



EM OUTRAS PALAVRAS:

Acolhimento e Cuidado de Pessoas
Surdas em Serviços de Saúde
Mental



Bruna Bouzada Romano

**Em outras palavras:
Acolhimento e Cuidado
de Pessoas Surdas
em Serviços de Saúde Mental**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FURG

Reitor

DANILO GIROLDO

Vice-Reitor

RENATO DURO DIAS

Chefe de Gabinete do Reitor

JACIRA CRISTIANE PRADO DA SILVA

Pró-Reitor de Extensão e Cultura

DANIEL PORCIUNCULA PRADO

Pró-Reitor de Planejamento e Administração

DIEGO D'ÁVILA DA ROSA

Pró-Reitor de Infraestrutura

RAFAEL GONZALES ROCHA

Pró-Reitora de Graduação

SIBELE DA ROCHA MARTINS

Pró-Reitora de Assuntos Estudantis

DAIANE TEIXEIRA GAUTÉRIO

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

LÚCIA DE FÁTIMA SOCOOWSKI DE ANELLO

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

EDUARDO RESENDE SECCHI

Pró-Reitora de Inovação e Tecnologia da Informação

DANÚBIA BUENO ESPÍNDOLA

EDITORA DA FURG

Coordenadora

CLEUSA MARIA LUCAS DE OLIVEIRA

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

DANIEL PORCIUNCULA PRADO

Titulares

ANDERSON ORESTES CAVALCANTE LOBATO

ANGELICA CONCEIÇÃO DIAS MIRANDA

CARLA AMORIM NEVES GONÇALVES

CLEUSA MARIA LUCAS DE OLIVEIRA

EDUARDO RESENDE SECCHI

ELIANA BADIÁLE FURLONG

LEANDRO BUGONI

LUIZ EDUARDO MAIA NERY

MARCIA CARVALHO RODRIGUES

Editora da FURG

Campus Carreiros

CEP 96203 900 – Rio Grande – RS – Brasil

editora@furg.br

Integrante do PIDL

Editora Associada à



EDUNI-SUL
ASSOCIAÇÃO SUL-RIOGRANDENSE
DE EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

Bruna Bouzada Romano

**Em outras palavras:
Acolhimento e Cuidado de Pessoas Surdas
em Serviços de Saúde Mental**



Rio Grande
2023

© Bruna Bouzada Romano

Designer de capa: Bruna Bouzada Romano

Diagramação da capa: Murilo Borges

Formatação e diagramação: João Balansin

Revisão Ortográfica e Linguística: Júlio Marchand

Ficha catalográfica

R759e Romano, Bruna Bouzada
Em outras palavras : acolhimento e cuidado de pessoas surdas
em serviços de saúde mental / Bruna Bouzada Romano. – Rio
Grande, RS : Ed. da FURG, 2023.
142 p.

Modo de acesso: <http://repositório.furg.br>

ISBN 978-65-5754-195-1 (eletrônico)

1. Pessoa surda 2. Língua Brasileira de Sinais 3. Acessibilidade
4. Saúde Mental II. Título.

CDU 613.86-056.263

Catálogo na Fonte: Bibliotecária Vanessa Ceiglinski Nunes CRB 10/2174

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	6
I – QUEM CHEGA E AONDE CHEGA?	11
Mas quem é a pessoa surda?	12
Língua Brasileira de Sinais: dizer no corpo e no espaço	26
Em que serviço de saúde mental a pessoa surda chega? ..	33
II – O ENCONTRO: COMO CHEGA?	42
Acesso, Acessibilidade e Comunicação	44
Atendimento a pessoas surdas em serviços de saúde	50
Alguns Modelos e Possibilidades	59
Vínculo, Palavras e Saúde Mental	66
Oficinas, atividades e outros modos de “falar” no CAPS	72
III – COSTURANDO HISTÓRIAS	77
Primeira História – Gabriel	78
Não comunicação como violência	84
Segunda História – Quentin	91
Encontro de dois mundos	97
Terceira História – Rodolphe	108
Como é crescer sem palavras?	114
Quarta História – Paula	119
A surdez no ouvido de quem escuta	123
Algumas amarrações	130
REFERÊNCIAS	137

NOTA INTRODUTÓRIA

Todo texto tem contexto. É sempre fruto de um momento histórico e as leituras possíveis serão diferentes, a depender do olhar de quem lê e de quando lê. Este texto também tem contexto. Olhando agora para esse emaranhado de ideias que escrevi ao longo de quase dois anos percebo que as condições materiais, sociais e culturais se transformaram substancialmente. As ideias que inicialmente me levaram a conceber esse tema de interesse parecem muito distantes, um tempo de coisas que não conseguem caber em apenas um período tão curto de tempo. Muito aconteceu e hoje meu texto parece descontextualizado. Por isso, parece-me fundamental contextualizá-lo.

Iniciei a produção deste texto quando me inscrevi para o programa de mestrado em meados de 2016. As aulas do programa tiveram início no ano de 2017, logo após o processo de impeachment de Dilma Rousseff. O clima era de preocupação com os retrocessos que esse fato poderia acarretar para o campo da Saúde e da Saúde Mental, já que inegavelmente tivemos expressiva expansão nessas áreas nas décadas anteriores. A PEC do Teto¹ representava a certeza de que a garantia da continuidade dos serviços e de melhoria deles dependeria de muita luta e resistência.

Enquanto turma de mestrado que se dedicava a pensar a atenção psicossocial, estávamos atentos às mudanças, mas cheios de desejo de trazer novos conhecimentos a esse campo, pensando em como poderíamos contribuir, como

¹ Projeto de Emenda Constitucional 241/55, que estabelece um teto para os gastos públicos por vinte anos, vinculando-os ao aumento da inflação somente. Na prática, a medida inviabiliza a ampliação de serviços de saúde oferecidos à população. O projeto foi aprovado, em última instância, em dezembro de 2016.

agregar conhecimento e fortalecê-lo já que poderia agora tornar-se mais vulnerável. Falar do contexto político era sempre uma parte das aulas, já que o acirramento entre posições políticas diferentes e o crescimento de ideias conservadoras (que, na época, pareciam uma piada de mau gosto de meia dúzia de mal-informados) começavam a aparecer. Poder estar próximo, adquirir conhecimento e ouvir histórias de muitos professores, que há tanto tempo vinham lutando para construir a Saúde Mental que eu conheci trazia frescor às ideias e acalmava o coração “Sempre foi difícil e sempre lutamos. Assim continuaremos” era a mensagem que ouvíamos.

No final de 2017, o município do Rio de Janeiro, onde realizei a pesquisa e trabalhava como terapeuta ocupacional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), passou por um período difícil. Com um corte inicial de 11 equipes de Saúde da Família anunciado pela prefeitura, o município entrava em uma grave crise na área da saúde. Não tínhamos medicamentos, a manutenção nos serviços era precária, houve cortes na alimentação dos usuários dos CAPS, salários atrasados. Assistíamos, a cada dia, ao sucateamento dos serviços. Cada lâmpada queimada sem reposição era um lembrete dos tempos sombrios em que nos encontrávamos.

Apesar da situação preocupante em que se encontravam os serviços, as informações dadas pela prefeitura eram desconstruídas e mentirosas. Na mídia e nas redes sociais, as declarações do prefeito diziam que não havia problema algum. No cotidiano dos serviços, o empobrecimento da população e o aumento da violência na cidade, somada à precarização do serviço, fez com que cada vez mais situações de violência e de agressividade aparecessem no CAPS. Além de lidar com o desmonte, o CAPS precisava se reorganizar para acolher demandas que chegavam, cada vez mais emaranhadas, a um contexto social conflituoso. Para nós, que vivíamos o dia a dia dos serviços, as declarações vindas do governo municipal soavam quase como crueldade. Mais do que viver aquelas condições, sentíamos que o que vivíamos era apagado, não podia ser falado.

O ano já estava quase se acabando, mas ainda havia

mais surpresas pela frente. Aprovada em 14 de dezembro de 2017, a chamada “Nova Lei de Saúde Mental”² representou mais um retrocesso. Em linhas gerais, ela foi um aceno às forças conservadoras, aos interesses corporativistas e ao mercado que veem o encarceramento da loucura como caminho. Nós, trabalhadores da saúde mental, terminamos o ano sem salário, com a conta no banco zerada e devastados subjetivamente. Nossa força e resistência vinham de nossa organização coletiva, tanto dentro como fora do serviço. Fizemos paralisações, manifestações, discutimos a situação com os usuários e com os familiares nos serviços.

Nos primeiros meses do ano de 2018, a situação no município se regularizou. Esse seria um ano de eleições presidenciais e o serviço passou a se reconstruir e os profissionais a se reconfigurar enquanto equipe. Com todo o processo de luta política do ano anterior, conseguimos colher bons frutos: fortalecemos as assembleias do CAPS, iniciamos um colegiado gestor, contando com a participação de profissionais, gestor e usuários do serviço, reorganizamos o cotidiano e revimos processos de trabalho. Aparamos as arestas. Parecia que, enfim, o mais difícil havia passado.

O período da eleição se aproximava e a cada dia nos dávamos conta dos riscos que corríamos. Já não parecia estar em risco apenas um projeto para a Saúde Mental pública e de qualidade. Parecia que estava ameaçada nossa sociabilidade, um modo não homogêneo de ocupar os espaços, nossos corpos fora da normatividade. Em suma, nossa própria existência (material ou subjetiva) parecia correr riscos. Amigo gay com medo de sair de casa, amiga negra ameaçada de ser “consertada” dia 1º de janeiro, ameaça de prisão de quem pensa diferente, promessa de atirar na cabeça de “bandido”. A sensação era de ruína.

Ao final do ano de 2018, deparamo-nos, mais uma vez, com um momento de crise no município do Rio de Janeiro. Estavam ameaçadas de demissão 1400 pessoas, os salários voltaram a atrasar, as equipes ficaram sem reposição. Foram

² Portaria 3.588 de dezembro de 2019.

se desmantelando aos poucos. Claramente, vivemos na pele que a aposta em serviços substitutivos e comunitários não é a prioridade. Na mesma semana em que finalizei a escrita do mestrado, o Ministério da Saúde tornou pública a Nota Técnica nº 11/2019, mais uma ação com enormes retrocessos e que contou com grande repercussão na mídia.

Desde então, muitos retrocessos foram colocados em marcha e tantas formas de resistência tomaram forma seja nas ruas, seja nas miudezas do cotidiano dos serviços de saúde que seguem tentando fazer um cuidado sensível e plural, apesar de todos os percalços. As dificuldades que descrevi nessa nota introdutória estão nesse texto, que é testemunho de mudanças que ficaram inscritas em suas entrelinhas. Ele é testemunho também das miudezas, invenções e peripécias que profissionais, no encontro com os usuários dos serviços de saúde, lançam mão cotidianamente para produzir cuidado e saúde.

Essa nota serve como um lembrete de que toda forma de atenção à saúde e de ação no sentido da inclusão e de acessibilidades das necessidades comunicativas de usuários surdos descritas nas linhas que seguem, não aconteceu apartado do contexto de desmonte e desvalorização do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas sociais como um todo. Meu desejo é que esse texto possa transmitir um pouco do que pude recolher das miudezas e reinvenções nos processos de trabalho e de cuidado e, assim, compartilhar o que para mim foi alento e estímulo para seguir em frente, atuando sempre no sentido de um SUS de qualidade e inclusivo, possibilitando cuidados condizentes com as necessidades de todo e qualquer cidadão. Dito isso, vamos ao texto.

Nas páginas que seguem, passaremos pelas possibilidades e desafios para que uma pessoa surda possa ter acesso a um serviço de saúde mental. Desde que iniciei a pesquisa que deu origem a este trabalho, muito se ampliaram as produções a respeito do acesso de pessoas surdas aos serviços de saúde e até mesmo a respeito de acesso a serviços de saúde mental. O leitor que optar por seguir com o texto vai encontrar como contribuição desta obra para o conhecimento a respeito do tema a riqueza das histórias. As dificuldades,

encontros e desencontros, caminhos e descaminho do contato entre profissionais de saúde e usuários surdos nos serviços de saúde mental são encarnados em histórias reais, vividas por personagens que, no cotidiano de uma grande cidade brasileira, buscam cuidar e serem cuidados.

Essa modalidade de produzir conhecimento – contar histórias – tem como contribuição importante sensibilizar quem quer que leia tais histórias a partir da perspectiva de quem as viveu na pele. A partir do contato com a experiência de quem viveu, temos muito a aprender.

Em nosso caso, as histórias são contadas por profissionais de saúde que, atuando em serviços de saúde mental, depararam-se com a necessidade de atender a uma pessoa surda, que se comunica de forma distinta da deles próprios, comunica-se em outras palavras. Aqui, em apreço ao uso que nossos personagens profissionais de saúde fazem de: escuta, fala, palavra – mesmo se referindo a pessoas surdas, emprestamos “palavra” para referimo-nos a tudo aquilo que comunica e que possibilita a construção de um sentido compartilhado entre pessoas. Pode ser um objeto, uma ação, um sinal ou um grito. Através de suas histórias, conheceremos também esse interlocutor do profissional de saúde, as pessoas surdas que, em meio a trajetórias de vida atribuladas, chegaram ao serviço de saúde mental em busca de acolhimento e cuidado.

I – QUEM CHEGA E AONDE CHEGA?

“Quem não se comunica se ‘trumbica’”. Frase corriqueira, ouvida por mim desde criança e repetida muitas vezes pela graça de sua rima. Já formada, após começar a trabalhar em uma escola destinada à população com deficiência auditiva ou surdos – como preferem ser nomeados esses estudantes – a frase costumeira ganhou um sentido mais profundo.

Pude recolher, em nove anos de trabalho com pessoas surdas, histórias de intenso sofrimento com poucas possibilidades de nomear sentimentos, medos e sensações, não só pelo fato de o surdo ter uma forma diferente de se comunicar, como pelo fato de, muitas vezes, terem grande dificuldade em encontrar um interlocutor, alguém que lhes possa “ouvir”. Não raramente também, deparei-me com processos de medicalização³, ou seja, situações nas quais a dificuldade de comunicação levou a diagnósticos psiquiátricos precoces, estigmatizando e resultando frequentemente no uso excessivo de psicotrópicos. Se entre ouvintes (falantes de uma mesma língua – o português) não faltam histórias de equívocos, tropeços e mal-entendidos na comunicação, entre pessoas com situações sensoriais e linguísticas diversas, essas histórias se multiplicam.

Tendo eu, além dessa experiência profissional, uma trajetória na saúde mental, foi inevitável o questionamento, cada vez maior, das implicações dessa condição sensorial e linguística diferenciada – a surdez – na inserção dessas pessoas em um serviço quando apresentam demandas em saúde mental. Essas pessoas têm conseguido acessar os serviços? Afinal, como se recebe um surdo em um CAPS?

³ Medicalização é o processo através do qual fenômenos que podem ser lidos através da contextualização do momento social, político e cultural são tomados em uma perspectiva biomédica, levando à responsabilização (e portanto também à intervenção), exclusivamente do indivíduo, podendo levar também à medicamentação, ou seja, ao uso excessivo de medicamentos e a métodos curativos para padronizar os desviantes da pretensa normalidade (ZORZANELLI et al, 2014).

Ainda não tive a oportunidade, enquanto trabalhadora da saúde mental, de receber uma pessoa surda. Mas, enquanto trabalhadora de uma escola, deparo-me frequentemente com dificuldades nos encaminhamentos, em especial quando há uma demanda de atendimento em saúde mental. Muitos colegas da saúde mental me abordam curiosos e com dúvidas sobre esse “universo”, que é trabalhar com pessoas surdas: “Bruna, surdo ouve vozes?” “Mas você sabe falar Libras?”⁴. Além disso, é também bastante comum receber ligações de colegas trabalhadores da saúde mental: “Oi Bruna! É que chegou um surdo aqui e lembrei de você”. Apesar de meu contato com esse “universo” e de ter algum domínio sobre a Libras, essas perguntas e um constante questionamento de como seria receber um surdo em um CAPS fizeram com que eu me sentisse convocada a buscar ao menos algumas pistas, e a me debruçar sobre esse assunto como tema de mestrado.

Para começarmos o diálogo entre esses dois campos – o da Surdez e da Saúde Mental – é importante conhecer alguns pontos a respeito de quais lentes vou utilizar para abordar a questão da surdez durante o texto, considerando que a definição de quem é uma pessoa surda e qual a melhor forma de ofertar acessibilidade a ela é uma tarefa complexa.

Mas quem é a pessoa surda?

Não é sem desconforto que escrevo com a pretensão de fazer tal apresentação, sendo eu mesma ouvinte. Procuo fazer as apresentações, portanto, com o cuidado de quem fala de dentro, porque tenho alguma experiência, atuando com pessoas surdas, mas antes de tudo de fora por ser ouvinte. Tenho, em minha trajetória profissional, trabalhado e estudado questões relativas à deficiência e à surdez e por isso tenho algo a apresentar a quem ainda não teve essa experiência. Nunca, entretanto, vivenciei-as diretamente. O lugar de onde escrevo não pode ser outro, portanto, senão o de profissional de saúde afetada

⁴ Trata-se da Língua Brasileira de Sinais, tema que tratarei mais detidamente ao longo do texto.

e instigada por questões que vivo em meu cotidiano de trabalho.

A apresentação que faço aqui da pessoa surda somente pode ser compreendida como uma composição de minhas vivências, histórias e leituras sem a presunção de que seja construída uma resposta única e definitiva para a pergunta: quem é o surdo que chega ao serviço de saúde mental?

Ribeiro (2017) afirma ser essencial que grupos sociais privilegiados consigam enxergar as hierarquias produzidas socialmente e como isso impacta diretamente o lugar dos grupos subalternos. “O não ouvir é uma tendência a permanecer num lugar cômodo e confortável daquele que se intitula poder falar sobre os Outros, enquanto esses Outros permanecem silenciados” (p. 78). A tensão que se mantém, portanto, ao longo do texto, é a possibilidade de me colocar em diálogo com a realidade de vida de uma minoria (pessoas surdas) com uma constituição psíquica que necessita de cuidados e acompanhamento e falar disso sem, entretanto, falar *por* essa população.

Primeiramente, é importante que quem se aproxima do campo da Surdez saiba que, como muitos outros, esse é um campo que se encontra em disputa entre saberes e discursos: o modelo biomédico, o modelo social e o modelo cultural. Novamente, não se trata de estabelecer uma verdade única sobre os discursos a respeito da surdez, mas de destacar que existe uma pluralidade de formas de pensar e abordar essa questão e, quando nos deparamos com as concepções que as pessoas têm – incluindo aí os profissionais de saúde –, todos esses estão num emaranhado. Por tanto, a proposta é apresentar, de maneira breve e didática, os diferentes modelos, para que o leitor possa compreender a diversidade de concepções que operam quando nos deparamos com uma pessoa surda.

Essas disputas em torno da questão da surdez não são uma questão da atualidade. Historicamente, o pensamento a respeito dos surdos no Brasil confunde-se com o pensamento a respeito da educação dos surdos no Brasil. Aqui, já temos um primeiro dado importante: o de que os investimentos realizados pelo Estado na população surda em nosso país não se deram

majoritariamente através da área da saúde, mas sim através da educação. A surdez só passou a ser alvo da intervenção médica a partir dos avanços tecnológicos, sempre no sentido da cura e normatização, portanto eliminação da surdez. Ser surdo, enquanto forma de existir e maneira de se relacionar com o mundo, não é historicamente alvo dos estudos e pesquisas na saúde. Pelo contrário, a abordagem que a saúde oferece historicamente a pessoas surdas é de que têm uma condição corporal fora da norma e por isso é necessário imprimir esforços para a sua superação.

Já, na Educação, há uma longa trajetória com períodos com concepções bastante distintas a respeito de como educar e se comunicar com pessoas surdas. Apesar da longa trajetória, essa não deixa de ser uma temática controversa, desde seu início e que gera até os dias atuais debates acalorados. Havia, na Alemanha, o pastor Samuel Heinicke, defensor do modelo oralista, que sustentava que os surdos deveriam aprender a falar. Seu antagonista, o abade francês Charles L'Epeé, defendia o modelo denominado misto, ou seja, o emprego dos sinais já utilizados de maneira natural pelos surdos no processo de aprendizagem e da aquisição da escrita. Em nosso país, o início dos esforços para a educação de surdos deu-se no ano de 1855 com o contato do professor surdo E. Huet, do Instituto de Surdos de Paris com D. Pedro II, tendo como principal objetivo a criação de uma escola para surdos no Brasil (ROCHA, 2008).

O debate entre modos diferentes de abordar a surdez vem evoluindo desde então, passando por diversas transformações e mantendo-se em constante tensão. Houve, no ano de 1880, na cidade de Milão, na Itália, um congresso que reunia representantes dos Institutos de surdos da Europa e das Américas, sendo um marco decisivo para a predominância do método oral sobre o método misto. A influência do Congresso de Milão no Brasil já se faz sentir nas décadas seguintes, aumentando as tensões no campo que, até então, sofria mais influência do Método Combinado da escola francesa. Apesar de momentos de maior ou menor força no ensino de surdos no Brasil, após essa data, o oralismo esteve

muito presente na realidade dos surdos.

O congresso de Milão representa, portanto, um marco importante na história dos surdos no Brasil como o momento em que sua língua lhes foi retirada, de modo que forçosamente fossem oralizados e aprendessem português em sua modalidade oral e escrita, sendo muito frequentemente proibidos de utilizarem a língua de sinais. Ainda hoje, é possível ter contato, na escola onde trabalho, com surdos mais velhos, que lá estudaram quando ainda era forte a influência do método oral. Contam que, após sofrer com a rígida disciplina na sala de aula com os professores que lhes faziam falar oralmente, nos dormitórios⁵, encantavam-se secretamente com o universo de possibilidades comunicativas que sua língua de sinais trazia. Essa é uma história contada aos surdos uma geração após outra, estando ainda hoje muito presente.

Como pano de fundo dessa discussão, está em disputa a concepção que se tem sobre surdez. Para o modelo biomédico, que tem seu foco de estudos no corpo, suas lesões e recuperação, a surdez é vista como uma lesão ou má formação corporal. E, como tal, devemos lançar esforços para minimizá-la ou eliminá-la, partindo do princípio de que, quanto mais próximo da normalidade um corpo estiver, mais funcional e produtivo ele será.

De cara, podemos cair na armadilha de achar que o modelo biomédico já foi amplamente discutido e está ultrapassado nas discussões pertinentes ao campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, onde já está consolidada a concepção ampliada de saúde, ou seja, que saúde não é aquilo que se opõe à doença, mas que envolve o acesso a vários direitos como moradia, renda, educação, meio ambiente, trabalho etc. Entretanto, quando falamos de deficiência ou de corpos que fogem à normatividade, a clareza sobre os limites entre cuidar e impor a normalidade tornam-se cada vez menos nítidos. Além disso, socialmente, o saber hegemônico ainda é o biomédico e estamos todos imersos socialmente em concepções de mundo que bebem desse saber sem nos darmos conta.

⁵ A instituição funcionou na modalidade de Internato até o ano de 1998.

Por isso, é muito comum, numa conversa com pessoas surdas, aparecer o incômodo provocado pela pressão que sofrem para aprenderem a falar oralmente, para que utilizem o aparelho de amplificação sonora (AASI) ou para que façam implante coclear.⁶ Tenho contato também em minha experiência com familiares que acabaram de descobrir que seus filhos são surdos e é muito comum, em seus relatos, a importância que os profissionais de saúde dão à realização da cirurgia do implante coclear, sem oferecer à família informações completas, ou seja, que uma criança que tenha acesso a Libras desde a tenra idade pode se desenvolver muito bem sem a necessidade da realização do implante.

