços de Caldas/MG, portadora de RG M- 312.957, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado "EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS DIALÓGICOS E O AUTOCUIDADO DA PESSOA SURDA: REALIDADES, POSSIBILIDADES E DESAFIOS", sob responsabilidade da pesquisadora Fabiana Scassioti Fernandes Solia e da Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora responsável – orientadora), após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto/SP.

A coleta de dados ocorrerá com adolescentes surdos, do Centro Municipal de Atendimento Educacional Especializado para surdos no município de Poços de Caldas/MG, que terão seus pais e/ou responsáveis contatados e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ciência dos objetivos e procedimentos, delimitados no projeto em questão.

Ana Clara Nonno
Chefe do Setor do Ensino Especial
Poços de Caldas/MG

Ana Clara Nonno

Secretaria Municipal de Educação

Poços de Caldas, 05 de maio de 2014.

ANEXO C

Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR MEIO DE PROCESSOS DIALÓGICOS E O AUTOCUIDADO DA PESSOA SURDA: REALIDADES, POSSIBILIDADES E

Pesquisador: Silvia Sidnéia da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31549214.5.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 816.872

Data da Relatoria: 29/10/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe uma investigação sobre o tema "Educação para Saúde por meio de processos dialógicos e o autocuidado da pessoa surda" e tem como propósito geral identificar as realidades, possibilidades e desafios encontrados no ensino da educação para saúde para esse público no município de Poços de Caldas/MG. Trata-se de uma proposta de estudo descritivo, de abordagem qualitativa que, por meio de uma pesquisa-ação, pretende que esses sujeitos, a partir de rodas dialógicas, interajam utilizando a Língua Brasileira de Sinais e reflitam sobre suas vivências e os significados da mudança no status e na prática de receptores a construtores de conhecimentos para o autocuidado. Quanto à expectativa de resultados e contribuições almeja-se a mobilização dos sujeitos à busca de novas práticas, novos fazeres visando à formação de cidadãos autônomos e responsáveis por sua saúde, buscando aumento na qualidade de vida e de serviços educacionais ofertados às pessoas surdas, bem como agregar conhecimentos aos já construídos no campo da Educação em Saúde, na perspectiva de uma Inclusão Social plural.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 06, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** celica@unaerp.br