O Modelo Social da deficiência, por sua vez, traz o convite de que possamos olhar para a questão da deficiência, como algo que vai muito além de uma falta inscrita num corpo, mas como um corpo imerso em sentidos construídos social e culturalmente. No ano de 1972, Paul Hunt, um sociólogo com deficiência física escreve uma nota para um importante jornal inglês, expressando a situação de exclusão das pessoas com deficiência, em sua maioria, institucionalizadas, afirmando a necessidade de suas ideias serem ouvidas. Hunt recebeu diversas respostas e, a partir desse movimento, foi se consolidando, então, a Liga dos Lesados

⁶ Dispositivo médico que tem como objetivo reproduzir a audição. Ele possui componentes externos ao organismo e, também, um componente interno que é implantado na cóclea através de uma cirurgia. Há segmentos do movimento surdo que o consideram um procedimento violento que visa destruir a alteridade e a cultura surdas. Gera grande controvérsia, pois, segundo os médicos, quanto mais cedo for realizado, melhores são os resultados devido à plasticidade neuronal necessária para o desenvolvimento das áreas cerebrais ligadas à linguagem através da fonoterapia. Recomenda-se, portanto, ser realizado num período da vida em que, ainda criança, o surdo não tem possibilidades de escolha, sendo a escolha feita pela família. A simples realização do implante coclear não garante a aquisição do português oral, sendo longo o trabalho de treino para tal. Em decorrência disso, muitos surdos e familiares relatam que há orientações para que a família proíba o surdo de fazer o uso da língua de sinais, acreditando que o uso dessa diminuiria as chances de adquirir o português oral. O implante coclear não deve ser confundido com o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), que é mais popular e, diferentemente do implante coclear, não exige intervenção cirúrgica.

Físicos Contra a Segregação (Union of the Physically Impaired Against Segregation-Upias), que foi a primeira organização política sobre pessoas com deficiência formada por pessoas com deficiência. Sua importância vem do fato de exercer resistência política e intelectual ao Modelo Biomédico, propondo a deficiência em termos sociológicos. Tem como marco teórico o materialismo histórico e compreende a discriminação às pessoas com deficiência como uma forma de opressão (DINIZ, 2012).

Portanto, a proposta de mudança conceitual na maneira de conceber a deficiência, de uma falta no corpo a uma forma de opressão, que foi, aos poucos, incorporada pelas ciências, foi fruto de um processo político que se deu a partir das pessoas com deficiência. Num primeiro momento, esse movimento era composto por homens brancos com situação socioeconômica privilegiada, em sua maioria com lesões de ordem motora. Suas principais reivindicações giravam em torno da inclusão, em especial, no mercado de trabalho.

Um dos grandes pilares dos estudos sobre a deficiência é o Modelo Social da deficiência. Sua importância consiste no fato de promover uma virada conceitual quando eleva as pessoas com deficiência de objeto de intervenção clínica, da reabilitação ou do assistencialismo a sujeitos de direitos humanos, consolidando-se, portando, como uma crítica radical ao modelo biomédico. O modelo social da deficiência contribui de forma significativa para a discussão que pretendo apresentar aqui, compreendendo a deficiência como algo que não está restrito ao corpo, e sim “na produção social e cultural que define determinadas variações corporais como inferiores, incompletas ou passíveis de reparação/reabilitação quando situadas em relação a corpo normatividade” (MELLO, NUERNBERG, 2012).

Como afirma Diniz (2012), nas décadas de 1990 e 2000, surge a segunda geração do modelo social da deficiência na perspectiva feminista, que faz uma crítica à primeira geração no sentido de trazer à tona aspectos até então ignorados. Segundo a perspectiva feminista, o modelo social era, até então, protagonizado pela elite das pessoas com deficiência, ou seja, em sua maioria, homens brancos com Ensino Superior e com lesões

físicas e que suas propostas eram, portanto, atravessadas por recortes de classe, etnia e gênero. Em consequência disso, suas principais reivindicações versavam acerca da independência e da inserção no mercado de trabalho, o que não reflete a realidade de todas as pessoas com deficiência.

O diálogo com a perspectiva feminista torna-se particularmente importante quando considerada a singularidade das histórias que vamos conhecer ao longo desse texto. Trata-se de uma população marcada por um duplo estigma: tanto pela loucura como pela surdez. Entende-se, portanto, que a matriz conceitual ofertada somente pelo modelo social em sua primeira geração é insuficiente para o entendimento das formas de circulação, comunicação e estabelecimento de trocas sociais da população de que trato aqui, já que se trata de uma situação bastante singular de vulnerabilidade, sendo constantemente requerida a presença de um familiar (no geral a mãe) para a garantia dessa circulação.

Assim, o modelo médico toma a deficiência como um problema individual, localizado no corpo, que sofre intervenções no sentido de sua normatização. Se fizermos um exercício de aproximação com nossa temática, discutida ao longo do texto, podemos compreender que sobre a surdez, durante muito tempo, esse modelo fez com que predominasse a compreensão da língua de sinais como um desvio da normalidade e, conseqüentemente, como algo que deveria ser combatido. A intervenção junto a essas pessoas era de aproximá-las daquilo que é hegemonicamente compreendido como normal, buscando a integração da pessoa surda através da superação da surdez, medicalizando essa condição na medida em que procurava inseri-la em padrões culturais ouvintes, como a língua oral.

Já o modelo social traz a questão da deficiência em sua dimensão coletiva, não mais individual, pois, apesar de ser experienciada por um sujeito a maneira como ele a vivencia resulta de estar imerso em uma sociedade mais inclusiva ou menos inclusiva a depender das barreiras e facilitadores ofertados. Nesse sentido, a pessoa surda é alguém que se constitui a partir de experiências visuais e não auditivas, tendo

como primeira língua a língua de sinais, tirando-o do campo de indivíduos incompletos. Para que possa participar socialmente, é preciso que sejam ofertadas a ele as condições de acessibilidade necessárias às suas necessidades e preferências, como, por exemplo, informação em Libras para uma pessoa surda sinalizante.

Tecendo também críticas ao modelo biomédico, assim como ao modelo social da deficiência, despontam as discussões apresentadas pelos Estudos Surdos. As concepções apresentadas por esses teóricos defendem que os surdos são uma minoria linguísticas, retirando-os, assim, do campo das pessoas com deficiência. Os autores dos denominados Estudos Surdos utilizam como matriz teórica para o estudo da surdez os Estudos Culturais⁷, não convergindo com o modelo social da deficiência, já que não se identificam com o lugar de pessoas com deficiência, colocando-se enquanto minoria cultural. Trata-se, portanto, de uma escolha teórica e política, realizada por grupos de pessoas surdas para defender a sua diferença como linguística e, portanto, cultural e não relacionada a uma lesão ou falta corporal.

Essa concepção é aceita por uma parcela importante de grupos e movimentos de pessoas surdas. É importante destacar que, apesar de serem modos distintos de compreender as pessoas surdas, o modelo social da deficiência e os Estudos Surdos têm também aproximações na medida em que ambos tecem críticas às concepções biomédicas de surdez, entendendo que ser surdo não representa uma falta. No entanto, distancia-se dele na medida em que está centrado na ideia de cultura, abrindo espaço para discutir, por exemplo, se uma pessoa surda opta por não se comunicar em Libras, e, por tanto, não se inserir nessa cultura, ela é surda?

⁷ Os Estudos Culturais são um campo interdisciplinar do saber que propõe a cultura como não homogênea, com o intuito de investigar a multiplicidade cultural, as relações entre culturas e, também, o quanto essas relações envolvem poder e são hierarquizadas. Podemos citar como autores desse campo utilizados pelos Estudos Surdos Stuart Hall, GayatriSpivak e HomiBhabha.

Optei, aqui, por dialogar com ambos os modelos – Social da Deficiência e Estudos Surdos – porque entendo que a população surda é diversa e, quando falamos em acessibilidade, é fundamental que possamos dialogar com as reais necessidades das pessoas que chegam solicitando atendimento, seja ele qual for. Este texto é um dos frutos de uma pesquisa realizada e que o que convido o leitor a observar, através das histórias singulares de cada uma das histórias que conheceremos em seguida, é que não podemos partir de ideias pré-concebidas ou entender as pessoas surdas como uma população homogênea. Assim, apenas um dos modelos não representaria a realidade das quatro pessoas surdas com as quais me deparei durante a pesquisa que realizei. Apesar das controversas entre as diferentes teorias e autores, Diniz (2012) aponta para a existência de tentativas mais recentes de aproximação dos estudos sobre a deficiência com os estudos culturais e de identidade, indicando que não só é possível como necessário articular tais abordagens.

Quando falamos nos Estudos Surdos, podemos perceber que não basta conhecer a língua de sinais para nos aproximarmos de uma pessoa surda que chega à nossa porta no serviço de saúde. Trata-se de um entrelaçamento complexo de fatores dois quais precisamos ter dimensão para que possamos pensar com quem falamos e de que lugar se expressa aquela pessoa. Desde os passos mais iniciais, como entender qual a escolha linguística que o sujeito faz e, também, a relação que ele estabelece com sua própria língua, devem ser fatores observados pelo profissional de saúde que recebe uma pessoa surda.

Por exemplo, ao tentar se comunicar, o profissional de saúde pode lançar mão de um recurso como caneta e papel, partindo da ideia de que, se aquela pessoa não pode se comunicar falando oralmente o Português, é necessário apenas oferecer a ela a possibilidade de escrita. No entanto, o conforto que pessoas surdas têm se comunicando em Língua Portuguesa, mesmo em sua modalidade escrita, pode variar a depender, por exemplo, do grau de escolaridade e do modelo de ensino a que teve acesso. É preciso ter em mente que a aprendizagem do

Português para pessoas ouvintes se dá naturalmente, aprendendo as palavras na medida em que as ouvem. Para pessoas surdas, mesmo aquelas que optam ou que sua família opta pela oralização, a aprendizagem do Português é muito mais complexa. Para crianças inseridas em comunidades surdas, ou seja, que vão ter a aquisição natural da língua de sinais, o Português é uma segunda língua, de modo que o domínio e conforto que têm ao se comunicar em Português não é o mesmo que poderiam ter se comunicando em Libras.

Por isso, não há respostas prontas quando falamos em acessibilidade de pessoas surdas a serviços de saúde. É sempre necessário dispor de um leque de possibilidades de recursos e de estratégias e ofertar aquelas que mais se adaptam às necessidades da pessoa que busca atendimento. Para tanto, é importante adentrarmos a cultura surda, buscando conhecer elementos que compõem esse outro modo de ser e se relacionar no mundo.

Apesar de não representar o universal no que diz respeito a como as pessoas surdas se identificam, o entendimento de que a surdez é uma minoria linguística representa um importante movimento social organizado e, por isso, a aproximação com a cultura surda em sua complexidade e a compreensão de que ali se constitui uma outra forma de perceber o mundo – não somente outro sistema linguístico – é estruturante para uma prática comprometida com a pessoa surda sinalizante. Nessa perspectiva, é preciso estarmos continuamente atentos para o fato de que, por estarmos nós, ouvintes, imersos em outra cultura, podemos interpretar aspectos da cultura surda com o arcabouço proveniente de nossa cultura ouvinte.

Karin Strobel (2016) define cultura surda como um modo particular de entender o mundo e intervir nele, a fim de torná-lo habitável à percepção visual. A ideia de cultura surda “abrange as ideias, as crenças, os costumes e hábitos do povo surdo” (p. 29). Para a autora, uma comunidade surda é um grupo que compartilha local e objetivos comuns e que pode envolver tanto pessoas surdas, como ouvintes. Historicamente, as comunidades surdas constituíram-se como espaços de

resistência da cultura surda.

Pela dificuldade linguística, ou seja, pelo fato de a pessoa surda estar inserida em um contexto em que sua língua materna é minoritária, tais espaços constituem-se como espaços privilegiados para o estabelecimento de trocas e para seu desenvolvimento. Em muitas situações, inserir-se em uma comunidade surda pode representar o primeiro contato que pessoas surdas têm com a Libras, como quando é filho de pais ouvintes que optaram por oralizar o filho, por exemplo. Quando recebemos uma pessoa surda em um serviço de saúde, portanto, pode ser um importante recurso como rede de suporte sua circulação pelas comunidades surdas, para que consiga apoio. Exemplos de lugares nos quais costumam se constituir fortes comunidades surdas são as associações de pessoas surdas, eventos esportivos, bem como os grupos de surdos ligados a entidades religiosas.

Strobel (2016) utiliza a ideia de artefatos culturais⁸ para discutir os elementos que compõem a cultura surda: experiência visual, desenvolvimento linguístico, família, literatura surda, vida social, artes visuais, política e materiais. Utilizo algumas dessas categorias em seguida aproximando-as da discussão a respeito do acesso de pessoas surdas a serviços de saúde. Um dos artefatos fundamentais para uma aproximação com uma pessoa surda é a compreensão de que sua percepção do mundo é visual, o que significa dizer que a visão é o principal meio utilizado pela pessoa surda para se comunicar e para interagir com o mundo. Por exemplo, se para os ouvintes variações no tom e volume da voz significam diferentes formas de dizer um mesmo conteúdo (transmitindo sentimento com raiva ou tristeza), na língua de sinais as expressões faciais e corporais fazem essa mesma função.

Portanto, quando estamos em contato com uma pessoa surda, seja sua principal forma de comunicação a Libras ou não, é preciso ter em mente que a via de comunicação é eminentemente visual. A utilização de gestos, escrita,

⁸ O termo artefatos culturais é utilizado pela autora para se referir a *tudo o que se vê e sente quando se está em contato com a cultura de uma comunidade*, para além da materialidade dos objetos (p. 43).

apontamentos em um ambiente com luz adequada, no qual a pessoa possa enxergar claramente, podem ser fundamentais para a comunicação. Esse parece um aspecto óbvio, mas o contato com pessoas surdas e suas experiências, ao tentarem acessar serviços, mostram que a formação dos profissionais ainda é insuficiente nesse aspecto. Diversos são os relatos de que não há painel para chamar senha e, assim, a pessoa surda não pode saber quando é chamada; relatos de profissionais de saúde que falam com a pessoa surda com a cabeça voltada para baixo – fazendo uma receita ou atrás do computador – impossibilitando a leitura labial; até mesmo o uso de bigode pode interferir na possibilidade de um surdo realizar leitura labial.

Outro artefato importante é o *desenvolvimento linguístico*. Desde a tenra infância, as informações não chegam para um bebê surdo da mesma maneira que chegam para o ouvinte, caso os pais da criança surda não forem eles próprios usuários de Libras. Enquanto uma criança ouvinte brinca no chão da sala, mesmo que ninguém se dirija diretamente a ela, ela escuta seus pais conversando sobre o trabalho, ouve as notícias na TV. A criança surda, filha de pais ouvintes, não tem essa possibilidade, a menos que alguém intencionalmente torne as informações acessíveis a ela. Sua forma de compreender o mundo, portanto, constitui-se de maneira diferente de uma criança ouvinte, possivelmente com um repertório mais restrito, caso as pessoas que estão em seu entorno não sejam sensíveis ou desconheçam a necessidade de transmissão de um modo acessível a ela.

Nesse sentido, podemos nos perguntar também como as informações de prevenção à saúde, em geral, chegam à população surda. Informações que estão muito assimiladas para um ouvinte – em decorrência da mídia, da família, da escola – podem não chegar a uma pessoa surda. Oliveira (2015) et al. Identificaram, em entrevistas junto a pessoas surdas, que suas fontes de informação em saúde são poucas e quando disponibilizadas as informações são apenas superficiais. Os meios de comunicação em massa são pouco

acessíveis⁹ a essa população, o que dificulta ainda mais a disseminação de informações. Dessa maneira, apontam para a necessidade de que os materiais informativos sejam adaptados à cultura surda e à língua de sinais.

O tema do desenvolvimento linguístico nos leva diretamente a outro artefato cultural, a *família*. Pensar a família da pessoa surda é pensar como se dão as primeiras relações de uma pessoa que nasce num mundo que fala uma língua à qual ela não tem acesso. Quando a criança nasce em uma família ouvinte, desejosos de que a criança passe a ouvir, os pais têm dificuldade de entrar em contato com o modo próprio que a criança tem de interagir. Nesse contexto, o implante cocleare fonoterapia para aquisição da oralidade, somado à ausência de contato com a língua de sinais, podem ser prejudiciais, já que nem sempre a aquisição do português oral é bem-sucedida. Conhecer como foram as primeiras relações e o processo de aquisição linguística de uma pessoa surda que vem em busca de suporte em um serviço de saúde podem ser muito importantes para compreender o modo como ela se relaciona ao chegar ao serviço. Considerar não apenas o acesso às formas de comunicação que podem ser precário, mas também como a ideia ainda hegemônica da surdez como falta advinda do modelo biomédico pode interferir nas relações familiares, afetando o desenvolvimento físico e mental de bebês e de crianças surdas.

A *vida social* de pessoas surdas é repleta de situações e comportamentos que, num primeiro momento, podem parecer estranhos à cultura ouvinte, como o fato de as comunidades surdas batizarem seus novos membros com um sinal na língua de sinais, passando a se referir às pessoas não pelo seu nome, mas pelo seu sinal. Nas festas de associações surdas, muito comumente, há música tocando, mas, apesar da música, essas

⁹ Nos últimos anos, o Brasil tem feito esforços no sentido de garantir acessibilidade aos meios de comunicação para pessoas surdas. No entanto, ainda há uma longa trajetória a percorrer. Exemplos importantes de Tecnologia Assistiva que podem ser oferecidas a pessoas surdas para acesso aos meios de comunicação são a janela de interpretação de Língua de Sinais e legendagem através de legenda fechada (closed caption).

reuniões são mais importantes pela possibilidade de as pessoas se expressarem num ambiente onde predomina a língua de sinais do que de fato como um espaço de música e dança. Na pista de dança, ficam, em geral, os ouvintes que participam da comunidade surda e alguns surdos que gostam de dançar com as vibrações que a música produz.

Há muita riqueza cultural produzida por pessoas surdas, por exemplo, a *literatura surda* é um componente fundamental da cultura surda, sendo um importante meio para expressão pessoal, muitas vezes, versando sobre as dificuldades relacionadas a ser surdo, bem como uma forma de transmissão das memórias e vivências surdas. Subdivide-se em diversos gêneros como poesia, histórias de surdos, piadas, contos, romances, entre outros. Não se trata apenas de uma forma literária que passa pela tradução em Libras, mas de composições feitas a partir dessa língua, tornando elementos como a expressão facial, corporal e o deslocamento no espaço como elementos de composição da obra¹⁰. No campo das artes, destaca-se também a participação dos surdos nas *artes visuais* como ilustrações, pinturas e esculturas.

Apesar de não necessariamente poderem ser utilizadas nos serviços de saúde, as produções culturais de pessoas surdas oferecem uma possibilidade de imersão, aguçando nas pessoas ouvintes a sensibilidade para as formas como corpo, movimento e espaços, que comunicam para além das palavras ou sinais. Entrar em contato com produções culturais de pessoas surdas é importante para que profissionais de saúde façam um mergulho na experiência de pessoas surdas. Além disso, em serviços de base comunitária e que têm mais espaço para a produção de cuidado em seu sentido mais amplo – como na atenção primária à saúde e na atenção psicossocial – abrir o serviço às formas de expressão artística de pessoas surdas

¹⁰ O leitor que tiver interesse de conhecer mais sobre a literatura surda encontra farto material disponível online de iniciativas como o Salam do Corpo, uma proposta que envolve poesia em Libras. O minidocumentário “O silêncio e a fúria – poetas do corpo”, disponível na plataforma YouTube, apresenta um pouco da sensibilidade do trabalho do poeta surdo Edinho Santos.

pode contribuir para a abertura do serviço a novas formas de compreender o processo saúde-doença e de cuidado.

Portanto, o que pretendo apresentar para o leitor a respeito da pessoa surda é que esta não é alguém a quem falta audição, mas um sujeito que encontra barreiras que dificultam sua maneira de se comunicar com o mundo. Essas barreiras, que por si só podem ser geradoras de sofrimento, ganham desenhos mais complexos quando tratamos de uma pessoa que enfrenta ainda uma condição de sofrimento psíquico. Além disso, quando a pessoa surda tem sua subjetividade constituída por uma língua que é minoritária, a maneira como sua língua ganha lugar no social interfere também em sua subjetividade.

Língua Brasileira de Sinais: dizer no corpo e no espaço

Apesar de não ser o objetivo deste texto, partindo do entendimento de que a temática da língua consiste por si só em universo de possibilidades para o estudo, decidi abordar esse tema aqui por ser ele um campo de muitos embates, onde a diferença entre surdos e ouvintes se dá de maneira bastante viva e encarnada, mas também onde a inventividade toma forma.

A discussão que pretendo apresentar desdobra-se em um contexto no qual a forma linguística que ganha lugar para quem não escuta é a língua de sinais, tendo em vista que seu processo de percepção é eminentemente visual. O aprendizado da Língua Portuguesa oral para pessoas surdas não é impensável, mas não é possível para todos e quando o é, somente após anos de treino fonoaudiológico, é possível conseguir algum domínio sobre o português oral.

O impasse aumenta se considerarmos que a língua natural de um grupo (pessoas surdas) está inserida numa cultura hegemônica (ouvinte), que utiliza outra língua, o português. Isso nos faz pensar que os obstáculos colocados para os as pessoas surdas vão para além do domínio ou não da Língua Portuguesa ou de sinais. Trata-se da defesa da importância de poder aprender e se comunicar através da língua de sinais, que reflete o modo próprio de as pessoas surdas se inserirem e se relacionarem com o mundo. Esse

impasse de viver em um mundo com uma língua que não é a sua, muitas vezes, está presente muito cedo na vida da pessoa surda que tem pais ouvintes. Isso significa que, desde as suas primeiras relações, estará imerso em um cenário no qual não entende plenamente o que acontece e não tem acesso às mesmas informações que os demais membros da família.

Lembro-me do relato de um colega de trabalho, surdo, que, durante a infância e a adolescência, foi oralizado e não sabia língua de sinais. Quando tinha 16 anos, um primo disse a ele que o via como uma pessoa “inocente”. Para o meu colega, entretanto, essa palavra não fazia sentido algum, ele não conseguia entender o que o primo queria dizer sobre ele com aquela palavra. Somente após ter maior domínio sobre a língua de sinais, pode compreender qual o significado de “inocente” e pode perceber qual a visão que o primo tinha dele. Conta que, olhando hoje para aquela época, ele concorda com o primo – era mesmo inocente, já que viveu afastado de todo um universo linguístico a que o primo teve acesso, apesar de estarem ambos nos mesmos espaços e ambiente familiar. Por isso, conhecer e entender a importância da língua de sinais é de extrema importância para profissionais de saúde que atendam a pessoas surdas.

As línguas de sinais são utilizadas por pessoas surdas ou ouvintes que frequentam as diversas modalidades de comunidades surdas existentes. Por serem construções históricas das comunidades surdas, não se estabelece um sistema linguístico universal – cada país tendo sua própria língua constituída a partir de suas condições políticas, sociais e culturais locais. A partir das pesquisas realizadas na área da linguística, na década de 60 do século XX, os sistemas de comunicação utilizados por pessoas e comunidades surdas de diversos países passaram a ser reconhecidos de fato como línguas possuidoras de regras fonológicas, morfológicas, semânticas, sintáticas e pragmáticas próprias (ROCHA, 2008).

Podemos perceber, portanto, o quanto as línguas de sinais são significativas na cultura local. Não só cada país tem seu sistema linguístico, como existem diferenças regionais. Por exemplo, apesar de haver uma base comum, os sinais que

utilizamos aqui no Rio de Janeiro podem não ser os mesmos utilizados em São Paulo, Fortaleza ou qualquer outro estado. Assim como o sotaque na Língua Portuguesa, a Língua Brasileira de Sinais também pode dizer muito da região de onde vem o sinalizante. Grupos diferentes também podem sinalizar de forma diferente: os sinais utilizados por jovens surdos não são necessariamente conhecidos por pessoas surdas mais velhas e vice-versa.

A Língua Brasileira de Sinais é definida como um sistema linguístico de natureza viso-espacial com estrutura gramatical própria. Defini-la como uma língua visuo-espacial atenta para o fato de que, na gramática das Libras, não apenas o sinal tem significado, como também a posição do corpo no espaço e o movimento. Por exemplo, “receber” e “enviar” um e-mail são significados através do mesmo sinal, mas com movimentos em sentidos opostos. A língua é composta por cinco elementos: a configuração de mãos (forma que a mão é apresentada), movimento, ponto de articulação (local do corpo em que o sinal se localiza), orientação, expressões faciais e corporais. Dessa forma, não apenas a forma e o local de posicionamento da mão são importantes para a compreensão da comunicação, mas também o movimento, a orientação do movimento e as expressões não manuais.

Em abril de 2002, foi reconhecida pela Lei 10.436, também conhecida como Lei da Língua Brasileira de Sinais ou Lei da Libras. Portanto, somente em 2002 a língua de sinais foi oficialmente reconhecida como sistema linguístico no Brasil. A mesma lei afirma que as “instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva” (BRASIL, 2002).

Apesar de ter sido reconhecida como língua para as comunidades surdas, não foi ainda reconhecida como idioma oficial do país ao lado da Língua Portuguesa. Há um Projeto de Emenda Constitucional (PEC 12 de 2021) que propõe incluir a Língua Brasileira de Sinais como idioma oficial do Brasil sob a justificativa de facilitar o uso e a aprendizagem da Libras em todo o território nacional, sendo esse “um gesto importante de

acolhimento, de inclusão, de respeito e de valorização das diferenças, em prol não somente das pessoas com deficiência, mas de toda a sociedade, enriquecida por essa diversidade”, possibilitando que a identidade e culturas surdas sejam reconhecidas (BRASIL, 2021). Apesar de um importante esforço em prol de sua concretização, essa inclusão ainda não aconteceu. O decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 regulamenta a Lei 10.436/2002, afirmando, em seu Capítulo VII, que o Sistema Único de Saúde deve oferecer apoio à formação e a capacitação de profissionais para o uso de Libras e também para atendimento de surdos não usuários da Libras.

Apesar da obrigatoriedade que o decreto traz do ensino da Libras para os cursos de Licenciatura, bem como os de Fonoaudiologia, entendo que apenas a aprendizagem da Libras pode fazer com que ela se banalize como uma estratégia, minimizando a compreensão do que precisa ser feito como fato de acesso e inclusão de pessoas surdas em serviços de saúde. Dito de outra maneira, para além de conhecer essa língua, os profissionais devem estar atentos ao modo de se relacionar e se comunicar para cada sujeito surdo e para quais os sentidos que cada um deles estabelece com a Libras.

Portanto, embora o ensino de Libras seja fator primordial para os profissionais da Educação e da Saúde (não só os Fonoaudiólogos, como discutiremos em seguida), ele não é suficiente para a efetivação de um ambiente acessível à pessoa surda. Além de, por si só, ser insuficiente, o ensino da Libras nos cursos de graduação ainda é recente, sendo obrigatório em 100% dos cursos citados na lei somente após 10 anos do decreto, ou seja, a partir de 2015. Por isso, muitos profissionais já formados não tiveram acesso nem mesmo ao ensino de Libras. Quando o tiveram, com frequência, deveu-se principalmente ao seu desejo pessoal de ter procurado uma capacitação e não a uma política consistente de formação. Alguns profissionais tiveram a oportunidade de cursar disciplinas optativas durante a graduação. Entretanto, além da carga horária insuficiente, frequentemente essas disciplinas não eram ministradas por professores surdos, fazendo com que, mesmo os profissionais que cursaram disciplinas de Libras

durante a graduação, fizeram-no, muitas vezes, sem o contato com alguém que possa falar em primeira pessoa também sobre a experiência de ser uma pessoa surda, para além do conteúdo da língua em si.

É necessário lembrar que diferentemente de uma língua estrangeira, a Libras é uma língua nacional e, portanto, há comunidades que a utilizam sistematicamente no país. Por isso, o ensino de Libras precisa ser garantido não só em termos de acessibilidade para essa população, mas também para a sua aprendizagem. Se uma criança nasce surda em uma família de ouvintes, em que ninguém fala Libras, como ela vai entrar em contato com a língua? Há, portanto, a necessidade de se pensar e ampliar a formação de pessoas nessa língua não só para que se dissemine, tornando os espaços sociais mais acessíveis, mas também para que ela se propague com maior facilidade entre pessoas surdas.

Apesar de ser de fundamental importância o debate a respeito da ampliação do domínio de profissionais de saúde sobre a Libras, também não podemos negligenciar o enorme desafio que é tornar bilíngues todos os profissionais ou ao menos uma parte dos profissionais de um sistema universal das proporções do Sistema Único de Saúde. Idealmente, seria importante ter profissionais fluentes em língua de sinais em unidades de saúde por todo o país, como é o desejo de muitas pessoas surdas. No entanto, isso é pouco factível não apenas pelas dimensões do país, como pelo fato de a formação em língua de sinais, como em qualquer língua, ser, passar por uma aprendizagem prolongada e imersiva.

Enquanto supervisora de estágio em hospital no município do Rio de Janeiro, conversava com uma pessoa da equipe, quando soube de uma situação de uma pessoa surda internada e da dificuldade que os profissionais estavam encontrando em se comunicar com essa pessoa. A partir disso, prontifiquei-me a auxiliar, considerando minha experiência e minha possibilidade de comunicação com aquela pessoa e meu domínio da língua de sinais. Qual não foi minha surpresa, quando a equipe me comunicou que a necessidade estava relacionada com um questionário que compunha a avaliação

pré-operatória daquele usuário. Prontamente, orientei a equipe sobre a importância e a necessidade de contar com o profissional tradutor intérprete da língua de sinais (TILS) naquela situação.

Essa anedota serve para exemplificar como, para comunicar-se em algumas situações no contexto da saúde, a precisão da comunicação é essencial. Com minha experiência, sinto-me capacitada para acolher e orientar um usuário em Libras. Entretanto, apesar do meu tempo de experiência e contato com a língua, não me sinto capacitada para coletar informações que exigem essa precisão. Isso passa pela minha formação em língua de sinais (muito voltada para o contexto escolar, onde atuo), pela imersão que pude fazer na língua, pela segurança que tenho em usar uma segunda língua, dentre diversos outros fatores. Por tanto, formar profissionais de saúde para atuarem diretamente com pessoas surdas, utilizando língua de sinais, é muito mais complexo do que apenas ofertar um curso de Libras. O profissional conhecer a língua de sinais, sem dúvida, torna o atendimento mais inclusivo e acolhedor. Muitas vezes, no entanto, não vai prescindir da presença de um tradutor intérprete da língua de sinais.

Apesar de a língua de sinais ser de importância fundamental para o movimento surdo no Brasil, é importante destacar que nem todas as pessoas surdas identificam-se com essa cultura e nem todos fazem uso da Língua Brasileira de Sinais. A discussão que faço nesta obra pretende pensar a acessibilidade de pessoas surdas nos serviços de saúde e para tanto é indispensável a compreensão de que essa não é uma população homogênea, e, conseqüentemente, as respostas de acesso e acessibilidade construídas para responder às necessidades de uma pessoa não necessariamente responderão a todas. Essas diferenças podem estar relacionadas ao momento em que ocorre a perda auditiva (antes ou depois do desenvolvimento da fala), dos recursos com os quais a pessoa conta (por exemplo, aparelho auditivo, implante coclear), das relações que desenvolve ao longo da vida, da possibilidade de fazer leitura labial, do nível de domínio do português oral e escrito, das escolhas pessoais, posicionamentos políticos, entre outros. Em decorrência de tais diferenças,

recursos e ações diferentes podem ser exigidos para uma pessoa surda oralizada e por uma pessoa surda que utiliza a Libras para que ambos tenham acesso ao mesmo serviço de saúde.

As necessidades com relação à comunicação e acesso à informação das pessoas surdas não são homogêneas e a inobservância da diversidade existente nessa população pode levar a equívocos “refletidos inclusive em documentos legais, bem como a uma inadequada utilização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos” (TORRES, MAZZONI, MELLO, 2007, p. 374). Assim, conforme os autores destacam, a inobservância ou desconhecimento do modo singular como cada sujeito surdo se organiza na sua relação com a língua pode levar os profissionais a se equivocarem. Por exemplo, durante a pesquisa que deu origem a esta obra, entrei em contato com situações nas quais o primeiro ato do profissional, ao se deparar com a pessoa surda, foi buscar o auxílio do profissional tradutor intérprete da língua de sinais. Entretanto, tal profissional, ao avaliar as possibilidades de comunicação com a pessoa surda, entendeu que ela não era usuária da Libras e, portanto, seu trabalho não seria necessário.

Nesse sentido, é importante capacitar profissionais de saúde com conhecimentos a respeito da língua de sinais e cultura surda, como também o é prepará-los para reconhecer as diversas modalidades comunicativas que uma pessoa surda pode optar e responder a tais necessidades com estratégias comunicativas coerentes com as opções que o usuário surdo do serviço de saúde pode fazer. Utilizar estratégias menos adequadas do que aquelas que possibilitam maior conforto linguístico ao usuário pode a princípio parecer um problema menor e facilmente superado, mas significa o atraso do atendimento com o usuário – já que o agendamento com intérprete nunca se dá de imediato – e significa, também, que uma outra pessoa surda que talvez se beneficiasse de fato da presença do intérprete deixou de ser atendida. Esse é um problema que poderia ser resolvido se o profissional que atende a pessoas surdas tivesse um mínimo de informação e orientações sobre a diversidade existente na população surda.

Para concluir a conversa a respeito da Libras e sua

importância para a comunidade surda, como também para quem pretende recebê-los e acolhê-los, daremos continuidade, conhecendo um pouco mais o trabalho do profissional há pouco citado, o tradutor intérprete da língua de sinais. A Lei 10.436/2002 e, com mais especificidade, o decreto nº 5.626 tornam obrigatória a presença do profissional tradutor intérprete para garantir o acesso à Educação. Com relação à Saúde, não há a obrigatoriedade da presença de profissional intérprete, mas colocam que o atendimento acessível em Libras deve ser garantido. Dessa forma, diversos municípios, incluindo o Rio de Janeiro, organizam centrais onde é possível fazer o agendamento de um TILS para acompanhamento em espaços de saúde, entre outros serviços como bancos e no judiciário. Um marco importante do decreto nº 5.626 passa pela especificação de quem é o profissional de TILS e como deve ser sua formação, já que historicamente os TILS eram pessoas que tinham proximidade com a comunidade surda e, portanto, prestavam-se ao trabalho de tradução, mas sem formação específica.

Não podemos nos esquecer de que as relações discursivas são relações de poder, ou seja, diferentes discursos emanam de lugares de poder diferentes. Assim, o TILS ocupa uma posição eminentemente política, colocada em ato no momento da tradução. Isso exige que ele esteja cômico do lugar que ocupa, na fronteira de duas culturas, como mediador cultural, podendo ser fiel à tradução, na mesma medida em que compartilha com a cultura surda e que compreende o outro.

Em que serviço de saúde mental a pessoa surda chega?

Depois de tecer considerações sobre a pessoa surda que chega ao serviço de saúde mental, precisamos conhecer esse lugar aonde o surdo chega: o serviço de saúde mental. Pretendo apresentar uma breve introdução a respeito de qual o modelo de atenção à saúde mental estou me referindo durante o texto, bem como a maneira através da qual se concebe e se compõe o cuidado dentro dos serviços de saúde mental.

Desde a Constituição de 1988, a saúde é entendida como

um direito constitucional de todo cidadão brasileiro. A Lei 8080 (1990a) versa a respeito dos Princípios e Diretrizes para o Sistema Único de Saúde, dentre eles, a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Esse é um grande marco para as políticas de saúde, pois garante o acesso à saúde promovido pelo Estado a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades. A partir desse marco, as políticas de saúde tornaram-se mais sensíveis à não homogeneidade da população, evidenciando-se pelo fato de que, muitas vezes, populações específicas têm necessidades de saúde específicas. Nesse contexto, ampliou-se a discussão a respeito das políticas para pessoas com deficiência, onde (segundo a concepção das políticas de saúde) se encontra também a população surda.

As pessoas com deficiência possuem necessidades de atenção à saúde que estão diretamente ligadas à deficiência, como, por exemplo, aquela oferecida nos Centros de Referência em Reabilitação. Entretanto, essas pessoas podem ser acometidas por doenças e agravos, como qualquer outro cidadão, necessitando, também, de acesso aos demais serviços de saúde que não estão diretamente ligados à questão da deficiência. Portanto, a atenção à saúde da pessoa com deficiência não pode ser realizada somente em instituições específicas, “devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e de especialidades médicas” (BRASIL, 2002, p. 31).

Assim, os serviços de saúde que não estão diretamente ligados à reabilitação e nem às discussões sobre deficiência/ diferença/ diversidade deparam-se com a necessidade de receber pessoas com deficiência, de acordo com as especificidades que apresentam. Múltiplas são as barreiras para tornar os serviços de saúde acessíveis à população como um todo. Se tomarmos como exemplo a deficiência motora, é

necessária a garantia de projetos arquitetônicos acessíveis¹¹. Entretanto, sabe-se que a reorganização estrutural de um prédio não garante por si só a acessibilidade ao serviço de saúde já que o imaginário social está permeado de mitos e concepções com relação à deficiência que geram barreiras atitudinais, ou seja, ações, comportamentos e atitudes que tomamos em relação a pessoas com deficiência baseadas em ideias pré-concebidas a respeito da deficiência que geram barreiras à participação dessa população. Por exemplo, em um atendimento em saúde dirigir-se ao acompanhante da pessoa com deficiência ao invés de dirigir-se diretamente a ela, partindo da ideia de que por si só a pessoa com deficiência não poderia responder adequadamente à questão. Esse é um tipo de comportamento que dificulta que a pessoa com deficiência possa se informar, opinar e, em última instância, gerir e participar das decisões a respeito de sua própria saúde.

As barreiras atitudinais não devem ser compreendidas como uma ação de um profissional ruim, individualizando a discussão. Pelo contrário, é necessária a compreensão de que antes mesmo de se deparar com uma pessoa com deficiência nos serviços de saúde, os profissionais já têm uma série de fantasias a respeito de como se relacionar e quais as potências e dificuldades de uma pessoa com deficiência. Longe de fazermos um julgamento moral, é preciso que tomemos em trabalho tais concepções, já que, apesar de tortuosas, é partindo delas que uma relação entre profissional de saúde e pessoa com deficiência, no geral, estabelece-se.

Quando falamos de surdez, a questão da acessibilidade se torna ainda mais complexa. Primeiramente, não se identifica, logo de início, que se trata de alguém que precisa de uma atenção diferenciada, pois nem sempre se percebe essa diferença através da aparência do corpo. Em segundo lugar, com alguma frequência, pessoas surdas têm dificuldade em compreender a Língua Portuguesa em sua forma oral e escrita,

¹¹ No capítulo II, faço uma discussão mais detalhada acerca dos conceitos de acesso e de acessibilidade. Aqui, refiro-me a adaptações arquitetônicas necessárias para que seja possível a circulação de uma pessoa com cadeira de rodas ou mobilidade reduzida.

havendo um hiato nessa função primordial entre o profissional de saúde e a pessoa a que ele está atendendo: comunicar-se. Assim, uma grande barreira é a linguística, pois a comunicação da pessoa surda depende, como vimos anteriormente, de um número de variáveis como a profundidade da surdez, período em que a surdez se instalou, nível do domínio da língua portuguesa oral, nível de domínio da Língua Portuguesa escrita, nível do domínio da Libras. A questão da comunicação, tão fundamental em qualquer serviço de saúde se torna ainda mais complexa na saúde mental, pois, nesses serviços, talvez mais intensamente do que em outras áreas da saúde, comunicar-se não tem como função apenas a troca de informações, mas é também importante para a criação de vínculo, construção de sentido dos sintomas e tratamento e, também, da construção de subjetividade.

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental passou por importantes transformações nas últimas décadas. Em consonância com o processo de democratização do país, e em relação de complementaridade com a Constituição cidadã de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, houve um complexo movimento envolvendo pacientes, profissionais e familiares, no qual o modelo centrado na atenção hospitalar passa a ser cada vez mais questionado. O modelo de cuidado centrado no hospital psiquiátrico propunha o enclausuramento das pessoas em sofrimento psíquico. Isso, além de afastá-las das comunidades onde tinham laços afetivos e do território a partir de onde se reconheciam, dificultava o reconhecimento das condições desumanas às quais o “louco” estava submetido.

A partir da redemocratização do país, esse modelo passou a ser questionado, dando início a um processo de transformação, das formas de cuidado oferecidas às pessoas em sofrimento psíquico conhecido como Reforma Psiquiátrica. O processo da Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital, onde o cuidado é concebido em interlocução com o território. Dessa forma, as pessoas atendidas nos serviços substitutivos de saúde mental são vistas como cidadãos de direitos, usuários de serviços oferecidos pelo Estado, cuja função é não apenas

acolher e cuidar das diversas formas de sofrimentos a que estão submetidos, como também possibilitar e fomentar o direito de acesso e de circulação na cidade e no território, não mais como pacientes que necessitam de tutela e reclusão.

Um marco nesse sentido foi a aprovação da Lei 10.216 no ano de 2001 pelo Congresso Nacional, o que significou um grande avanço na atenção à pessoa que necessita de cuidados em saúde mental, já que ela instituiu os serviços comunitários como preferenciais para o tratamento em detrimento ao hospital psiquiátrico. O primeiro parágrafo do artigo 4º afirma que “o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio”, buscando assegurar seu retorno à comunidade, para que retorne à família, ao trabalho e às atividades na comunidade (BRASIL, 2001).

Em seguida, a Portaria 336 de fevereiro de 2002 instituiu os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, dispositivo fundamental para a efetivação da nova política de atenção à saúde mental proposta no ano anterior. Desde essa época, tivemos uma grande ampliação do número de CAPS no Brasil. São serviços de caráter aberto e territorial, ou seja, propõem-se a cuidar das pessoas em sofrimento psíquico em seu contexto de vida, sem afastá-la de sua comunidade ou de sua família. O trabalho nos CAPS deve dar-se de maneira interdisciplinar e as ações de cuidado devem ser organizadas em torno do usuário. Isso significa que o trabalho deve se tecer em torno da necessidade que o usuário apresenta, e não simplesmente ancorar-se em protocolos pré-estabelecidos. Nesse sentido, é possível criar uma pluralidade de modalidades de intervenção e formas de organização dos serviços, considerando as necessidades específicas daquele território e usuário.

Lembro-me de uma história contada por uma colega de mestrado. Dizia ela que na cidade onde trabalhava, uma pequena cidade no interior do estado do Rio, o CAPS acompanhou uma mulher desde a sua saída de uma longa internação em um hospital psiquiátrico. Não é incomum, a depender das condições e do período de internação que as pessoas saiam em condições bastante prejudicadas: sem os dentes, comendo no chão, andando nus, sem falar. O trabalho

nesses casos é acompanhar uma pessoa enquanto ela reaprende a viver nesse nosso modo, o de fora dos muros do hospício. Pois bem, passa-se que essa mulher, apesar de responder bem ao trabalho, nunca voltou a falar.

Por conta disso, a equipe começou a desconfiar que talvez ela fosse uma pessoa surda, o que, após um período de investigação, veio a se confirmar. A partir disso, descobriram na cidade uma pessoa que sabia Libras e passou a ensinar a língua à nossa personagem. Com esse movimento, a usuária passou a ser uma pessoa mais participativa nas atividades do CAPS, sempre ensinando os sinais novos que aprendia aos colegas que frequentavam as mesmas oficinas que ela. O que mais chamou minha atenção no relato de minha colega foi que, nos momentos em que entrava em crise, nada conseguia ajudá-la a parar e se acalmar. Em uma de suas crises, alguém da equipe do CAPS teve a sensibilidade de convidar a professora de Libras para estar presente. Isso fez toda a diferença. Apenas dessa forma, falando sua língua é que ela podia se acalmar. Ou seja, para que ela pudesse passar por sua crise, era necessário considerar a sua necessidade de se expressar na sua língua. A singularidade daquele território de uma cidade pequena fazia com que a única pessoa que poderia estar com ela fazendo o uso daquela língua fosse a professora de Libras. Assim, o processo de trabalho no serviço pode se configurar em uma modalidade única e inventiva, a partir da necessidade específica daquela usuária e das condições específicas daquele território. Esse é o modo de cuidar que deve operar nos CAPS: inventivo, em conexão com o território e centrado nas necessidades dos usuários.

Por sua construção histórica e pelas atribuições que os CAPS possuem na atual constituição dos serviços de saúde mental, podemos destacar seu papel como de fundamental importância para a elaboração de práticas consistentes e coerentes com as demandas da população e, também, para a concretização e efetivação delas através da articulação entre os diferentes serviços de atenção em saúde mental. Atualmente, existem algumas formas distintas de configuração de CAPS: CAPS I e II, que se diferenciam especialmente pelo

tamanho da população dos municípios nos quais estão; CAPS III, que contam com leitos para acolhimento noturno¹²; CAPS Infantil (CAPSi), que se destinam à população infanto-juvenil e CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS Ad)

Podemos afirmar, como propõe Amarante (2007), que convém pensar o campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, “não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo”, (p. 63) no sentido de algo que está constantemente sendo reconstruído e redesenhado, de acordo com diferentes atores envolvidos nessa construção. Colocando esse aspecto em diálogo com o tema aqui proposto, podemos imaginar que os CAPS, quando se deparam com um sujeito surdo que demanda cuidados em saúde mental, tenderiam a se reinventar, criando estratégias e meios próprios e singulares para receber o surdo em sua idiossincrasia, buscando na comunidade e no percurso trilhado pelo próprio surdo, recursos que tornem possíveis sua circulação e o cuidado a ele dispensado.

Apesar de essa forma de cuidado colocada em marcha ter tido enormes avanços, os serviços substitutivos têm encontrado dificuldades para se consolidar nos últimos anos. É preciso destacar que nunca houve unanimidade no que diz respeito à importância do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. Isso em decorrência de múltiplos fatores, desde o posicionamento ético-político do país frente ao diferente até interesses econômicos corporativistas. Segundo Delgado (2019), o crescimento de ideias conservadores, bem como o acirramento de pressões

¹² Modalidade de atendimento no qual o usuário do CAPS permanece o dia todo no serviço e faz também o pernoite. O acolhimento noturno é utilizado em momentos de crise, quando o usuário está se colocando em risco ou colocando os demais em risco. Diferencia-se da internação psiquiátrica por ter uma duração mais curta, já que seus critérios para que o período de acolhimento termine não estão centrados no desaparecimento dos sintomas, mas sim considerando a rede de suportes que o usuário tem e as possibilidades de cuidado para além do CAPA. Portanto, o trabalho não é apenas de cessar a crise, mas principalmente de cuidar do usuário e de auxiliá-lo com meios para que possa passar pela crise, bem como contribuir com a amarração de uma sólida rede de suporte em que o usuário possa se sustentar, inclusive nos períodos de crise, fora do acolhimento noturno.

neoliberais têm tido, nos últimos anos, forte impacto sobre as políticas sociais brasileiras, oferecendo ameaças não apenas aos direitos adquiridos pela população como também à democracia brasileira, que vinha buscando se consolidar.

Um fator importante que contribui para esse processo foi a aprovação, em 2016, da Emenda Constitucional nº 95, que congela o orçamento para investimento em políticas sociais por 20 anos (BRASIL, 2016), representando um enorme desafio para a manutenção e a expansão do SUS. Além de mudanças orçamentárias, alterações foram feitas em políticas que dialogam intrinsecamente com a saúde mental, como a Política Nacional de Atenção Básica, que passou por mudanças estruturais, como a composição de suas equipes e uma gradual mudança na direção do trabalho. Especificamente para a saúde mental, já vem sendo indicados para coordenadores de saúde mental, cargo vinculado ao Ministério da Saúde, sucessivos nomes de pessoas claramente avessas ao modelo instituído a partir da Reforma Psiquiátrica.

Desde então, muitas ações têm sido feitas no sentido de reverter o processo que se consolidava, consistindo no que tem sido denominado uma contrarreforma em marcha das políticas de saúde mental, evidenciando um acelerado movimento no sentido de desconstrução dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica. Esse movimento envolve o aumento de financiamento para hospitais psiquiátricos, ocasionando uma sensível diminuição no ritmo de implementação de novos CAPS. Esse movimento inclui também o incentivo a ações como eletroconvulsoterapia¹³ e internações de crianças em hospitais psiquiátrico, além de ataques frontais às políticas de atenção e cuidado de pessoas em uso prejudicial de álcool e de outras drogas. Esse processo de desmonte tem acontecido sem que

¹³ Popularmente conhecido como “eletrochoque” é um tratamento cujas indicações já são conhecidas, com seu valor terapêutico comprovado para casos específicos. Historicamente, era utilizado como forma de tortura nos hospitais psiquiátricos, como forma de controle daqueles que relutavam em aderir às duras imposições da rotina manicomial. Assim, o que se questiona não é o tratamento em si, mas o estranhamento de ser indicado como um tratamento “de ponta” a ser utilizado em larga escala.

sejam discutidos nos espaços de controle e de participação social¹⁴, tão caros ao SUS. Ou seja, as mudanças têm sido feitas de forma pouco transparente e sem que possamos, como sociedade, acompanhar tais mudanças (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

Por tanto, a forma de cuidado de que trato aqui está sob ameaça de deixar de existir. Entendo que o cuidado acontece no encontro entre o profissional e o usuário e nas múltiplas ações que daí podem decorrer. Não podemos esquecer, entretanto, que esse encontro não acontece desconectado da realidade social, política e econômica na qual nos encontramos, o que pode dificultar muito que o cuidado aconteça, mesmo que os sujeitos envolvidos na ação assim o queiram.

Ao longo deste capítulo, discuti um pouco a respeito da pessoa surda e a multiplicidade de formas que essa condição: uma diminuição na audição que interfere na forma de comunicação, pode ter a partir das condições e preferências de cada pessoa. Passei também sobre as diferentes formas de comunicar e estabelecer relações que a pessoa surda pode ter a partir de sua trajetória de vida. Partindo para o outro ponto, que é base para a discussão deste trabalho, apresentei os serviços substitutivos de saúde mental, sua proposta de trabalho centrada no sujeito e no território e na sua possibilidade de reconstruir as formas de cuidado, a partir da realidade em que está inserido. A partir de agora, vamos mergulhar um pouco mais nesse encontro: em que medida os serviços de saúde conseguem – ou não – receber pessoas surdas.

¹⁴ Dentre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a participação da comunidade é aquele que busca garantir que as políticas de saúde respondam às expectativas e às necessidades da população a que se destina. Assim, qualquer mudança nas políticas de saúde mental deveria ser amplamente discutida com a sociedade antes de sua implementação.

II – O ENCONTRO: COMO CHEGA?

Recebo uma mãe acompanhada de seu filho, que tem cerca de 30 anos cuja queixa principal (da mãe) é de dislexia e dificuldade com a aprendizagem do Português. Na conversa com a mãe e José, contamos com a presença do intérprete, já que a mãe tem pouco conhecimento de Libras. Muitas vezes, a mãe tem um ímpeto de responder as perguntas direcionadas a José, dificultando minha comunicação com ele. Num segundo momento, marco uma conversa somente com José com o intuito de identificar se ele tem alguma demanda, já que, durante o atendimento com a mãe, isso não ficou claro. Além disso, gostaria de falar, sem a presença da mãe, sobre um episódio de tentativa de suicídio mencionado pela mãe sobre o qual, quando na presença dela, José apenas a assistiu falar. Ela dizia que ele tinha tentado suicídio em decorrência do Transtorno Afetivo Bipolar. Mas, e José? O que achava disso? Quando começamos a conversar, eu e ele, sobre o tema do suicídio, José rapidamente responde algo parecido com o que disse a mãe. Não nomeia nenhum tipo de sofrimento, mas me conta que toma remédios. Fala-me sobre o “homem de barba” aonde vai para pegar as receitas da medicação. Sobre os motivos de ir ao psiquiatra, sinaliza o tempo todo “remédio” e “calmo”. Conta que, quando vai às consultas, precisa esperar e que demora muito! Em seguida, o médico chama a ele e sua mãe e, após conversar com a mãe, o médico escreve a receita em um papel e depois vão embora. Fiquei pensando o quanto que a maneira como nós profissionais abordamos uma pessoa e seu sofrimento interferem também na maneira como a própria pessoa pode entender e nomear esse sofrimento ¹⁵

A história de José sintetiza duas ideias fundamentais que devem nos acompanhar ao longo a leitura deste capítulo: a primeira é dos efeitos deletérios aos cuidados em saúde mental se não considerarmos o vínculo e o contato de um usuário com seu médico ou qualquer profissional de saúde que o acompanhe. A mãe de José o colocava como uma pessoa

¹⁵ Trecho de diário de campo a partir do meu trabalho com estudantes surdos.

totalmente alheia ao próprio processo de cuidado em que ele estava inserido, o que era, de alguma forma, assimilado e reproduzido pelo profissional que o atendia. O fato de nomear o médico com os sinais “homem” “barba”, no contexto da conversa, comunicou-me que, na consulta em que era definida qual medicação tomaria e em qual quantidade, ele era mero observador. Por isso, longe de ser um instrumento para coleta de dados e orientações, o momento em que profissional de saúde e usuário se encontram deve ser entendido por si só como um dispositivo de cuidado, quando falamos nos serviços substitutivos de saúde mental.

A segunda ideia que deve nos acompanhar ao longo deste capítulo é o duplo desafio, quando se trata de uma pessoa surda. Trata-se de um duplo desafio, pois se propor a construir o cuidado junto a qualquer usuário é um desafio, já que, muitas vezes, nós, profissionais de saúde, somos formados e convocados a assumirmos o papel daquele que sabe “a resposta” e oferece àquele que tem ou é o “problema”, quando falamos de um usuário do serviço que é uma pessoa surda, a comunicação oferece um desafio maior a co-construção do cuidado.

Assim, depois de conhecer um pouco melhor as pessoas surdas, sua cultura e comunidade, é importante pensar sobre o encontro dessas pessoas com serviços de saúde. Quais as possibilidades e desafios em se receber essa população nos serviços de saúde? Como ilustrado pela história de José, muitas vezes, a passagem por um serviço ou profissional de saúde pode fazer pouco ou nenhum sentido para uma pessoa surda, quando existe pouca troca entre o profissional e essa pessoa. Nesse sentido, é fundamental pensarmos também sobre os serviços de saúde mental e da importância da construção do vínculo para o trabalho que ali acontece, sendo a utilização de algum tipo de comunicação, parte importante do estabelecimento desse vínculo.

Acesso, Acessibilidade e Comunicação

Conforme vimos anteriormente, a Constituição Federal de 1988 foi fruto de lutas em um momento de redemocratização do país. Em consonância com a proposta da Constituição Cidadã, como ficou conhecida, a mobilização do movimento pela Reforma Sanitária alcançou importantes avanços no sentido da ampliação do acesso aos serviços de Saúde, afirmando, em seu Artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Outro importante marco legal foi a Lei 8080 (1990a), que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços no Sistema Único de Saúde. Os princípios doutrinários que norteiam a construção do SUS versam sobre a *Universalidade* do acesso, ou seja, a garantia de acesso ao serviço a todo e qualquer cidadão. Está assegurada também a *Equidade* da assistência de maneira que todo cidadão será atendido igualmente, sem privilégios ou barreiras, recebendo o cuidado de acordo com suas necessidades. A *Integralidade* é o princípio que garante que as pessoas que procuram atendimento no Sistema Único de Saúde possam ser cuidadas como um todo indivisível e complexo composto de fatores biológicos, psíquicos, sociais e culturais que interagem com um território e uma comunidade e num continuum, passando por todos os níveis de atenção à sua saúde (BRASIL, 1990b).

A ideia de garantir a possibilidade de cuidados em saúde a toda população brasileira é, portanto, ainda muito recente no Brasil. A proposta de garantir cuidado a toda população, com um olhar para a singularidade das diferentes formas que diferentes populações têm de circular e ocupar os espaços, como no caso de pessoas surdas e pessoas com deficiência é ainda mais recente. Um dos marcos legais nesse sentido foi o lançamento, em 2002, da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que tem como objetivo “(...) *contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências*” (BRASIL, 2002, p. 27).

Dentre suas diretrizes, destacam-se a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência e a assistência integral com serviços preparados para receber tal clientela, em todos os níveis de complexidade do SUS, com a porta de entrada na atenção básica. A política prevê ainda como diretriz a formação de recursos humanos para melhor atender a essa população. Para a efetivação da Política, a formação de recursos humanos seria prioritária, sendo estimulada a formação contínua de profissionais que atuam na reabilitação e, também, dos profissionais que atuam na atenção básica, além da criação de cursos para formar profissionais especializados em Órteses e Próteses. Em parceria com o Ministério da Educação, deveriam ser estimuladas disciplinas e conteúdos acerca da Reabilitação e atenção à saúde da pessoa com deficiência nos cursos de graduação na área da Saúde, e estimuladas pesquisas e bolsas na área da Reabilitação (BRASIL, 2002).

Ainda que tais políticas representem avanços, cuidar da população em sua diversidade é um enorme desafio que se traduz no fazer dos profissionais que se encontram na ponta, o que aponta para a necessidade de olhar para o interior dos serviços e dos processos de trabalho, pensar como se organizam e se de fato têm respondido à diversidade. Para lidar com tamanho desafio, os conceitos de acesso e acessibilidade podem ser importantes operacionalizadores no sentido de repensar a organização do trabalho e dos serviços de saúde, tornando-os mais inclusivos. Acesso e acessibilidade são conceitos que se misturam e se confundem muitas vezes e que não são utilizados exclusivamente para pessoas com deficiência. Podem ser, entretanto, valorosos para a discussão que faço na medida em que se debruçam sobre fatores que influenciam nos usos que pessoas fazem dos serviços, dentre eles, os serviços de saúde.

Segundo Travassos e Martins (2004), o conceito de acesso é complexo e frequentemente utilizado de forma imprecisa, sendo variável a maneira como é compreendido entre diferentes autores, momentos e contextos. A terminologia empregada também é variável, de maneira que alguns autores

utilizam o substantivo acessibilidade enquanto outros preferem o substantivo acesso, ainda outros fazem uso de ambos como sinônimos para se referir às possibilidades de obtenção de atenção em um serviço.

Apesar de diferenças de terminologia entre os autores e da abrangência dos conceitos, é possível traçar aspectos comuns entre os autores. A acessibilidade é predominantemente utilizada para descrever *uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja essa uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica*. Os autores que optam pela utilização do termo acesso referem-se, em geral, à chegada aos serviços (TRAVASSOS, MARTINS, 2004, p. 196).

A Biblioteca Virtual em Saúde, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) apresenta o acesso como o *conceito que se preocupa com todos os aspectos da qualidade, acessibilidade e avaliação de cuidados de saúde e entrega de cuidados de saúde* enquanto que a acessibilidade se refere à *possibilidade de os indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde*. A partir desses descritores podemos concluir, portanto, que a ideia de acessibilidade está contida na ideia de acesso, como um dos aspectos que pode contribuir com o acesso efetivo. Nos DeCS, a ideia de acessibilidade relaciona também os fatores que interferem nas possibilidades de chegada e de utilização dos serviços: aspectos de ordem *geográfica, arquitetônica, de transporte, financeira entre outras*. Nesse sentido, a ideia da acessibilidade encontra-se também muito vinculada à superação de barreiras que podem dificultar acesso e circulação, discussão bastante próxima à levantada pelos movimentos das pessoas com deficiência.

No levantamento realizado por Travassos e Martins (2004), foi identificada uma tendência entre os autores em deslocar do eixo central desses conceitos, da entrada do serviço para o uso e os cuidados recebidos. As autoras destacam, a partir dessa constatação, a importância de diferenciarmos acesso de uso, continuidade de cuidado e efetividade, embora haja grande correlação entre tais conceitos.

Aproximando a discussão daquilo que pretendemos aqui, podemos afirmar que existem diversos fatores que influenciam a maneira como uma pessoa surda chega e é recebida em um serviço de saúde, sendo os principais aspectos envolvidos: a oferta do serviço (que compreende a maneira como a rede é construída em determinado território), a percepção da existência de uma situação passível de ser cuidada em um serviço de saúde (seja pela própria pessoa, seja pelas pessoas que estão próximas a ela como vizinhos, amigos e familiares), as possibilidades de chegada do usuário ao serviço (que compreende, por exemplo, o acesso à informação sobre a existência do serviço, a existência de meios materiais para se chegar até ele, entre outros); e a elaboração da demanda feita pelo serviço de saúde a partir do situação trazida pelo usuário.

Outro aspecto que me interessa é pensar como a existência de barreiras, em especial as barreiras de comunicação sejam elas fora ou dentro dos serviços de saúde interferem no acesso de pessoas surdas aos cuidados em saúde, em especial os de saúde mental. É interessante observar que estar atento à maneira como essas questões interferem na chegada de uma pessoa surda ao serviço de saúde pode ser benéfico tanto para surdos como para ouvintes, já que se preocupar com a forma de receber pessoas que não dominam o português, pode contribuir com os cuidados prestados a pessoas com baixa escolaridade e não alfabetizadas. Nesse sentido, compreender a centralidade das informações e comunicação como direito no cotidiano dos serviços de saúde é essencial.

A luta pelo direito ao acesso à informação e à comunicação ganha maior destaque a partir do século XX, com o avanço e a disseminação de novas tecnologias, em especial na área da computação digital, dando novas dimensões à comunicação interpessoal. A comunicação passa a se dar também a distância de forma que os processos de acesso à

informação e comunicação¹⁶ já não podem ser separados (TORRES, MAZZONI, MELLO, 2007). No entanto, ainda há muito que se pensar a respeito da relação entre acesso à comunicação e informação e saúde. A pandemia da Covid-19, evidenciou como os avanços tecnológicos podem ser tanto um fator facilitador dos cuidados em saúde (ofertando informação em larga escala e possibilitando atendimentos em saúde via internet), na mesma medida em que impunham um abismo àqueles que não tinham acesso à internet, computador, celular ou a quem faltava conhecimento em como lidar com tais tecnologias.

A Lei 10.098 de dezembro de 2000 é, em nosso país, aquela que aborda o tema da acessibilidade. Apesar da controversa, já que ela define acessibilidade como um tema que concerne somente a pessoas com deficiência, esse instrumento legal define as barreiras que dificultam a acessibilidade, dentre elas, as barreiras de comunicação e na informação: *“qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação”*.

Apesar de apresentar as barreiras que podem dificultar o acesso à informação e à comunicação, não há diretrizes claras dirigidas à superação de tais barreiras¹⁷, diferentemente

¹⁶ No campo da Comunicação e da Saúde, apesar de os termos informação e comunicação andarem constantemente juntos, há diferenças entre eles: a informação em geral relaciona-se com processos de gestão como a produção de dados e sua conversão em informação, enquanto a comunicação se preocupa mais com as maneiras de tratar a informação, fazê-la circular e identificar as diferentes maneiras de como pode ser transformada em saber por pessoas e instituições. Observa-se, cada vez mais, a informação substituindo a comunicação, o que pode prejudicar a apreensão de processos sociais implícitos.

¹⁷ Segundo Torres, Mazzoni e Mello (2007), uma das maneiras de garantir acessibilidade no âmbito da comunicação e informação é o princípio da redundância, que estabelece que, para que uma informação seja acessível, ela deve ser captada de forma multissensorial. Ou seja, que aquilo que é captado por um sentido possa também ser captado por outro – como a transformação de estímulos visuais em estímulos táteis ou sonoros. Táticas comumente utilizadas com esse intuito são a transcrição eletrônica da fala em tempo real e a audiodescrição.

das barreiras físicas e de mobiliário, onde há indicações mais objetivas. Esse pode ser um indicativo de que o destaque dado à comunicação e à ideia de acessibilidade relacionada a ela é ainda bastante recente. O Decreto 5.296, de dezembro de 2004 apresenta, de maneira um pouco mais específica, algumas condutas no que diz respeito ao acesso à comunicação e à informação, em especial no que diz respeito à telefonia e à telefonia móvel.

Cabe destacar a maneira fragmentada como tanto a lei quanto o decreto foram elaborados, concebendo adaptações específicas para cada tipo de deficiência. Essa abordagem limita as possibilidades de abrangência das políticas de acessibilidade, já que toda a população poderia se beneficiar de serviços mais acessíveis. Além disso, dificulta a concepção de serviços acessíveis como um todo em um *continuum* – desde rampas na entrada, piso guia até a existência de sinalização clara que oriente a chegada da população a todos os fluxos necessários a percorrer dentro do serviço.

Além disso, o entendimento que temos a respeito de acessibilidade comunicacional está muito vinculado ao desenvolvimento tecnológico. O desenvolvimento de recursos de tecnologia que facilitem a comunicação de pessoas surda, é, sem dúvida, fundamental para garantir a acessibilidade dessas pessoas. Segundo Hermawati e Pieri (2020), a respeito dos tipos de tecnologia assistiva¹⁸ para pessoas surdas, foram identificados os seguintes tipos (além dos recursos voltados para a audição como o aparelho auditivo e o implante coclear): TA para ampliação da comunicação entre pessoas surdas; TA para situações de emergência; TA cuja finalidade é ampliar a percepção musical de pessoas surdas; TA de alarme e para facilitar atividades cotidianas; TA para facilitar o acesso a

¹⁸ Segundo o Comitê de Ajudas Técnicas, trata-se de “uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2007).

informações do ambiente e de localização; TA para o contexto educacional e TA para a ampliação da comunicação entre surdos e ouvintes, sendo esse último um tema bastante pesquisado.

Como podemos observar, o desenvolvimento tecnológico muito pode contribuir com as possibilidades comunicativas de pessoas surdas, em especial entre pessoas surdas e ouvintes. É fundamental, no entanto, estarmos atentos tanto às profundas desigualdades sociais que podem dificultar a aquisição ou o uso dessas tecnologias, como também à importância que as tecnologias leves¹⁹ têm no atendimento a pessoas surdas.

Atendimento a pessoas surdas em serviços de saúde

Acesso e acessibilidade são balizas para a execução das políticas que garantem o direito à saúde das pessoas com deficiência, dentre elas as pessoas surdas. Entretanto, entender como de fato isso ocorre e a diversidade de fatores que interferem no acesso de uma pessoa surda é tarefa bem mais complexa. É necessário que possamos nos dedicar a pensar como se dão as relações de cuidado entre serviço e usuário surdo e na efetividade dos serviços quando se trata dessa população.

Conforme apresentei no capítulo anterior, quando tratamos a respeito da língua de sinais, há no Brasil legislações que garantem atendimento em Libras nos serviços de saúde. Há, no entanto, entraves para a efetivação dessa obrigatoriedade como a disponibilidade de profissionais tradutores intérpretes nos quadros dos municípios, por exemplo. Questiono-me, além do mais, se a obrigatoriedade de

¹⁹ Merhy (2007) classifica os tipos de tecnologias envolvidas com o trabalho em saúde como duras, leve-duras e leves. As duras relacionam-se aos equipamentos utilizados, as leve-duras são os saberes sistematizados que interferem sobre os processos de trabalho em saúde, enquanto as tecnologias leves são aquelas que envolvem a subjetividade, que colocam em ação o acolhimento e o vínculo. Nesse sentido, as tecnologias da comunicação não devem ser o que possibilita a comunicação entre o usuário surdo e o profissional de saúde, mas um instrumento a seu favor.

atendimento em Libras garante por si só o acesso de uma pessoa surda aos serviços de saúde, considerando a diversidade presente entre essa população, ou seja, nem sempre uma pessoa surda é usuária da língua de sinais.

Para pensarmos o atendimento de pessoas surdas em serviços de saúde, é importante lembrarmos que, como apontam Costa et al. (2009), uma série de questões das quais pessoas surdas se queixam são dificuldades também referidas pela população em geral, como dificuldades em compreender as orientações médicas em decorrência dos termos utilizados e dificuldade em compreender as indicações escritas em receitas médicas. Nesse sentido, avaliar os modos através dos quais os serviços de saúde podem ser mais adequados às formas de comunicação de pessoas surdas pode contribuir para que se tornem serviços mais inclusivos e acessíveis não apenas para pessoas surdas. Dizer que são afetados pelos mesmos problemas, no entanto, não quer dizer que as pessoas surdas sejam atingidas da mesma forma. Em seguida, veremos o porquê.

Em um estudo que busca compreender as representações de uma comunidade surda sobre as intervenções de saúde que lhe eram dirigidas, Nóbrega et al. (2012) construíram três categorias: a) Identidade e Cultura Surda; b) Discurso do deficiente versus discurso do surdo: uso de tecnologias auditivas; c) Ética do Cuidado e Políticas Públicas: o papel da escolha. Os resultados da pesquisa apontam que pessoas surdas se identificam como integrantes da Cultura Surda, o que faz com que a experiência material da perda da surdez torne-se secundária. Concepção essa conflitante com a concepção biomédica e das políticas públicas em saúde voltadas especificamente para essa população. Assim, para o grupo estudado, as políticas de saúde estão primariamente vinculadas às ideias de normatização e de submissão à cultura ouvinte (principalmente implante coclear) e não a cuidados em saúde.

Esse estudo aponta para um aspecto importante na relação da pessoa surda com os serviços de saúde: a maneira como se percebem vistos pelas políticas de saúde. O que o estudo aponta é que a maneira como a política de saúde pensa

a existência das pessoas surdas não condiz com a maneira como se percebem. Isso pode levar a um distanciamento dos surdos em relação aos serviços de saúde. As experiências negativas de pessoas surdas, ao tentarem utilizar os serviços de saúde, somadas à hegemonia do modelo biomédico podem fazer com que as concepções ampliadas de saúde a partir da qual os serviços de saúde devem ser aproximados das pessoas e comunidades fiquem muito distantes da experiência de pessoas surdas. Em outras palavras: quando falamos em “saúde” para uma pessoa surda, muito frequentemente o sentido está relacionado com saúde auditiva, dificuldade de acesso e de comunicação e quase nunca a uma experiência de acolhimento, cuidado ou promoção de saúde. Assim, vai se criando um abismo entre a pessoa surda e o serviço de saúde.

As políticas de saúde têm uma abordagem à surdez predominantemente pautada por uma concepção orgânico-biológica, sem que seja possível encontrar referências às singularidades linguísticas e culturais de pessoas surdas e com ações que se centram na ideia de cura e de superação da condição de pessoa surda, levando a medicalização da surdez e a dificuldades de acesso (SOLEMAN, BOUSQUAT, 2021) e, em consequência disso, pessoas surdas sinalizantes podem evitar ir ao médico mesmo sentindo-se doentes (CHAVEIRO, BARBOS & PORTO, 2005) e vão ao médico com menos frequência que pessoas ouvintes (LEITE, LEITE, SILVA, 2022).

Problematizo a forte associação que existe entre a ideia de saúde e a de reabilitação auditiva, pois as políticas de saúde para essa população não podem se resumir a isso. Entretanto, percebo que, frequentemente quando falo em saúde, a ideia que vem associada é a do implante coclear e do fonoaudiólogo, numa perspectiva biomédica e curativa da surdez. Por isso, tenho pensado em que medida temos conseguido informar a população surda, e a população como um todo sobre a compreensão que o SUS tem a respeito da saúde. Se trabalhamos uma concepção ampliada de saúde, por que a mensagem que estamos passando para as pessoas surdas é a de que o que podemos oferecer é o implante coclear? Há,

portanto, um trabalho a se fazer no sentido de apresentar às comunidades surdas uma proposta de cuidado em saúde mais integral e ampliado²⁰.

Cabe destacar também que, em relação à atenção integral à pessoa surda, a própria concepção das políticas ainda tem muito a caminhar. Por exemplo, o decreto nº 5.626, que versa sobre a recepção dos surdos nos serviços de saúde, coloca como obrigatória a disciplina de Libras somente para o curso de Fonoaudiologia – profissional mais frequentemente vinculado à reabilitação – contradizendo a proposta do próprio decreto, de que todos os serviços devem oferecer atendimento em Libras, com ou sem a presença do intérprete. Mesmo apontando para as dificuldades de que todo serviço de saúde conte com profissionais de saúde fluentes em Libras, sendo necessária a presença de profissionais tradutores intérpretes da língua de sinais, é indispensável que todo profissional de saúde tenha um mínimo de conhecimento sobre a Libras, bem como a respeito da diversidade existente entre pessoas surdas e também a respeito de cultura surda.

Tornar os serviços de saúde acolhedores e potentes para pessoas surdas, oferecendo um tipo de cuidado que ultrapasse uma visão estreita de saúde, os serviços de saúde precisam ser sensíveis ao modo de se comunicar das pessoas surdas. Para que isso aconteça, é fundamental que a construção das políticas em saúde possa incluir, no processo de formulação, os atores e a população envolvida, seus desejos e valores. Essa população deve também ser escutada nas práticas em saúde, para que sua forma de conceber o mundo e subjetividade possam compor tais práticas.

Assim, as dificuldades de acesso de pessoas surdas aos serviços de saúde são muito anteriores a sua chegada, têm

²⁰ Uma ação interessante nesse sentido é o “RAP da Saúde”, uma iniciativa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, que conta com apoiadores e facilitadores na rede de serviço, além de adolescentes multiplicadores, que discutem questões como raça, gênero, deficiência, prevenção, direitos e cidadania. Dentre os jovens multiplicadores, existia um grupo de surdos, que facilitava que informações chegassem à comunidade surda. Atualmente, não tenho notícias se esse grupo ainda está ativo.

seu princípio nas concepções de que as pessoas surdas têm sobre o que são cuidados em saúde. Tais concepções estão embebidas de uma ideia puramente biomédica de saúde, ou seja, saúde é igual à reabilitação auditiva e frequentemente ligadas a tentativas frustradas de acesso aos serviços. É comum, em meu dia a dia de trabalho, que eu oriente pessoas surdas a procurarem serviços de saúde para cuidar de uma tosse persistente ou hipertensão. Quase sempre a resposta que obtenho é uma expressão facial de negação associada com o sinal que significa que há entraves na comunicação. Pensar acesso é também poder repensar as concepções que a população tem a respeito de o que é a Saúde e o que é o SUS.

O mesmo se passa com a ideia de saúde mental, já que “mental” na língua de sinais pode estar relacionado a ideias com forte estigma, muito vinculados na abordagem biomédica ao adoecimento psíquico e à ideia de deficiência intelectual. Nesse sentido, abordagens em saúde mental junto a pessoas surdas precisam ocupar-se também de transmitir como os cuidados em saúde mental, conforme proposto nas políticas de saúde mental, são muito mais do que a ausência de doença, mas uma ideia ampliada que envolve bem-estar e qualidade de vida (FRANCKE, 2018).

Quando conseguem procurar o serviço de saúde, deparam-se com a existência de importantes barreiras no atendimento, comprometendo, dessa forma, a relação entre usuário e profissional de saúde e conseqüentemente a qualidade do serviço prestado. Um estudo de revisão bibliográfica realizada por Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) aponta diversas barreiras no atendimento em saúde ao surdo, com destaque às dificuldades linguísticas, falta de confiança dos surdos naqueles que ouvem (ouvintes), dificuldades dos profissionais em compreender as pessoas surdas, atribuindo-lhes baixa inteligência bem como dificuldades de acesso às informações preventivas (LEITE, LEITE e SILVA, 2022; LOPES, VIANA, SILVA, 2017; FRANÇA et al., 2016; CHAVEIRO et al., 2010; COSTA et al., 2009; CHAVEIRO, BARBOSA e PORTO 2008; CARDOSO, RODRIGUES, BACHION, 2006; CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; SANTOS,

SHIRATORI, 2004). Para surdos sinalizantes, a ausência de profissionais que tenham domínio da língua de sinais pode significar que a integralidade não seja cumprida, apesar de sua garantia legal em decorrência de barreiras na comunicação (SILVA et al., 2022).

A dificuldade de acesso à informação aparece como um ponto fundamental não só pela falta de conhecimentos gerais sobre saúde e prevenção, mas também pela falta de conhecimentos sobre o funcionamento dos serviços e a política de saúde. Por exemplo, explicar ao usuário sobre regionalização dos serviços de saúde e seus motivos faz parte do cotidiano do profissional de saúde. Poder construir um sentido para o usuário ter que ir para outro lugar para ser atendido, sem que isso se configure como falta de acesso é um processo fino e delicado – é preciso acolher a demanda, sem colocá-la em trabalho.

Na vivência das pessoas surdas pela falta de informação e dificuldade na comunicação, isso frequentemente se transforma em não conseguir atendimento em lugar nenhum, não entender o porquê e não saber para onde levar sua demanda. Esse não é um problema somente para as pessoas surdas, mas a surdez aparece com um elemento a mais a dificultar o acolhimento adequado. É preciso lembrar que pessoas ouvintes, mesmo quando com baixa escolaridade e pouco acesso à informação, ouvem uma conversa ou escutam uma informação no rádio ou na TV e esses elementos também passam a compor seu repertório de experiências para compreender o funcionamento dos serviços de saúde. Isso não acontece com pessoas surdas. Nesse caso, é necessário criar mecanismos específicos para que tenham acesso a tais informações.

Recentemente, uma senhora surda me procurou para que a ajudasse a fazer uma reclamação sobre um serviço de saúde. Apesar da baixa escolaridade e das frequentes queixas de falta de acesso à saúde, se sai bem circulando pelos serviços mesmo sem a presença de intérprete. Ela me procurou, pois precisou faltar ao trabalho por estar passando mal. Naquele dia, entretanto, acabou não indo ao médico já que se sentia muito prostrada. No dia seguinte, já se sentindo

melhor, foi ao médico para dizer que, no dia anterior, havia faltado ao trabalho por não se sentir bem e, por isso, precisava do “papel”. O médico entregou a ela um papel dizendo que estava apta a trabalhar naquela data em que procurou a clínica da família. Estava muito brava, sinalizava que o médico tinha feito errado e dizia que esse tipo de situação não aconteceria se houvesse uma melhor comunicação com as pessoas surdas nos serviços de saúde.

Para mim, era tão óbvio que o médico só poderia entregar o atestado caso a pessoa doente estivesse em atendimento com ele no momento que necessita do atestado, que tive muita dificuldade de entender qual era a questão daquela senhora, foi preciso que ela me contasse a história três vezes. E, depois que entendi, tive muita dificuldade em explicar a ela como é correto proceder quando uma pessoa está doente e necessita de atestado médico como comprovante. Ela reagiu com uma expressão desconfiada e sinalizou “estranho”, desconfiando da informação que tinha dado a ela. Quando se pensa em acesso de pessoas surdas à saúde, portanto, não basta pensar em uma maneira de o profissional poder se comunicar com a pessoa que se encontra na sua frente naquele momento, é preciso pensar em um sentido muito mais amplo da comunicação a respeito do SUS, enquanto sistema para com essa população.

A presença do intérprete durante os atendimentos em saúde é vista pelas pessoas surdas como um elemento garantidor do acesso, mas há ressalvas como a necessidade de ter confiança no profissional e o receio de se sentir exposto, o tempo que o profissional intérprete possui para estar em cada situação, bem como a dificuldade para encontrar esse profissional disponível. Nesses casos, essa função acaba sendo exercida por amigos ou algum membro da família. Portanto, a presença do intérprete é vista como importante, mas não decisiva para que o atendimento prestado seja de qualidade (CHAVEIRO, BARBOSA, 2005; CHAVEIRO, BARBOSA, PORTO, 2008).

É importante pensar também a educação continuada do profissional intérprete que atua interpretando em serviços de

saúde. No estudo que deu origem a esse livro, por exemplo, os profissionais intérpretes precisaram entrar em contato com pessoas que estavam em franca crise psicótica. O tradutor intérprete é formado para interpretar, diferente do profissional que atua na saúde mental, que possui todo um aparato teórico, formação constituída, trabalho em equipe e experiência para lidar com as dificuldades (e, muitas vezes, com o horror) que pode causar estar de frente com uma crise psíquica. Outro aspecto é que frequentemente a terminologia médica utilizada é de difícil tradução, já que há todo um vocabulário específico. É importante ressaltar que não basta que o profissional conheça o sinal para a palavra utilizada, é necessário que a pessoa surda conheça e dê sentido ao sinal naquele contexto. Nesse sentido, a presença do intérprete não exime o profissional de saúde de fazer esforços no sentido de estabelecer uma efetiva comunicação.

Nesse encontro entre profissional de saúde e pessoa surda, diversas estratégias de comunicação podem ser utilizadas como o uso do português escrito, leitura labial, ou presença de familiares, entretanto todas essas estratégias são ineficientes para promover uma efetiva comunicação entre profissional de saúde e surdo sinalizante. Quando há presença de um familiar, as pessoas surdas sentem que não têm protagonismo, pois o diálogo é estabelecido entre os ouvintes, além de perderem sua autonomia com relação aos cuidados com sua própria saúde. Há também a impossibilidade de escuta qualificada, provocando angústia e ansiedade dentre os profissionais de saúde (TEDESCO, JUNGES, 2013; OLIVEIRA, CELINO, COSTA, 2015).

A presença de outra pessoa para facilitar a comunicação, como um familiar ou intérprete, pode ainda dificultar a comunicação, na medida em que pode impossibilitar a troca de informações sigilosas (NOBREGA, MUNGUBA, PONTES, 2017). Sobre o acolhimento de pessoas surdas com demandas em saúde mental, Espírito Santo, Silva e Mendonça (2020) indicam que a necessidade de mediação por um terceiro, em especial que não seja um profissional capacitado para tal, pode não apenas aumentar a sensação de ansiedade

em profissionais e no usuário, como também se colocar como barreira à comunicação e, em última instância, como barreira à produção de cuidado. Segundo os autores, quando se trata de pessoas surdas em serviços de saúde mental, fica evidente que acesso ao serviço, muitas vezes, não significa produção de cuidado, já que a pessoa surda não o consegue acessar em sua língua. Francke (2018) indica que a comunicação mediada por um terceiro, como um familiar, por exemplo, pode levar a diagnósticos e avaliações errôneas. Em especial na saúde mental isso pode ter efeitos muito deletérios sobre o cuidado. Em sua pesquisa, deparou-se com a situação de uma pessoa surda que foi considerada mentalmente incapaz e que acabou sendo judicialmente interditada, tendo efeitos muito negativos sobre sua vida e sua subjetividade.

É importante destacar que, mesmo com o uso da Libras, é pertinente a complementaridade das informações com uso de outras estratégias, como as citadas acima. Ou seja, a ampliação das formas e vias de informação é sempre uma forma de ampliar a comunicação. Além disso, quando se trata de uma pessoa surda que não utiliza língua de sinais esse repertório de estratégias se torna ainda mais relevante, podendo também acrescentarmos como possíveis estratégias: mímica, expressão facial, uso de imagens e vídeos no computador/celular, uso de materiais e objetos concretos. Tais estratégias não substituem a língua de sinais, mas podem tornar a comunicação mais complexa e rica. Portanto, sempre ao estabelecer contato com uma pessoa surda, é fundamental que o profissional busque compreender quais as formas de comunicação utilizadas por ela e seja capaz de lançar mão de um leque de estratégias que casam melhor com a forma como se comunica.

Quanto à visão dos profissionais, literatura nacional aponta que a comunicação eficaz é concebida como um instrumento essencial pelos profissionais de saúde, e torna-se um grande desafio ao atenderem pessoas surdas. A ausência de conhecimento sobre língua de sinais (ou a falta de fluência, quando há algum conhecimento) é apontada como desafio. Fica bastante claro o quanto, na concepção dos próprios

profissionais de saúde, a língua de sinais é um recurso de comunicação que precisa ser mais amplamente conhecido por eles, reconhecendo também “seus aspectos supras segmentais, que incluem gestos, expressões faciais e corporais”. A pesquisa, portanto, aponta para uma lacuna na formação dos profissionais de saúde no que diz respeito ao atendimento de pessoas surdas, em especial se considerarmos que a maioria dos cursos de saúde aborda a questão da surdez como uma condição patológica (CHAVEIRO et al., 2010, p. 624). Assim, tornam-se necessários tanto o a ampliação da capacitação dos profissionais com relação à Libras como o incentivo a pesquisas que tenham como enfoque essa temática (SILVA et al., 2022).

Portanto, os profissionais de saúde percebem que seus conhecimentos são ainda insuficientes para atender e realizar o diagnóstico de pessoas surdas e apontam para a necessidade de que sua formação contemple não apenas a Libras, mas também outros recursos e estratégias que poderiam auxiliar no atendimento a essa população. Nesse sentido, o assunto da surdez ser abordado durante a formação dos profissionais de saúde assim como também formas de educação continuada são importantes para que o profissional possa se sensibilizar ao modo de existir e de comunicar das pessoas surdas.

Sobre a oferta de atendimento psicológico a pessoas surdas, as dificuldades comunicativas novamente despontam como um grande desafio, sendo necessária a formação de profissionais psicólogos que possam atender a pessoas surdas sem a necessidade de mediação de um intérprete (MARTINS DE AGUIAR, CORDEIRO, 2021).

Alguns Modelos e Possibilidades

Chama a atenção dentre os estudos consultados e citados anteriormente a predominância da concepção de que o profissional de saúde deve ele próprio ser o interlocutor junto a pessoa surda que busca atendimento, sem o auxílio de TILS. Essa concepção é mais comum ainda, quando se trata de atendimento em saúde mental, pela compreensão de que há

temáticas sensíveis a serem tratadas e a questão do sigilo profissional precisa ser resguardada. Ora, é necessário lembrarmos que os tradutores intérpretes também vêm desenvolvendo-se cada vez mais nos aspectos éticos de sua função, buscando garantir um atendimento de qualidade para a pessoa surda.

Ademais, é necessário considerar que, na perspectiva da gestão, pode ser pouco resolutivo empregar esforços e recursos para a aquisição de língua de sinais de um grande número de profissionais de saúde, de modo que as pessoas surdas possam ter acesso a atendimento em Libras em todo e qualquer serviço de saúde existente no país. Conforme discuti anteriormente, não basta ofertar um curso de Libras já que a fluência necessária para possibilitar uma efetiva comunicação em termos de saúde pode levar anos de prática. É fundamental, no entanto, que, quando uma pessoa surda opte por ser atendida em língua de sinais, ela tenha esse direito garantido como qualquer cidadão ou cidadã brasileira. A seguir, busco apresentar algumas organizações possíveis para responder a essa necessidade. Não tenho aqui pretensão alguma de apresentar uma solução ao enorme problema do acesso de pessoas surdas a um atendimento de qualidade, em sua língua. O que pretendo é simplesmente ilustrar que há alternativas, além da comumente apresentada: profissionais de saúde devem ser fluentes em língua de sinais.

Até aqui apresentei as especificidades e dificuldades de se receber uma pessoa surda em serviços de saúde. A partir de agora, dialogando com a necessidade de repensar modelos de organização para o atendimento a pessoas surdas no SUS, pretendo apresentar algumas iniciativas realizadas em outros países. Não pretendo com isso estabelecer uma relação direta entre os modelos adotados internacionalmente e a realidade brasileira, mas compreendo que conhecer os passos que já foram dados, especialmente em países que têm sistemas universais como o nosso – e pretendem pensar a diversidade e

como recebê-la²¹ – pode nos ajudar a pensar a nossa realidade, a partir de outra perspectiva.

No primeiro capítulo, apresentei a concepção da surdez como uma diferença cultural. No campo da saúde mental e, mais especificamente da psiquiatria, há uma larga produção no que diz respeito às implicações de ofertar cuidado em saúde mental para uma pessoa pertencente a um contexto cultural diferente. A Psiquiatria Transcultural²², como o campo de estudos, debruça-se sobre quais as dificuldades e estratégias possíveis quando nos deparamos nos serviços de saúde mental com a necessidade de receber um usuário de um contexto cultural muito diferente do nosso.

A ideia de cultura é utilizada pela psiquiatria de diversas maneiras, frequentemente para se referir a falhas na comunicação e dificuldades de entendimento entre o profissional e o paciente. A ideia de cultura também está relacionada com uma concepção um pouco mais positiva, à possibilidade de tornar evidente ao profissional características e necessidades específicas de determinados grupos. A psiquiatria transcultural é aquela que busca compreender o efeito que têm, sobre o adoecimento e o tratamento, as diferenças sociais e culturais. Ela tem seu início no período colonialista, quando desde os primeiros relatos dos exploradores e, em seguida, com as intervenções médicas nas

²¹ Durante o andamento da pesquisa, tomei conhecimento de um ambulatório vinculado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, que trabalha na perspectiva da Psiquiatria Transcultural, atendendo a pessoas surdas e a outras populações, como refugiados. Esse é um bom exemplo de como criar ambulatório e serviços especializados pode ser mais interessante do que organizar os cuidados a situações como depressão e ansiedade na atenção básica, como acontece com pessoas ouvintes.

²² A Psiquiatria Transcultural é um conceito amplo e alvo de muitas discussões, pois sofre influência de campos de estudo distintos como a própria psiquiatria e a antropologia, havendo concepções diferentes sobre o que abarca o estudo desse núcleo de conhecimento. Apesar dos diversos termos que encontrei na literatura internacional como Transcultural Psychiatry, Cross-Cultural, Cultural Psychiatry, entre outros, opto por utilizar, na tradução, o termo Psiquiatria Transcultural por ser o termo mais encontrado na literatura nacional.

colônias foram identificados sintomas e comportamentos “únicos e exóticos”, relacionados aos colonos. Ainda no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV) há um glossário de síndromes que estão relacionadas a culturas específicas. A essas síndromes é relegado um lugar de pouco destaque, predominando no referido manual uma visão de que a cultura interfere minimamente em diagnósticos que são supostamente aculturais, neutros e científicos (KIRMAYER, MINAS, 2000).

Os autores apontam, também, que, a partir da década de 1970, inicia-se um novo momento no qual, com base no diálogo entre a antropologia e a psiquiatria, passa-se a conceber o saber e as práticas médicas também como práticas inscritas em determinada cultura. Essa nova perspectiva, livre do colonialismo, permitiu que as pessoas que até então eram alvos da intervenção psiquiátrica, progressivamente pudessem falar de si e do seu adoecimento a partir de sua própria perspectiva cultural. Essas diferentes formas de conceber as relações entre cultura e psiquiatria, bem como as histórias de imigração e modelos de cidadania existentes em cada país, refletem-se nos diferentes modelos segundo os quais esses países e seus serviços se organizam para receber pessoas que têm uma cultura diversa da dominante naquele contexto. Assim, a maneira como pessoas surdas são recebidas nos será influenciada primeiramente pelo fato de os profissionais enxergarem ou não a diferença cultural existente, pela maneira como esta é valorada e, também, pela construção ou não de um serviço democrático, compreendendo o usuário como cidadão. Considerando tais aspectos como balizadores, mesmo que nem todos os serviços ofereçam atendimento em língua de sinais, o sistema de saúde pode oferecer. Não é necessário que cada serviço de saúde seja bilíngue para que o SUS possa oferecer atendimento bilíngue em saúde mental.

Na região de Montreal, no Canadá, por exemplo, foram organizados centros especializados em prover consultoria a serviços de saúde mental com relação a grupos culturais específicos (Cultural Consultation Service – CCS). Esses centros podem intervir nos casos de três diferentes maneiras:

fazendo atendimentos diretamente com a pessoa que necessita de atendimento, discutindo o caso com o profissional de referência sem estar diretamente com o paciente ou ainda discutindo temas relevantes trazidos por organizações comunitárias que atendem a grupos culturais específicos. Uma das importantes ações realizadas pelo CCS foi a criação de dois bancos de dados: um com uma lista de profissionais especialistas em determinadas culturas (cultural brokers) e intérpretes, e outro banco de dados com recursos comunitários e organizações para comunidades etnoculturais específicas²³ (KIRMAYER et al, 2003).

A partir de uma pesquisa realizada com CCS, Kirmayer et al. (2003) observam que as barreiras de linguagem e as questões culturais interferem na apreensão que os profissionais têm dos sintomas e conseqüentemente na realização de um diagnóstico e tratamento adequados. O estudo revelou também que, frequentemente, os profissionais que se deparavam com casos que os deixavam frustrados, através da consultoria tiveram seu interesse e motivação renovados.

Portanto, as conclusões que podemos tirar dessa experiência no Canadá é que as diferenças culturais entre técnico e usuário dos serviços podem trazer conseqüências negativas para ambos. Além disso, nem sempre vai ser possível que o profissional do serviço de referência conheça profundamente uma cultura e domine uma língua específica. É nesse cenário que ganha destaque a figura do intérprete, possibilitando uma maior interlocução entre profissional e usuário.

Nesse contexto, percebe-se a necessidade de que os profissionais de saúde sejam sensíveis e aptos a reconhecer quando diferenças culturais interferem em seus

²³ No Rio de Janeiro, a comunidade surda teve a iniciativa de compilar dados a respeito de serviços e profissionais que atuam utilizando a língua de sinais, como médicos, motoristas, intérpretes, advogados, entre outros. Esses dados foram organizados e disponibilizados em um aplicativo para celular, lançado em outubro de 2017, chamado Rede Libras. É uma iniciativa interessante, apesar de muito recente ainda e de contar basicamente com profissionais de saúde que fazem atendimentos particulares. Pode ser um caminho para os serviços de saúde mental, que atendem a pessoas surdas, construírem com esses usuários uma rede que seja sensível à questão da surdez.

acompanhamentos junto aos usuários e na realização das intervenções necessárias. É necessário também que sejam capazes de trabalhar em parceria com o profissional intérprete, bem como que os profissionais intérpretes tenham mais experiências na saúde mental (KIRMAYER et al. 2003).

Segundo Denman (2007), a literatura aponta que, na Austrália, os serviços de saúde mental, em sua maioria, não são equitativos e acabam sendo ineficazes e ineficientes para pessoas surdas, não oferecendo cuidados da mesma maneira que os oferecem a ouvintes usuários da língua inglesa. Em geral, não levam em consideração os aspectos da comunicação e diversidade cultural dessa população. Utilizando-se também do modelo das consultorias e com o auxílio de um intérprete, o estudo realizado por Denman identificou diversas barreiras ao acesso dos usuários surdos, que foram classificadas como: barreiras comunicacionais, barreiras culturais, restrições na acessibilidade, impotência, estigma, isolamento e poucas intervenções de prevenção e psicoeducação. Destacam-se, aqui, novamente, entre outras, a dificuldade de os profissionais de saúde trabalharem em conjunto com o intérprete, além do desconhecimento dos profissionais com relação às diferenças culturais daquela população e a ausência de acessibilidade nos serviços, como falta de sinalização visual nos espaços, ou emergências distantes dos locais de moradia do usuário, acessadas somente por telefone, pelos moradores de regiões rurais ou mais afastadas²⁴, tornando o contato inviável para os surdos.

A partir das dificuldades e barreiras identificadas junto aos grupos, foram sugeridas algumas ações que poderiam contribuir para tornar os serviços mais acessíveis. Primeiramente, a realização de mais pesquisas que procurem identificar as necessidades específicas dessa população. Além

²⁴ Com relação ao acesso a serviços de urgência, a Prefeitura do Município de Campinas – SP tem uma iniciativa interessante chamada Tecla SAMU. Trata-se de um aplicativo lançado em 2017, em que o usuário pode fazer o acionamento do serviço de emergência apenas utilizando ícones e, através do rastreamento via GPS, uma ambulância é enviada ao local de onde veio o acionamento.

disso, a articulação com operadores de serviços que tenham experiência em receber a população surda, incorporando intervenções que sejam culturalmente apropriadas a essa população nos serviços de saúde mental; desenvolver projetos voltados para intervenção precoce e prevenção, entendendo os membros da comunidade como potentes multiplicadores das informações²⁵; desenvolver estratégias que possibilitem a participação dessa população no planejamento dos serviços; desenvolver protocolos para garantir continuidade no atendimento e atenção a momentos de crise; provimento de profissionais intérpretes que possam atuar nos serviços; formação de profissionais aptos a reconhecer diferenças culturais e a estabelecer diagnósticos e terapêuticas efetivas, considerando as diferenças culturais (DENMAN, 2007).

Na Holanda, até meados da década de 80, todos os serviços destinados a essa população estavam vinculados aos institutos de educação. Com a criação dos *Regional Institutes for Community Mental Health Care* (RIAGGs), surgiram também ambulatórios especializados para receber a população surda com demandas em saúde mental. Em uma pesquisa realizada após 13 anos de funcionamento desse modelo de atendimento, constatou-se que a população do ambulatório tinha nível educacional mais baixo do que a população de surdos em geral. Preferiam usar a língua oral, quando a dominavam, do que a língua de sinais, sendo consideradas hipóteses para esse fato tanto a ideia de que os profissionais entenderiam melhor se oralizassem, quanto o possível desconhecimento de sinais que expressassem de fato o que estavam sentindo. Problemas de comunicação, em geral, foram relacionados com um estado de saúde mental mais frágil e uso mais frequente dos serviços de saúde mental (BRUIN, GRAAF, 2004/2005).

Apesar de ainda encontrarem dificuldades, as realidades apresentadas ilustram como não há caminho único no que diz respeito ao atendimento de pessoas com sofrimento psíquico. Longe de ser um problema específico da realidade

²⁵ Como o já citado RAP da Saúde.

brasileira, trata-se de uma questão que vem sendo pensada ao redor do globo, com problemas específicos relacionados ao contexto de cada país. Debruçarmo-nos sobre as dificuldades de atendimento em saúde mental para pessoas surdas na realidade brasileira é fundamental para podermos propor uma organização de serviços que respondam às necessidades de pessoas surdas e sejam condizentes com um sistema do tamanho do SUS.

Vínculo, Palavras e Saúde Mental

A recepção e o acompanhamento de uma pessoa surda em um serviço de saúde apresentam-se, portanto, como um enorme desafio para os profissionais que ali atuam. Uma questão importante de investigação é se a recepção de um surdo em um serviço de saúde mental traz um desafio diferente daquele que se apresenta ao recebê-lo em qualquer outro serviço de saúde, considerando a relevância que tem para o diagnóstico e tratamento em saúde mental o discurso. Não há exames de imagem ou de sangue que possam dizer que uma pessoa é bipolar ou esquizofrênica. Em suma, a maneira como a pessoa estabelece relações e as narrativas que constrói para o que se passa com ela são aquilo que auxilia no diagnóstico e condução dos cuidados. Por isso, busco agora construir um suporte teórico para sustentar minha aproximação dessa temática complexa.

Inicialmente, é preciso entender que sentimento de tristeza, raiva e ansiedade em pessoas surdas podem estar relacionados à impossibilidade de expressão ou mesmo de incompreensão do que é expresso por elas, em decorrência das dificuldades de comunicação. Isso pode levar à medicalização nos serviços de saúde, que, muitas vezes, partem do princípio de que é inevitável a associação entre adoecimento psíquico, deficiência intelectual e surdez. Dessa forma, comumente profissionais de saúde podem fazer desenhos terapêuticos e modelos explicativos para o comportamento de pessoas surdas baseados em estereótipos vinculados à surdez. Para evitar tal associação, os profissionais de saúde, em especial os atuantes

em saúde mental, precisam ser melhor preparados para compreender as especificidades das formas de expressão de pessoas surdas (FRANCKE, 2018).

Além de compreender as diversas formas como uma pessoa surda pode expressar sentimentos, os profissionais precisam atentar-se para a importância da língua para a construção do vínculo terapêutico. Em uma pesquisa realizada junto a usuários surdos de serviços de saúde públicos e privados, Lopes, Viana e Silva (2017) concluíram que, para os surdos que se comunicam através da língua de sinais, o fato de o profissional de saúde não lhes atender fazendo uso da Libras interfere profundamente no estabelecimento de relação com o profissional. Um primeiro ponto apresentado por essa pesquisa é o quanto fundamental é o desenvolvimento de uma forma de comunicação na construção da relação entre usuário e profissional de saúde e o quanto faz falta uma linguagem em comum para a construção de vínculo entre o usuário, o trabalhador e o serviço de saúde. Não entendo que uma língua seja o único elemento que garanta a construção do vínculo, mas sim como algo que pode criar um comum entre o profissional de saúde e o usuário que chega buscando um serviço. Entendo também que, sendo a vinculação um processo relacional e que acontece, de maneira recíproca, as relações que cada um desses sujeitos tem com a língua podem interferir nessa construção do vínculo.

Vínculo é um vocábulo de origem latina que significa algo que liga, que ata. Nesse sentido, indica relações recíprocas, de interdependência. Ele pode ser, portanto, uma ferramenta para o estabelecimento de trocas de “saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos”, um instrumento determinante para as relações de cuidado entre trabalhador de saúde mental e usuário do serviço (JORGE ET AL., 2011, p. 3053).

O vínculo é no campo da Saúde Mental um instrumento de trabalho, sem o qual o processo de cuidado e as ações terapêuticas podem ficar inviabilizadas. Retomando as proposições de Merhy (2007), na composição das práticas de

cuidado em saúde, podemos distinguir as tecnologias entre leves, leve-duras e duras, sendo as duras aquelas nas quais se encontram os equipamentos, máquinas e estruturas organizacionais; as leve-duras em que se localizam os saberes estruturados dos diversos profissionais; e as leves se referem às relações interpessoais, produção de vínculo e acolhimento. Segundo esse autor, as tecnologias leves no campo da saúde destacam-se como ferramentas importantes que o profissional de saúde lança mão, tendo como principal objetivo a produção de um cuidado em saúde integral, possibilitando o aparecimento da subjetividade da pessoa atendida no serviço de saúde mental. Portanto, impõe-se aos serviços de saúde mental a valorização das tecnologias leves ou relacionais na atuação junto aos usuários, aliada à perspectiva emancipatória da atenção psicossocial e reforma psiquiátrica, de forma que o trabalho possa emergir dos encontros diversos e da manifestação das subjetividades, favorecendo a horizontalidade e democracia nas práticas da saúde mental.

Outro aspecto da especificidade da saúde mental relaciona-se com a importância que a linguagem tem para que o serviço de saúde possa compreender a demanda que traz o usuário. Além da compreensão do que levou inicialmente o usuário a buscar atendimento em saúde mental, é necessário destacar que a construção da resposta terapêutica por parte do serviço e a constante reelaboração do usuário sobre os fenômenos que o fazem buscar ajuda em um serviço de saúde mental também envolvem a linguagem. O uso de medicação é uma parte importante do tratamento, mas a aposta é que o usuário possa justamente dizer o que se passa com ele, tanto para compartilhar, como para construir. Por exemplo: sentir que alguém está te perseguindo é diferente do que sentir que um vizinho está te perseguindo. Na primeira situação, provavelmente todos os laços tendem a se fragilizar já que, como uma forma de se proteger, a pessoa acaba por restringir seus contatos com o mundo já que qualquer um pode ser o perseguidor. Na segunda situação, a perseguição fica circunscrita a uma só pessoa, possibilitando laços com as demais. A construção dessa narrativa sobre o que é isso que a

pessoa está sentindo e vivenciando também faz parte do tratamento e é feita através da linguagem.

Ao discutir a clínica no contexto dos serviços de saúde mental à luz da psicanálise, Figueiredo (2004) aponta para a importância que as ações e falas dos usuários têm para a construção do caso e, portanto, para as intervenções direcionadas a ele. “A construção do caso pode conter elementos discursivos de familiares, de outros envolvidos, mas não pode perder o fio da meada que é a referência ao sujeito em questão” (p. 83). Destaca que a construção do caso é feita a partir do que foi recolhido de seu discurso por diversos profissionais da equipe, a partir das relações que o usuário tem com cada profissional.

Se tomarmos como base os preceitos da Atenção Psicossocial, a proposta de tratamento deve ser construída com a participação da pessoa que será atendida em consonância com o que o serviço de saúde mental oferece, de maneira que os valores e crenças do usuário possam ser incluídos no tratamento, bem como os sentidos que atribui ao seu adoecimento:

No processo de escuta e acolhimento, o que se desvela é um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que o usuário deseja em sua vida cotidiana. A ação integral ainda é fortalecida pela multiplicidade de visões sobre cada situação no CAPS, já que cada trabalhador absorve e dispõe de saberes e práticas diferenciadas para o trabalho em saúde mental (JORGE, 2011, p. 3055).

No entanto, o fato de serem socializadas na língua oral, sem que desenvolvam possibilidades de nomear sentimentos ou desconfortos emocionais, pode fazer com que pessoas surdas sejam especialmente suscetíveis a nomeações externas de seus próprios sentimentos e sintam-se despreparados para falar de si (FRANCKE, 2018). Nesse sentido, receber pessoas surdas em um serviço de saúde mental pode ser um desafio a mais para esse modo de operar o cuidado que é centrado no sujeito e em seu discurso.

Além da dificuldade que pessoas surdas podem ter para nomear seus sentimentos, é importante destacar que as barreiras de comunicação podem levar ao adoecimento psíquico. As dificuldades de comunicação bem como a impossibilidade de obter informações sobre o ambiente por barreiras linguísticas podem aumentar as chances de pessoas surdas sofrerem de ansiedade e de quadros relacionados a ela. Outros fatores associados a surdez como gênero podem aumentar as chances de ansiedade em pessoas surdas, sendo mais comum em mulheres surdas. As próprias características da surdez (moderada, severa e profunda) estão associadas a diferentes níveis de ansiedade, bem como o uso ou não de dispositivos como implante coclear e aparelho auditivo (SANTOS, SILVA, 2019). As tentativas de suicídio também são uma questão relevante a se considerar nessa população. Alguns aspectos que podem ser relacionados a tentativas de suicídio entre pessoas surdas são sentirem-se isoladas socialmente pela dificuldade de comunicação e inclusão social, problemas familiares e sentimentos de inferioridade (BASÍLIO ANCHIETA, 2020).

Portanto, temos um cenário onde o uso da palavra ou de alguma forma de expressão é essencial para a produção de cuidado e, para pessoas surdas, esse é um fator não apenas de barreiras, mas também de adoecimento psíquico em decorrência dessas barreiras. Mesmo utilizando a Libras e com a presença de profissionais habilitados para se comunicar nessa língua, seja o tradutor intérprete ou o profissional de saúde fluente em Libras, dificuldades na comunicação podem acontecer. Barbosa (2016) indica as diferentes causas que podem fazer com que a aquisição e o uso da Libras possam acontecer de maneira atípica. Dentre elas, destacam-se o pouco contato com a língua por conviver em ambientes ouvintes, dificuldades de ordem cognitiva e/ou psíquica.

Nesse contexto, o profissional intérprete precisa, além de fazer o processo de tradução de uma língua para outra, conseguir identificar, em conjunto com o profissional de saúde mental, aspectos metalinguísticos que possam estar relacionados a quadros psíquicos. Essa é uma tarefa complexa

e exige do intérprete que mobilize, de maneira simultânea, diversos conhecimentos específicos relativos à interpretação e, também, relativos à própria língua de sinais. Por outro lado, exige do profissional da saúde mental e do campo da saúde mental, como um todo, a abertura para o diálogo com outros profissionais e com outros campos de conhecimento que podem contribuir para a compreensão da expressão linguística em momentos de sofrimento e psiquismo alterado (BARBOSA, MARQUES, SAMPAIO, 2019).

Se, para a clínica da saúde mental, a relação entre surdez, linguagem e cuidado é complexa, ela também o é no aspecto da participação e da cidadania. Para o campo da saúde mental, a participação social dos usuários e familiares, ou seja, a possibilidade que possam interferir nas políticas de saúde, ganha destaque no processo da Reforma Psiquiátrica. Através da criação de cooperativas, associações e participação nos espaços de controle social, como os Conselhos Municipais de Saúde, o objetivo dos serviços de saúde mental vai muito além da superação de um sintoma, mas entende que pessoas em sofrimento psíquico devem criar laços sociais e políticos em suas comunidades. Isso implica que, para além do acesso no serviço em si, é necessário pensar os modos de circulação e de participação inclusivos para pessoas surdas.

Com as transformações ocorridas no processo da Reforma Psiquiátrica, a palavra dos usuários dos serviços de saúde mental ganha um lugar de destaque tanto em seu sentido literal, com a possibilidade de cada usuário ser escutado em sua subjetividade, como em seu sentido mais amplo, compreendido como o discurso político de uma população até então excluída socialmente e subtraída das trocas sociais. Por isso, a chegada de uma pessoa surda ao serviço coloca um desafio para pontos que são nevrálgicos para a reforma psiquiátrica brasileira. Falas como “a voz dos usuários deve ser escutada” são muito comuns e demonstram o caráter fundante que a palavra tem em seu aspecto político e subjetivo. Nesse sentido, torna-se fundamental que os serviços de saúde mental se debrucem sobre quais recursos pode lançar mão para garantir também o lugar de expressão para pessoas surdas.

Oficinas, atividades e outros modos de “falar” no CAPS

“Um usuário do CAPS estava há um tempo acolhido (acolhimento noturno) conosco. Apesar de já estável, seus laços com o pai, único cuidador, estavam completamente rompidos. Por isso, o usuário e a equipe faziam um intenso trabalho de retomada do vínculo dele com seu pai, bem como de um novo espaço de moradia para ele. Frente a esse quadro, a equipe não viu problemas em aceitar o pedido do usuário de poder sair de tempos em tempos para dar uma volta, ir ao shopping ou à praia. Logo na primeira saída, ele fez uso de álcool e retornou para o CAPS bastante agressivo. Acabou envolvendo-se numa situação de agressão com outro usuário e agrediu também um profissional que estava tentando intervir na situação. A equipe sentiu isso como um sério golpe. Pareceu que todo o investimento que vinha fazendo nesse caso não surtiu qualquer efeito. Não havia palavras que pudessem dizer o desânimo da equipe e não havia palavra vindo desse usuário: depois deste episódio ele ficou dias sem se remeter a ninguém, sem responder às perguntas dirigidas a ele, sem nada dizer. Alguns dias depois, apareceu no mural de avisos, em meio a datas das assembleias e horários das oficinas, o desenho de um enorme Papai Noel com os dizeres “Feliz Natal a todos no CAPS”. Os inconfundíveis traços no desenho, muito bonito e colorido, fizeram com que a equipe reconhecesse rapidamente ser uma produção desse usuário, que gostava muito de desenhar, que conseguiu dizer algo, mesmo sem falar. Depois do desenho, sua relação com a equipe foi aos poucos sendo retomada e após passar o Natal no CAPS com a equipe, mudou-se para uma pensão e vem retomando o contato com o pai”²⁶.

Quando dei início à pesquisa que teve como um de seus produtos este texto, não era minha proposta pensar aquilo que era “não palavra” no CAPS. Dizendo de outro modo, meu interesse estava muito focado nas formas de comunicação que envolviam uma língua estruturada, justamente pela ideia de que a dificuldade apareceria onde está o uso do discurso e era para esse acontecimento que meu olhar deveria estar voltado.

²⁶ Trecho de meu diário de campo numa anotação sobre o CAPS.

Entretanto, ao longo da pesquisa, fui tornando-me mais sensível a algumas reflexões que me parece importante compartilhar, pois foi ficando evidente que pensar a comunicação de pessoas surdas (ou de qualquer pessoa), em especial num serviço de saúde mental vai muito além do uso de uma língua. O relato acima, por exemplo, descreve uma situação na qual, mesmo sem fazer uso de qualquer língua, o usuário se comunicou com a equipe que o acompanhava.

Não é possível dividir o CAPS em atividades em que o uso da palavra é essencial e atividades em que não o é. Justamente pela permeabilidade que deve ter aos diversos modos de existir, não é possível dizer, a priori, os usos que cada sujeito vai fazer dos espaços oferecidos, e é precisamente na possibilidade de inventar novos usos para os mesmos espaços ou atividades que se encontra toda a potência de trabalho existente nos CAPS. Assim, não é possível dizer, como era uma tendência minha fazer quando iniciei a pesquisa, que existem espaços em que o uso da palavra é essencial – como as assembleias – e outros nos quais ela não seja tão essencial. Esse talvez seja um modo superficial e estanque de encarar essas atividades, já que somente através da composição com os atores em cena, num determinado tempo e espaço, é que de fato se definem as possibilidades de acontecimentos.

Lima (2004) nos conta que o uso de atividades relacionadas aos cuidados na psiquiatria vem de longa data, inclusive com certa centralidade do tratamento, como é exemplo o Tratamento Moral proposto por Pinel. É com a entrada de outras formas de intervenção mais centradas no modelo biomédico, como as práticas de psicocirurgias e inserção de medicamentos, que o uso de atividades cai como uma prática subalterna e marginal. Nesse contexto, entretanto, ganha ares de inventividade e de renovação tornando-se uma prática contra-hegemônica, ainda dentro dos hospitais psiquiátricos. No período da redemocratização e de desconstrução dos manicômios, o uso das atividades tornou-se cada vez mais um articulador do dentro e do fora, o encontro do louco com a cultura e com o social e vice-versa, tornando-se um recurso importante nos processos de desinstitucionalização.

Nesse novo contexto da reabilitação psicossocial, em conformidade com movimentos do campo das artes, utilizam-se em práticas clínicas as atividades artísticas, que deslocam a ênfase da estética do produto, vendo-o como forma de expressão do mundo interno do paciente. As atividades artísticas e expressivas passam então a ser vinculadas à ideia de múltiplos produtos e acontecimentos, trazendo sua relevância para o processo e as relações construídas a partir da atividade. Os produtos podem ser obras, quase-obras, acontecimentos que criam signos a serem decifrados, gerando subjetividade (LIMA, 2009). Aqui temos duas ideias fundamentais, uma consequência da outra: a primeira é que o sentido de uma produção não é dado a priori pelo mundo interno de quem a produz. A segunda é que o sentido dessa mesma produção é construído pelos atores e a partir do contexto em que o produto (ou obra) foi produzido, incluída aí a própria produção. Assim, tanto o processo de produzir algo como as conexões dadas a partir da produção ou do produto são causadoras de trocas e encontros, promotoras de subjetividades e, portanto, clínicas.

A Terapia Ocupacional, área de conhecimento e de profissão que tem como instrumento de trabalho a atividade humana, tem contribuições importantes para fazer nesse sentido. Atividade refere-se a um “conjunto de hábitos, técnicas, instrumentos, materiais, formas socialmente estabelecidas de fazer e historicamente construídos. Assim, muito além de um fazer ou ação singular de um sujeito, as atividades são para a terapia ocupacional uma ação que coloca o sujeito em diálogo com o social e o cultural, possibilitando que de forma singular se aproprie de símbolos e formas de se relacionar, atualizando-as e contribuindo para a construção de saber socialmente compartilhado (LIMA, 2019).

A utilização de atividades em saúde mental implica, então, pensar uma clínica construtiva e inventiva de novas possibilidades e de novas formas de vida. Uma clínica comprometida com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade; uma clínica sempre atenta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de

transformação do cotidiano. Uma clínica que possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança sensíveis aos processos de singularização. Por serem criação do universo cultural humano, as atividades se inserem em um processo que se dá entre o singular e o coletivo: são práticas sociais, além de clínicas. Assim, as oficinas e locais onde se faz uso das atividades podem ser lugares “de aprendizagem, de produção, de intercâmbio, de ampliação das relações, de mergulho no universo cultural” (LIMA, 2004, p. 16).

Acompanhava um usuário, quando eu trabalhava em um CAPS que lidava muito bem com a palavra oral e escrita: adorava escrever, adorava ler, conhecia tudo sobre música, política e futebol. Alguns usuários se referiam a ele carinhosamente como ‘o professor’. Entretanto, ele mesmo não cansava de dizer o quanto era desengonçado e sem jeito para qualquer habilidade manual. Como frequentava o CAPS no dia da Oficina de Mosaico, mas sem habilidades para realizar essas atividades, ele inventou de ser o escritor das oficinas: anotava o nome dos que vinham, fazia crônicas sobre o que acontecia na oficina para o jornal do CAPS, fazia lista dos materiais que estavam faltando e escreveu um poema sobre o fato de que fazer mosaico é colar cacos quebrados. Por vezes, colocava uma música ambiente, cuidadosamente selecionada para a realização da oficina.

Esse usuário ilustra bem o ponto que pretendo demonstrar nesta sessão: não há nada, palavra ou ausência dela, que *a priori* impeça a participação em espaços onde se possa ser criativo. As atividades realizadas no CAPS devem ter sempre essa flexibilidade para contar com a contribuição e a singularidade de cada participante, seja ele profissional ou usuário do serviço, colocando em diálogo com o mundo e possibilitando que estabeleça relações a partir das atividades. Como vimos anteriormente, é importante que a própria língua de sinais seja compreendida para além dos sinais, como um intrincado complexo que envolve diversas formas de expressão de um corpo em um espaço. O uso de atividades amplia ainda mais a compreensão do que pode ser comunicado e compartilhado, já que destaca que para além da língua há uma série de aspectos

sociais e culturais compartilhados para além da língua através das atividades. Portanto, a existência de oficinas e de atividades que possibilitem diversas formas de expressões no CAPS demonstra a possibilidade de invenção de novos espaços e de novos modos de existir, sendo que a intervenção que esse tipo de atividade propicia incide tanto no subjetivo quanto no social.

Nesse sentido, as atividades podem ser uma das formas encontradas por pessoas surdas de ocupar espaços e de construir subjetividades, não por essas atividades não privilegiarem o discurso, mas pela possibilidade clínica de transformação e de encontro com o outro que apresentam. É importante ressaltar que as atividades não excluem a necessidade de busca por uma língua que possibilite uma efetiva comunicação. Assim, o fato de uma pessoa surda sinalizante conseguir participar de uma oficina, mesmo sem que nenhum dos participantes saiba sinalizar, não exige o serviço de buscar ofertar atendimento em Libras para a pessoa surda. As oficinas e as atividades são uma forma de complexificar e ampliar as linguagens utilizadas para comunicar com diferentes formas de expressão existentes. Assim, podem ser interessantes tanto para pessoas surdas quanto para pessoas que não se expressam através do português oral, como é o caso de algumas pessoas autistas.

Considerando os aspectos apresentados sobre a pessoa surda e sobre as formas que os serviços de saúde e de saúde mental a recebem, passaremos a seguir a conhecer algumas histórias de acesso e cuidado de pessoas surdas em serviços de saúde mental. A partir das histórias que conheci ao longo da pesquisa que deu origem a esta obra, procuro apresentar algumas reflexões que pude desenvolver a partir das leituras apresentadas. Meus interesses eram especialmente compreender através de que caminhos esses usuários chegavam ao serviço (se eram encaminhados pela clínica da família, se vinham da emergência psiquiátrica, demanda espontânea). Além disso, buscava também entender, junto aos profissionais que atuavam na saúde mental quais as principais dificuldades e estratégias que lançavam mão para comunicar-se com pessoas surdas, quando apresentavam demandas em saúde mental.

III – COSTURANDO HISTÓRIAS

Como vimos até aqui, diversos fatores interferem em como pessoas surdas serão recebidas em serviços de saúde mental e as formas de cuidado que serão oferecidas a ela: qual língua ela fala, que relações estabelece com essa língua e de que forma ela influencia na formação de sua subjetividade, a oferta do serviço, a oferta de informações em saúde, entre outros. Considerando todos esses fatores, realizei a pesquisa, procurando compreender: afinal como serviços de saúde mental cuidam de uma pessoa surda que não fala português?

A pesquisa envolveu estar presente nos serviços de saúde mental que atendiam a pessoas surdas, observar o ambiente e as relações que a pessoa surda estabelecia. Envolveu também fazer entrevista com os profissionais que estavam diretamente envolvidos com os cuidados da pessoa surda, possibilitando que eu conhecesse um pouco da sua história de vida, mas especialmente a história de sua chegada no serviço e as principais dificuldades que o serviço encontrou durante esse processo. Assim, procurei estar atenta não apenas às implicações com relação à comunicação, mas também a quais formas os serviços têm se (re)organizado para receber a pessoa surda.

O cenário onde se passar as histórias são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS da rede de serviços do Rio de Janeiro que acompanham alguma pessoa surda. Os personagens que aqui aparecem chegaram a meu conhecimento a partir de meus contatos na rede de serviços de saúde mental. A própria proposta da pesquisa fez com que as histórias de pessoas surdas acompanhadas em serviços de saúde mental chegassem a mim. Num efeito de convergência, quando ficavam sabendo de meu tema de pesquisa, os colegas se lembravam de casos e histórias de pessoas surdas em serviços de saúde mental, colocando-me em contato com outras pessoas e serviços de maneira que me senti como um ponto em que diversas histórias estavam se encontrando.

As histórias que me interessavam para construir a pesquisa eram aquelas de pessoas surdas, que não tivessem

a possibilidade de fazer o uso do português oral. Interessava-me também conhecer as relações de cuidado que estabeleciam nos serviços em que passaram com demandas em saúde mental. Realizei a pesquisa a partir de casos vinculados a Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelo entendimento de que esse é o dispositivo-chave na atual configuração dos serviços de saúde mental, visto que realiza prioritariamente o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. A partir dos casos identificados nesses serviços, procurei mapear também outros serviços acessados ou onde houve tentativa de acesso pelos usuários e por seus familiares.

Assim, a apresentação das histórias a seguir é uma costura realizada por mim das diversas histórias que ouvi dos profissionais e das observações que fiz, alicerçadas nas leituras feitas ao longo do período de estudo.

Primeira História – Gabriel²⁷

Gabriel tem 33 anos e atualmente reside em uma comunidade no município do Rio de Janeiro com sua tia. Há cerca de um ano, chegou ao CAPS de referência da área transferido de um hospital psiquiátrico no qual ficou internado sob o diagnóstico de Esquizofrenia (com relatos de alucinação auditiva) por um período de cinco dias, entre agosto e setembro de 2016.

Nesse período de internação, há alguns relatos de episódios de agressão, descrevendo Gabriel como agitado e inquieto, sempre solicitando cigarros. Em alguns momentos, sua mãe afirma que acredita haver uma relação entre o fato de ele ter intensificado o hábito de fumar cigarro com o início do aparecimento dos sintomas, quase que numa relação de causa e efeito. Durante a internação, há tentativas descritas, por parte

²⁷ Utilizo nomes fictícios emprestados de personagens do filme 'A Família Bélier' do diretor Eric Lartigau para me referir aos quatro usuários cujos casos serão apresentados. Trata-se de uma comédia francesa que acompanha a trajetória de Paula, uma adolescente que é a única ouvinte em uma família de três surdos. Além do divertido percurso da jovem, que escolhe ser cantora em uma família que não pode ouvi-la, é uma maneira interessante de conhecer um pouco mais do cotidiano de pessoas surdas.

dos profissionais do hospital, em estabelecer uma comunicação com Gabriel através da escrita, ao que ele responde com sequência de números, como 5 5 5 5, 10 10 10 10. Relatos como esses estão presentes também no CAPS.

Ao chegar ao CAPS, foi recebido pela psicóloga Rose²⁸, que viria a se tornar uma das pessoas que compõem a referência de cuidados a Gabriel. Ele chegou ao CAPS em uma ambulância, bastante agitado. Em algum momento, alguém da equipe percebeu que ele estava fazendo um gesto que remetia a cigarro ou a ação de fumar. Rapidamente, entregam-lhe um cigarro, tornando possível sua entrada no CAPS. Essa cena da agitação no CAPS se repetiu inúmeras vezes, na maior parte delas sem que a equipe pudesse compreender o que gerava toda aquela agitação em Gabriel. Assim que chegou ao CAPS, Gabriel precisou ficar no acolhimento noturno, já que, pelo seu nível de agitação e de agressividade, não era possível voltar para casa, acompanhado de sua mãe e de sua tia, principais responsáveis pelos cuidados com ele.

Naquela época, precisava, por muitas vezes, ficar contido tanto mecânica quanto quimicamente, por colocar com frequência em risco o bem-estar dos demais usuários. Foi nesses momentos de contenção que conheceu o enfermeiro Ben, que muitas vezes o acompanhava nos momentos de agitação e construiu um vínculo importante com ele. Inicialmente, Ben não era uma das referências para o cuidado desse usuário, mas o vínculo que se estabeleceu entre eles foi muito significativo e por isso Ben se tornou a referência²⁹ de Gabriel.

²⁸ Os nomes fictícios dos profissionais que acompanham Gabriel vieram de personagens do filme 'Sem Fôlego' (Wonderstruck), de 2017, com direção de Todd Haynes. O filme conta a história de duas crianças, em tempos diferentes (Rose nos anos 1920 e Ben nos anos 1970), que se deparam com os desafios e as descobertas de crescer em um mundo de sons, sem ouvir.

²⁹ Referência é o nome dado em um CAPS ao profissional que é o orquestrador dos cuidados dos usuários acompanhados pelo serviço. Essa ideia compõe a lógica de um trabalho que é multifacetado e executado a muitas mãos, mas que precisa estar articulado. Essa articulação é função da referência, que recolhe efeitos das ações, auxilia o usuário a estabelecer vínculos com outros serviços e pensa com a equipe quais as direções de trabalho para aquele usuário.

A tia e a mãe de Gabriel nem sempre têm boas relações com o serviço. Com alguma dificuldade em cuidar e estar junto com Gabriel, buscavam um lugar no qual pudessem interná-lo e deixá-lo. Por isso, muitas vezes entravam em conflito com as propostas que o CAPS faz para o tratamento de Gabriel. Quando os profissionais chamavam-nas para conversar e dividir a responsabilidade pelo cuidado com o CAPS elas tendiam a não comparecer.

Por conta disso, no início, foi grande o esforço da equipe em tentar compreender a história de Gabriel, já que, devido à dificuldade de o próprio Gabriel contar sua história, a principal fonte de informação do serviço era sua família. Aos poucos, foram descobrindo que, quando tinha seis meses de idade, Gabriel teve meningite³⁰, sendo sua surdez em decorrência disso. Houve tentativas de treino da oralidade, mas sem muito sucesso, pois, segundo a família, ele era uma criança “difícil”. Há relatos de ter tido crises convulsivas durante a infância. Em algum momento, seus pais se divorciaram, e, após a separação, o pai foi se afastando de Gabriel. A informação que foi possível obter sobre o pai, segundo relatos da mãe, é que ele teria “surtado” (sic) após um momento de falência financeira.

Gabriel estudou até a 7ª série em uma escola que recebia pessoas surdas e tinha um grupo de amigos com que, durante sua adolescência e juventude, saía para beber, divertir-se. Durante essa época, era muito namorador. Há relatos de Gabriel ter chegado a trabalhar por um período como caixa de supermercado e, por três anos, como auxiliar de serviços gerais. Ele se envolveu com uma mulher, com quem nunca chegou a se casar e teve uma filha que atualmente tem cerca de 17 anos de idade. Esse relacionamento durou por volta de um ano e chegou ao fim quando a mãe de Gabriel, com medo de que ele pudesse um dia chegar a matar essa mulher em decorrência do relacionamento ser muito conflituoso, solicitou que eles se separassem, ao que Gabriel atendeu.

Há um período, no entanto, que sua história fica

³⁰ Isso nos indica que a surdez de Gabriel não é congênita, ou seja, ele ficou surdo após uma infecção por meningite.

nebulosa na maneira como é contada aos profissionais do CAPS. Com cerca de 20 anos, a tia e a mãe passam a contar sua história de maneira vaga e imprecisa. O Gabriel de hoje se apresenta para a equipe como uma pessoa dependente, com importantes dificuldades de comunicação e bastante agressivo, muito diferente do relato que se tem dele aos 20 anos de idade. O que foi possível coletar de informações a respeito desse período é que ele residia em outro município no estado do Rio de Janeiro onde boa parte de sua família ainda vive. Teve passagem por alguns serviços de saúde mental também naquela cidade, tanto públicos quanto particulares, mas tinha muita dificuldade em manter o acompanhamento e acabava não voltando mais.

Quando de sua chegada ao CAPS, foram realizadas algumas tentativas de atendimento com a presença de uma intérprete, no entanto essa profissional identificou que o conhecimento em Libras que Gabriel possuía naquele momento era muito pouco, e que sua presença não fazia diferença. A intérprete percebeu que a maior parte dos sinais utilizados por Gabriel eram sinais caseiros, ou seja, sinais criados a partir do convívio familiar para resolver situações cotidianas e que possuem sentido apenas para aquele núcleo familiar.

A equipe chegou até mesmo a duvidar da descrição feita pela família, de Gabriel antes dos 20 anos, mas ele foi mostrando aos poucos algumas marcas desse período: a tatuagem com o nome da filha, a identificação com pessoas mais jovens (como o porteiro do CAPS, ao lado de quem passa horas observando o movimento e paquerando as meninas que passam), os palavrões que às vezes oraliza.

A equipe identificou alguns pontos que contribuíram para que ele fosse melhorando e mostrando alguns traços dessa pessoa que era há 20 anos. O vínculo que construiu com a equipe, devido a sua permanência diária, é fortemente indicado como um fator que contribui para que diminuíssem as agressões e para que pudesse mostrar-se 'Gabriel'. Além disso, a equipe aponta também a mudança de uma medicação que inicialmente foi utilizada para conter sua agressividade. Apesar da diminuição dos episódios de agressão, com o tempo, a equipe percebeu que esse

medicamento estava deixando-o apático.

Essa mudança foi motivo de grande embate com a tia e a mãe, que preferiam Gabriel sob o efeito do fármaco, tornando-o mais submisso a elas. Apesar do embate, a equipe percebeu, claramente, o surgimento de uma comunicação mais efetiva, para além do basal de pedir café e cigarro quando o medicamento foi retirado. Esse é o terceiro aspecto apontado como fundamental para a possibilidade de cuidado junto a Gabriel: a comunicação. Ele hoje pode dizer à sua psicóloga que ela fica mais bonita quando está com os cabelos soltos e conta à equipe que está triste, pois sua avó morreu. É difícil para a equipe estabelecer uma hierarquia, uma ordem temporal entre diminuição da agressividade, construção do vínculo e melhora na comunicação e, talvez, identificar se um desses elementos que iniciou o processo seja infrutífero e desnecessário. No entanto, não há dúvidas de que há uma relação entre esses três fatores e de que eles contribuíram para que a equipe pudesse cuidar melhor de Gabriel.

No que diz respeito ao diagnóstico, há grandes discussões na equipe. Alguns profissionais acreditam tratar-se de uma situação de retardamento mental, bastante agravado pelo fato de suas principais cuidadoras o tratarem de maneira infantilizada, submetendo-o às suas vontades todo o tempo que estão por perto (empurram-no para que se sente, puxam-no para que se levante, arrancam o cigarro da boca para que não fume, colocam o cigarro na boca para que se acalme). Outra parte da equipe aposta na psicose, sustentados no fato de que já houve episódios nos quais Gabriel teve atitudes que sugerem alucinações auditivas, como, por exemplo, situações nas quais ele se virava para um determinado local e começava a gesticular e a gritar, como se estivesse respondendo a algo. Há momentos em que parece que ele rompe completamente com o que se passa em seu entorno, como situações nas quais estava rindo e brincando com um profissional da equipe, e, em seguida, começa a bater fortemente com a cabeça na grade, voltando logo depois a brincar com o profissional, como se a autoagressão não tivesse ocorrido. A equipe indica também alguns comportamentos “bizarros” (sic), como exigir que os profissionais estendessem os

dedos para que ele passe um cartão de crédito entre os dedos da pessoa ou uma ação que é interpretada pela equipe como “cheirar” (sic) os objetos ou pessoas (nesses momentos, Gabriel estica os dedos médio e indicador, encosta os dedos na pessoa ou objeto e inspira profundamente).

Gabriel é um assíduo frequentador do CAPS, já que essa foi a maneira que a equipe que o acompanha encontrou para mediar as relações bastante conturbadas entre Gabriel e a família. Sua presença no serviço dá-se de segunda a sexta-feira, no período da manhã e da tarde. Não se vinculou a nenhuma oficina, mas se interessou em fazer algumas atividades, de forma pontual, com alguns profissionais, como uma caixa de madeira que confeccionou com um profissional oficineiro. Seu grande interesse, no entanto, é a convivência no CAPS, poder andar pelos espaços e ficar na portaria observando o movimento. Com o tempo e sua melhora, Gabriel foi ampliando seus vínculos com as pessoas e sua circulação pelo espaço. Como não nasceu ou cresceu na comunidade onde atualmente mora e se trata, não a conhece e não é conhecido por ela, o que, em muitos momentos, dificultava sua circulação. Atualmente, apesar de ainda precisar de companhia para ir e vir, circula sozinho pelos entornos do serviço.

Há neste caso uma forte tendência à institucionalização por parte da família, sendo frequentemente esse o pedido feito à equipe, de várias formas – desde a manutenção de um medicamento que mantenha Gabriel “sob controle” (sic) até o pedido para que ele permaneça no serviço o maior tempo possível. A equipe busca constantemente pensar outras redes possíveis para Gabriel, para que a alternativa para essa família que não consegue permanecer junta o dia todo não seja exclusivamente o CAPS. No entanto, encontra muita dificuldade para que ele possa estar em outros serviços, especialmente pela resistência da família.

Aparentemente, nesse outro município no qual já viveu, conta com uma rede de suporte mais consolidada, pois boa parte da família se reunia em torno da avó, que faleceu no início de 2018. Até esse momento, as idas a esse município nos finais de semana eram motivo de grande alegria para Gabriel, que

sempre voltava mais sensibilizado nas segundas-feiras, e nas sextas saía do serviço contando para a equipe que iria visitar a “vovó”. Lá estão também seus primos, com quem sai para passear de carro. Em visita feita à casa da avó, a equipe pôde constatar que esta guardava diversos objetos pessoais de Gabriel, o que demonstra a grande afeição que tinha pelo neto, assim como o vínculo que ele possui com o local.

Não comunicação como violência

Algo que ficou muito evidente para mim, ao escutar o caso de Gabriel, foi o quanto a violência foi e é uma marca em sua história. Quando perguntei sobre sua chegada aos profissionais do CAPS, a resposta que recebi foi a descrição de uma cena, impossível de narrar sem encenar. Os dois profissionais que entrevistei lançaram mão de gestos, movimentos e expressões faciais para me comunicar ao que tinham assistido no dia de sua chegada. Seu cartão de visitas, sua apresentação ao serviço, foi caótica, agressiva e deixou a todos sem palavras. *“E aí de repente quando eu escuto alguém fala assim: Bom Rose, seu acolhimento tá ali rasgando a roupa dentro da ambulância. E aí ele já chegou super agitado rasgando a roupa, já praticamente sendo contido pelo... pela pessoa que vinha na ambulância, né, batendo na mãe...”* (Rose).

Os episódios de agressividade não aconteciam somente no CAPS e tampouco eram recentes em sua história, sendo uma marca desde suas primeiras crises. As situações de agressão que aconteciam e chegavam ao CAPS tinham centralidade nas preocupações da equipe com o caso, pois eram frequentes e graves. *“E ele agredia sério, ela (mãe) chegava aqui sem dente, com olho todo roxo. Ele tem um dente quebrado por que, ao mesmo tempo que ele se tornava agressivo, ele também apanhava. Então assim era... era...só de manutenção da agressividade do Gabriel não tinha muito o que recolher”* (Ben).

Ben aponta o quanto, no início, o trabalho com Gabriel estava relacionado ao manejo das situações de agressividade do usuário no serviço, situações em que a equipe sentia que

contava com poucos recursos para esse manejo. Ouvindo os relatos, dá a entender que a equipe tinha a sensação de que pouco se produzia nesse período. *“Quando o Gabriel veio para cá, a vida do Gabriel era a ser contido: ele era contido quimicamente e também quando aquele elemento da contenção química ia saindo do corpo, a medicação, ele já se apresentava agressivo de novo, o que justificava uma nova medicação, posteriormente, uma nova contenção mecânica. Então só ficava esse... esse... e a gente não conseguia”* (Ben).

“A gente via uma agitação muito grande, eram necessárias contenções até porque, quando vinha aí alguma barreira, ele vinha armado pra porrada mesmo. Chegou a bater em algumas pessoas aqui no CAPS, a destruir coisas, no início, era muito difícil e a gente ficava assim... a gente não... será que a gente não consegue se comunicar? Será que é isso? Será que tá acontecendo alguma coisa com ele que a gente não tá tendo acesso? A gente, inclusive, para fazer contenção, a gente... era uma angústia muito grande pra equipe assim ‘Caramba é punitivo isso que a gente tá fazendo? A gente tá contendo ele, mas será...é punitivo? Então (se é punitivo) a gente não pode fazer, mas, se a gente não fizer isso, então como é que a gente faz, né?’” (Rose).

Nas falas acima, os profissionais apontam o quanto, no início do caso, parecia que as coisas não caminhavam bem. Perguntavam-se quais efeitos seu acompanhamento de fato poderia ter para aquele usuário. O recurso da contenção, muitas vezes controverso, pode ser também vivido como uma forma de violência. Bastante relacionado no imaginário popular com o espaço manicomial, consiste em limitar as possibilidades de movimento (seja quimicamente, através de medicamentos, ou associada à contenção mecânica). Como então fazer uso desse recurso em um serviço substitutivo que prega a liberdade e a circulação no território com o CAPS?

Em minha experiência, a possibilidade de algo que ajude o usuário a parar, ou de algo que possibilite amarras e contornos no corpo pode ser bastante benéfica. Isso pode ser conseguido através de um abraço, de uma palavra, com medicamentos e, em último caso, com a contenção mecânica.

É necessário, no entanto, que esse ato seja entendido como cuidado, tanto pela equipe que executa, quanto pela pessoa que o recebe. Isso passa por poder conversar, explicar o que está sendo feito e possibilitar que a pessoa que está sob os cuidados da equipe possa elaborar com a equipe o efeito daquele ato. Portanto, a pergunta que aparece implícita na fala de Rose é: quando não há palavra falada como são significados os atos de cuidado? Naquele momento, a pergunta que a equipe se fazia era que sentido tem para Gabriel estar amarrado, e porque mesmo estamos fazendo isso?

Sustentar essas perguntas talvez tenha sido fundamental para a equipe não cair na armadilha tanto de achar que a contenção seria uma violência pura e totalmente sem sentido ou, por outro lado, acreditar que a contenção por si só daria conta de “segurar” algo que extravasava o corpo de Gabriel. Levantar essas questões e mantê-las em aberto ajudou a equipe a não encerrar o sentido de seus atos em uma resposta definitiva, fazendo com que a cada instante pudessem produzir sentidos para o ato de conter, com Gabriel, mesmo que os sentidos não estivessem sendo construídos através da palavra falada.

“(...) a priori, em relação ao Gabriel, né, era um usuário muito agressivo, então, assim, eu lidei muito com Gabriel como aquele usuário que não está conseguindo se expressar por conta da crise no ápice. Foi muito difícil até o Gabriel... a gente sair da contenção e consegui falar o que ele queria, o que ele desejava, a gente tinha muito uma busca de saber as demandas do Gabriel... lidando como alguém que está em plena crise, que não conseguia verbalizar. Sabendo que ele era surdo e mudo³¹, era através de gestos ‘Se acalma’, ‘O que você quer?’, ‘É isso que, é aquilo’, mostrando os objetos, mostrando as coisas. Eu acho que a confiança também foi importante” (Ben)

“É aí, com o tempo, com Gabriel, né..., no início, a gente tentando várias formas de comunicação, a mímica,... o Gabriel,

³¹ A nomenclatura surdo-mudo não é mais utilizada, considerando-se que o surdo não tem nenhuma característica específica relacionada ao aparelho fonador, e, portanto, não é mudo. O fato de uma pessoa surda não falar está relacionado exclusivamente à ausência de estímulos auditivos.

ele tem muita comunicação. Isso é incrível, né? Ele faz muita mímica, muita! No início, era bem menos, né, ele, nesse quadro, muito agitado. E, com o tempo, ele vai também criando vínculo com a gente e aí algumas coisas a gente vai aprendendo né (sinalizando) o “desculpa”, o “banheiro” (...) e a gente brinca com ele, né, o “confusão”. Então, a gente vai aprendendo algumas coisas chaves, que passa uma mensagem meio que exata...” (Rose)

As falas de Ben e de Rose, no que diz respeito à atuação da equipe junto a Gabriel, coincidem em dois aspectos: com relação às tentativas de estabelecer qualquer forma de comunicação com o usuário e da importância do estabelecimento de uma relação de vínculo e de confiança entre o usuário e o profissional. Mesmo não sendo nenhum dos três (Ben, Rose e nem mesmo Gabriel) fluentes em Libras, trocas se estabeleceram. Parece, então, que as contenções que foram realizadas pela equipe não foram para Gabriel algo vivido como violência, já que o ajudaram a se apresentar de maneira diferente no CAPS e até mesmo com que se vinculasse a Ben. A equipe demonstrou, através de relatos diversos, que as melhoras de Gabriel, no sentido de que a maneira como se apresenta agora, diferentemente do início do acompanhamento, é como uma pessoa que tem interesses, preferências e gostos próprios.

“E agora ele está superfalante³², a gente nunca viu ele falando tanto como ele tá hoje: dando em cima de todo mundo, de todas as meninas. Ele dá em cima, brinca. (...) Ele não gosta dos profissionais que têm barba. Quando ele chegou aqui... Apesar de ele tá com barba agora, por aquela questão da moda, né? Quando ele chegou aqui, essa moda da barba não

³² Por vezes, tanto em minha escrita como da fala dos profissionais, termos como “fala” ou “palavra” aparecem referindo-se a formas de comunicação utilizadas pelo surdo e pela equipe. Optei por manter esse uso ampliado desses termos ao longo do texto mesmo em situações nas quais não se referia à fala ou à palavra no sentido estrito para chamar a atenção ao fato de que os sentidos atribuídos à comunicação *in loco*, na situação na qual se dá, não são estanques, podendo assumir sentidos a depender de como o interlocutor a recebe.

tava tão... não tava tão em foco. Então, ele chegava aqui, ele sempre gostou muito de se raspar, não tinha pelo nenhum: raspava os braços, a perna, o peito. A barba dele era de barba de militar, então ele, quando ele via alguém de barba (murmurando e gesticulando) ‘Tira isso! Tira isso!’ (...).’ (Ben)

“(...) tem uma mania de que meu cabelo não pode ficar preso que fala que é pra soltar o cabelo que eu fico mais bonita, então eu tô parada e ele passa e puxa o rabo de cabelo... aí, no início, achava que era uma coisa... até eu entender que era isso... eu falava ‘Gabriel! Mas o que que é isso?’ E aí, com tempo, ele foi conseguindo me dizer ‘Deixa solto que fica mais bonita’ (sinal de bonita)” (Rose)

Assim, talvez o próprio ato de conter e a maneira como ele foi feito – com cuidado e com disponibilidade para tentar entender o que se passava com Gabriel – tenham sido uma forma de comunicar a ele as intenções de cuidado da equipe. A violência e agressividade apresentadas por Gabriel podem ser lidas, nessa perspectiva, como uma resposta em ato à agressividade sentida por ele em uma realidade onde nada pode ser comunicado, de maneira alguma, em língua nenhuma. Poder falar e alguém poder ouvir (mesmo que não falando em palavras e escutando com o ouvido), assim como ter alguém interessado em falar com Gabriel, parecem ser elementos que o ajudaram a estar no espaço do CAPS de outra forma, menos agressiva.

Esse é um dado importante para os serviços de saúde mental em seu acompanhamento para qualquer usuário. Não é incomum que os serviços lidem com pessoas que, mesmo temporariamente, sentem-se impossibilitadas de falar. Nesse sentido, perguntar-se quais as múltiplas formas de comunicar existente nos serviços pode ser um caminho fundamental para conseguir de fato cuidar.

Outro aspecto do caso de Gabriel é a centralidade que seus familiares – mãe e tia – ganham no relato dos profissionais. Elas apareceram como uma parte importante do trabalho que precisa ser feito, por, muitas vezes, impedirem que o trabalho possa ir adiante, tanto no sentido de possibilitar uma circulação de Gabriel um pouco mais autônoma como também na ampliação dos espaços sociais onde ele possa

circular. Quando questionei, por exemplo, sobre dificuldades de encaminhamento para outros serviços, para minha surpresa, o que foi apontado como grande dificuldade não foi o fato de Gabriel ser surdo, como imaginei que seria, mas que a tia e a mãe complicavam esse encaminhamento.

Como discutimos nos primeiros capítulos, a dependência dos familiares para estabelecer contato com serviços de saúde é um fato já documentado e uma grande queixa do público surdo. Aqui, entretanto, há um complicador, pois a pessoa com alguma forma de sofrimento psíquico tende a ser bastante dependente dos cuidados de seus familiares, algumas vezes, por uma necessidade, mas, outras vezes, pelas dificuldades da própria família em deixar livre e estimular que seu familiar possa fazer suas próprias escolhas e traçar seus caminhos.

É comum no imaginário popular a ideia de que o “louco” não pode responder por si. Por isso, muitas vezes, é uma parte importante do trabalho dos serviços de saúde mental, em especial dos CAPS, produzir pequenas separações nas relações familiares, que por vezes se fazem tão juntas, tão coladas que não há sequer espaço para o membro que está sob cuidados querer alguma coisa diferente do que querem seus familiares: *“E aí logo no início deu para perceber elas (mãe e tia) o tempo inteiro... ele, inquieto, não parava quieto e elas falando por ele. Não deixavam nem a gente se dirigir de alguma forma a ele, né? Elas segurando ele. Isso é uma coisa que a gente vê muito isso nesse caso: elas seguram, manipulam muito ele, pegam, puxam, empurram, dão cigarro, tiram o cigarro da boca. Elas agem por ele”* (Rose)

No caso de Gabriel, com mais intensidade, mas também em outras histórias, como o de Rodolphe – que será apresentado adiante – a relação do familiar com o usuário de saúde mental aparece como um grande desafio. Essa relação de muita dependência parece ser potencializada pelo fato de que os familiares no geral têm acesso a alguma forma de comunicação com a pessoa surda que o serviço não possui. *“Ah com sinais (sinais caseiros), mas elas têm uns sinais aí que eu não entendo. Elas têm sinais aí delas, fazem alguns desses*

(Libras)... *a tia não, a tia grita com ele, acha que ele tá escutando, né? É uma coisa muito louca. A mãe tem os sinais que eu nunca... não sei nem como ela consegue que ela faz umas coisas que não dá nem para ver o que ela faz. Acho que ele não tá nem vendo. Então, acho que é uma coisa tão colada (a relação mãe/filho) ali que alguma comunicação se dá. Ninguém sabe como, mas acontece... não sei o que um fala, o que o outro escuta, mas... mas se dá*" (Rose)

Isso tem como efeito uma ideia de que os familiares é que podem dizer de fato o que se passa com Gabriel e informar sobre sua história, sobrando pouco espaço para a intervenção do serviço e dos profissionais que são colocados como aqueles que não conseguem entender o que de fato está se passando. Sobrando pouco espaço para que também Gabriel, ao seu modo, conte sua história e diga suas necessidades "*(...) né, uma família muito difícil a do Gabriel. Quando ele chegou aqui, a gente tinha poucos elementos, elementos que entravam em contradição a todo momento, né? A gente tinha informações do Gabriel até os 20 anos e depois só de quando ele chegou (no CAPS) (...) a gente só podia colher esses elementos através dessa família que sempre tentou camuflar sobre isso*" (Ben).

A mãe e a tia traziam os dados sobre sua história de adoecimento e de tratamento de maneira bastante confusa, o que dificultava ao CAPS conhecer a história de Gabriel. Os fios soltos na história contada por elas foram amarrados pelo próprio Gabriel, como através da tatuagem que tem no braço com o nome da filha e que é uma marca de um momento anterior. Um passo importante também para que a sua história pudesse ser contada por uma pluralidade maior de vozes foi o contato com a família residente em outro município.

Um segundo efeito que podemos apontar da família como o principal meio de comunicação com o usuário é certa dependência da equipe em relação ao familiar para estabelecer relações com Gabriel, num momento em que a equipe não havia conseguido ainda inventar os meios próprios de se comunicar com ele. Portanto, um passo importante na vinculação de Gabriel com a equipe do CAPS foi poder não lançar mão dos familiares como intermediadores da

comunicação e até mesmo como informantes da história de Gabriel. “(...) e a gente foi parando de ficar refém da mãe, né, porque, no início, a mãe queria muito dizer por ele e dizer o que estava acontecendo e isso era muito difícil. Então, eu acho que isso vai mesmo ‘pegando’ o Gabriel” (Rose).

Essa possibilidade de mediação das relações familiares é fundamental, não só para que o CAPS possa se vincular a Gabriel, mas também para que haja algum efeito do tratamento nas relações familiares e no lugar que Gabriel ocupa em sua família. Ao mesmo tempo em que têm um lugar central nos cuidados a Gabriel, a tia e a mãe acabavam se sobrecarregando e tendo dificuldade de conduzir situações no dia a dia, o que, muitas vezes, terminava em agressão. Ben contou da percepção, desde o início, de que a tia e a mãe tinham um desejo grande de não precisar se haver com os cuidados de Gabriel, apontando como solução deixá-lo em algum hospital. Tentaram, inclusive, deixá-lo também no acolhimento do CAPS, sendo muito difícil, em um primeiro momento, que elas aceitassem levá-lo para casa. Rose diz “*Há algo de insuportável para a família* (na presença de Gabriel)”. Nesse sentido, o desenvolvido de qualquer forma de comunicação entre a equipe e Gabriel, possibilitando que ele fosse o protagonista a dizer seus próprios desejos, interesses e sua história assim como a possibilidade de a família não precisar se haver sozinha com os cuidados foram essenciais para a melhora de Gabriel.

Segunda História – Quentin

Quentin é um jovem rapaz de 30 anos de idade. Ele chegou ao CAPS após uma internação compulsória em um hospital psiquiátrico, solicitada pelos vizinhos, que denunciaram a situação de abandono na qual se encontrava, e algumas situações nas quais o colocavam e a vizinhança em risco, como, por exemplo, uma vez em que ateou fogo na própria casa. Havia também muitas queixas da vizinhança de situações de agressividade. A indicação dessa internação compulsória tinha como objetivo “retirar os riscos, esclarecer o

diagnóstico e propor tratamento”³³.

Durante a internação no hospital, que durou cerca de 20 dias, o CAPS foi chamado para conhecer Quentin e sua família e iniciar o acompanhamento. Foi então agendada uma reunião, ainda na enfermaria na qual Quentin se encontrava. Nessa reunião, estavam presentes a equipe do CAPS, a equipe da enfermaria, Quentin e sua mãe, que também é surda³⁴. A equipe soube da existência de uma irmã, também surda, mas que se recusava a ter contato com o irmão ou estar presente nessa reunião. Com relação ao pai de Quentin, a mãe informou que ele vive em outro estado e que não tinha nenhum contato com ele, sendo impossível estar presente na reunião.

Nesse momento, quando o CAPS começa a se apropriar do caso e a conhecer Quentin e sua família, chama a atenção o quanto a mãe fica apreensiva com a possibilidade de Quentin ser liberado da internação, fazendo reiterados pedidos para que ele permaneça internado indefinidamente.

Ao começar a compreender melhor o caso, a equipe toma conhecimento que, no momento anterior à internação, Quentin vivia frequentemente pelas ruas, morando e se alimentando por ali. Em poucos momentos, retornava para um apartamento, de propriedade da mãe. O apartamento, onde anteriormente viviam Quentin e sua mãe, contava com uma infraestrutura bastante precária já que, para fazer uso de drogas, Quentin vendeu todos os móveis, assim como janelas, portas, fiação, de maneira que da casa restavam somente as paredes. Por conta dessa situação, a mãe de Quentin se mudou, buscando abrigo na casa de uma amiga, permanecendo Quentin sozinho no apartamento. Nesse período, tinha contato apenas esporádico com a mãe, quando esta podia levar-lhe algum alimento.

Sempre houve certa ambivalência na relação da mãe de Quentin com ele. Seu pré-natal, gestação e parto aconteceram

³³ Trecho apresentado aqui com as mesmas palavras tanto no prontuário do CAPS quanto no relatório de alta entregue ao CAPS pelo hospital psiquiátrico.

³⁴ Conforme discutimos no capítulo I, esse é um aspecto interessante de ser observado já que entendemos que o contato de Quentin com a língua de sinais aconteceu desde o início da vida.

sem dificuldades. Tempos após seu nascimento, Quentin foi diagnosticado com surdez neurosensorial por causa genética (Síndrome de Waardenburg³⁵). Nessa época, seus pais ainda não eram separados, mas a mãe queixava-se de que o pai, ouvinte, era agressivo com ela e com os filhos. Em decorrência disso, após nove anos, no início da década de 1990, o casamento se desfez. Na época, a mãe colocou Quentin, então com sete anos de idade, em uma escola na modalidade de internato, com a irmã mais velha, sob a justificativa de que precisava trabalhar e por isso estava com dificuldades de acompanhar os filhos. Os relatos daquela época são de que a mãe impedia o pai de ter contato com os filhos com receio de que ele os agredisse. Apesar disso, o pai contribuía com pensão de um salário mínimo para o cuidado com os filhos. Durante a infância, havia dificuldades da mãe em cuidar dos filhos, havendo relatos de que, nos períodos em que ficava com eles, não conseguia manter a higiene, sendo frequente, por exemplo, a ocorrência de pediculose, sem que a mãe conseguisse cuidar, de maneira efetiva, apesar de receber orientações.

Ainda que houvesse relatos de que, quando criança, Quentin reagia com agressividade, se contrariado, há uma mudança importante de comportamento na puberdade, quando ele passou a agir como um adolescente manipulador, agressivo e desafiador, não respeitando os profissionais na escola, nem a mãe ou a irmã. Teve várias advertências e suspensões na escola, o que levou a uma tentativa de encaminhamento para tratamento psicoterápico, por parte da escola em 2002. Entretanto, sua mãe não o levou. A mãe relata aos profissionais do CAPS uma tentativa de tratamento anterior, mas não soube especificar a época ou o local. Fala também de uma tentativa de atendimento em um hospital psiquiátrico, mas sem sucesso,

³⁵ Tipo de doença genética que além da surdez congênita pode levar a alterações na pigmentação dos olhos, cabelos e pele.

segundo ela, pelas barreiras na comunicação³⁶.

Em 2005, houve a tentativa de que ambos os filhos pudessem viver com o pai fora do estado do Rio de Janeiro. Quentin, que, na época, tinha 17 anos, e a irmã ficaram com o pai por apenas 1 mês, retornando em seguida para o Rio de Janeiro. Após esse regresso, não frequentou mais a escola ou algum local para tratamento.

É, então, que os relatos se tornam mais confusos e imprecisos. Quentin passou a permanecer mais tempo nas ruas, conseguiu construir alguma rede e até ganhar algum dinheiro, auxiliando um ambulante que vendia churrasco perto de sua casa. Passou a fazer uso de drogas, como cola, desireé³⁷ e crack, sendo esse o período no qual houve um maior afastamento na relação com a mãe. Segundo ela, teria também sido preso, mas isso não foi completamente esclarecido pela equipe do CAPS, que não conseguiu confirmar essa informação.

Portanto, há um período, de 2005 até a intervenção dos vizinhos pela justiça e conseqüente chegada ao CAPS (em meados de 2016), no qual Quentin permaneceu com vínculos bastante frágeis. Ao chegar à enfermaria, seu diagnóstico foi de Retardo Mental Leve e relato de alucinações auditivas. Apesar de o relato do uso prejudicial de drogas ter levado ao convite para que uma equipe de CAPS Ad pudesse conhecê-lo, na avaliação desse serviço, o uso de drogas seria

³⁶ O hospital no qual buscaram atendimento encontra-se fora da área de abrangência do território no qual vivem, sendo esse também um elemento que pode ter dificultado o acesso. Uma das questões que podemos levantar, por exemplo, é quais informações e qual o conhecimento que os surdos têm da atual conformação e organização dos serviços de saúde com relação ao atendimento territorializado e o quanto essa desinformação é mais um elemento que dificulta o acesso.

³⁷ Mistura de maconha e crack.

secundário e não primário no caso de Quentin³⁸, e ele permaneceu sob os cuidados do CAPS, que atualmente o acompanha.

As profissionais que o acompanhavam percebiam um comportamento bastante impulsivo e um tanto desagregado. A intérprete, que esteve nos primeiros atendimentos, relatava o quanto o discurso de Quentin era empobrecido, parecendo até mesmo um surdo que nunca tivesse aprendido Libras, apesar de ter duas familiares surdas, usuárias de língua de sinais. Nesses primeiros contatos, por vezes, a equipe contou com a presença de uma profissional que não trabalhava no CAPS, mas na equipe de Residência Terapêutica³⁹, ligada ao CAPS, e que sabe Libras.

A equipe procurou estabelecer contato com outras instâncias para levantar os recursos dos quais poderia lançar mão. Dentre eles, houve contato com a Secretaria da Pessoa com Deficiência⁴⁰, onde foram identificados alguns espaços em que seria possível receber uma pessoa surda, mas havia condicionais com relação à idade, não sendo possível a participação de Quentin. A equipe pactuou, junto à Central

³⁸ Quando as equipes se deparam com casos nos quais há tanto relato de alguma doença psíquica como de uso de drogas, podem surgir dúvidas sobre o que se constitui primariamente como uma demanda de tratamento. No geral, o arranjo pensado para o tratamento leva em consideração o histórico do usuário, suas concepções sobre o adoecimento e as características das equipes. Pode-se optar tanto por um dos serviços para conduzir o caso, como por uma parceria entre os serviços para prestar os cuidados necessários ao usuário.

³⁹ Residências Terapêuticas (RTs) são uma modalidade de moradia custeada pelo poder público destinada a pessoas que passaram longos períodos internados em hospitais psiquiátricos, que necessitam de suporte para a realização de suas atividades no dia a dia, mas não contam com o suporte de familiares para isso. No município do Rio de Janeiro, as equipes que acompanham as RTs são compostas por Coordenador, Acompanhante Terapêutico (profissionais de nível superior), técnico de enfermagem e cuidador.

⁴⁰ Na gestão 2017 – 2020, a Secretaria da Pessoa com Deficiência do município do Rio de Janeiro foi extinta, passando suas políticas a serem geridas pela Subsecretaria da Pessoa com Deficiência, estando essa subordinada ao gabinete do prefeito. Apesar disso, mantenho a nomenclatura original utilizada no registro no prontuário.

Carioca de Intérpretes de Libras,⁴¹ a possibilidade de haver com certa frequência a presença de um intérprete para acompanhar Quentin, tanto nos atendimentos médicos, quanto durante os encontros com sua técnica de referência, que é uma psicóloga.

O CAPS atuou também na aproximação de Quentin da Estratégia de Saúde da Família. Apesar de morar em frente à clínica e frequentá-la até mesmo pela proximidade geográfica, não havia muita apropriação da equipe clínica sobre os cuidados em saúde de Quentin, principalmente pelas dificuldades de comunicação. Assim, após uma reunião com a equipe da Clínica da Família para apresentar o caso e sugerir a presença de um intérprete durante os atendimentos, os contatos entre a equipe do CAPS e da Clínica se estreitaram. Isso foi importante em situações como quando, por exemplo, surgiu a suspeita de que Quentin pudesse estar com tuberculose e a clínica pôde agir prontamente.

A entrada de uma residente⁴² assistente social no acompanhamento do caso foi muito importante, segundo os profissionais de referência, por seu grande investimento e encorajamento para que a equipe pudesse ampliar a presença de Quentin no CAPS em atividades como a convivência e uma oficina de futebol. Até então, a proposta de atendimento para Quentin eram as consultas médicas e o atendimento com sua psicóloga, pelo entendimento de que estar em espaços coletivos, como as oficinas e os grupos, não seria possível pela barreira linguística e a impossibilidade da presença de intérpretes. A aposta da residente era de que, apesar da barreira na língua, alguma possibilidade de comunicação haveria.

Apesar desse investimento, a equipe notou que a participação dele era irregular nesses espaços onde não havia

⁴¹ Ligada à Subsecretaria da Pessoa com Deficiência, consiste em um grupo de profissionais intérpretes que acompanha surdos em atendimentos de ordem jurídica, trabalhistas, de saúde, entre outras (Dados do site da Prefeitura do Rio de Janeiro: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smpd/exibeconteudo?id=2809652>).

⁴² Profissional em formação através da Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

o acompanhamento do profissional intérprete. A partir da indicação para que a mãe de Quentin participasse do grupo de família do CAPS, conseguiram garantir também a presença do intérprete nos grupos que acontecem quinzenalmente. Entretanto, após uma situação na qual a mãe compareceu e o intérprete não, ela não retornou mais ao grupo. Nessa situação, a solução vislumbrada pela equipe foi utilizar a escrita e um aplicativo⁴³ de celular para o auxílio na comunicação, o que tornou possível a participação dela no grupo.

Atualmente, a equipe identifica uma importante melhora em Quentin, que apresenta uma fala mais complexa, com mais elementos, expressando seus sentimentos e desejos. Fala da vontade de aprender a usar o computador e voltar a estudar, bem como do ressentimento que tem pelo fato de seu pai não lhe pagar mais pensão. Os profissionais observaram também uma relação mais carinhosa entre Quentin e a mãe. Atualmente, eles moram juntos na casa da amiga da mãe e estão investindo nos consertos da casa de propriedade deles. Recentemente, ambos tomaram a iniciativa de combinar com a intérprete a ida a um órgão de educação para solicitar para Quentin uma vaga na Educação de Jovens e Adultos (EJA), que resultou na matrícula em uma escola. Ainda não está frequentando, segundo ele, pela ausência de intérprete.

Encontro de dois mundos

Ao me deparar com a história de Quentin, percebo que talvez seja o caso em que a questão da cultura e da identidade surdas de fato operam com maior intensidade, tendo grande influência sobre o desenrolar dos fatos, o que não encontrei com tanta força nos demais casos estudados. Mesmo no caso de Gabriel, que teve algum tipo de inserção na cultura surda, convivendo com colegas surdos, a língua sinalizada não parece ter deixado em seu corpo tantas marcas. Ou, até mesmo, na história de Paula, que conheceremos adiante, apesar de optar

⁴³ Trata-se do aplicativo Hand Talk. Ele foi criado em 2012, é gratuito, disponível da Apple Store e Google Play, que conta com uma animação chamada de Hugo, que faz a tradução automática do conteúdo escrito.

claramente pela Libras como sua língua, esse não parece ser para ela um fator que a identifique com um grupo e, por tanto, a diferencie dos ouvintes. Isso tem como consequência a sensação de que a língua não parece ser para ela um impeditivo para criar laços em um ambiente ouvinte, como discutirei em seguida.

No caso de Quentin, a língua aparece como um fator que marca, tanto para ele como para sua mãe, o lugar no mundo. De extrema importância, é até mesmo uma exigência de ambos ao CAPS (ou à clínica da família, ou à escola) que possam ser escutados em sua língua e que possam se expressar através dela.

Nos poucos contatos que tive com Quentin e sua mãe, foram frequentes os relatos sobre a dificuldade de chegar à clínica da família por conta da falta de comunicação. Uma tosse excessiva, a necessidade de orientações sobre o cigarro ou até mesmo agendar um exame tornam-se impossíveis pela ausência de um interlocutor sinalizante. Em outros momentos, há mesmo uma recusa de ambos a se exporem a um ambiente onde não se sentem seguros para se expressar. Lembro-me de uma situação na qual a mãe de Quentin, bastante contrariada, repetia o sinal de 'direito', afirmando que sabia que ela e o filho tinham o direito de serem atendidos em sua língua.

Com relação à escola, identificamos o mesmo movimento. Apesar da grande dificuldade para se organizarem para chegarem a lugares ainda desconhecidos, e também em protagonizarem ações, Quentin e sua mãe conseguiram, através de contatos com a comunidade surda, descobrir onde deveriam ir para conseguir uma vaga no EJA. Por iniciativa própria, falaram com a intérprete que os acompanhava no CAPS e pediram sua companhia para ir até a Coordenadoria Regional de Ensino (CRE) falar sobre a situação de Quentin. Conseguiram organizar os documentos e, após todo esse esforço, depararam-se com uma escola na qual não havia intérprete, inviabilizando a presença de Quentin. Para eles, é impossível estar em um lugar que oferece um serviço em que não exista a comunicação em Libras.

Esse mesmo movimento aconteceu quando, após a

falta da intérprete de Libras, a mãe de Quentin para de frequentar o grupo que era um espaço que vinha sendo importante e do qual participava ativamente. Ou, então, quando, apesar dos esforços da equipe para que Quentin frequente o CAPS, em outros momentos como uma oficina e a convivência, esses espaços não os considera interessantes. De fato, nesse caso, quando precisam frequentar um ambiente onde a língua que circula não é a sua, estão em um mundo estranho onde suas possibilidades de comunicação (e conseqüentemente de relação, expressão, territorialização) estão restritas.

A ideia de território com a que dialogo aqui parte da concepção de que nos identificamos, nos sentimos “em casa” não apenas considerando um espaço geográfico delimitado, mas os signos, afetos, experiências e relações que temos com determinado lugar. Assim, “a ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas” (Lima, Yasui, 2014, p. 597).

Essa ideia nos ajuda a dimensionar o tamanho estranhamento que é para Quentin e sua mãe adentrarem um serviço onde não podem se comunicar na Libras. É um lugar onde é difícil para eles encontrarem marcas reconhecíveis que tornam o ambiente familiar, que tornam aquele lugar seu, um território habitável. Sob esse mesmo aspecto, podemos pensar o estranhamento dos profissionais que, para receber essa família, precisam se deslocar, conhecer novos signos e, de alguma forma, abrir mão também do que lhe é familiar.

Esse território não é estanque: ele é dinâmico e está vivo. Estamos o tempo todo inventando e construindo territórios, bem como nos desterritorializando de outros. Justamente porque conectados a afetos, a relações e a signos que estão constantemente se transformando, a nossa vinculação com o território também tende a se modificar. “Não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte” (LIMA, YASUI, 2014, p. 595).

Essas considerações nos ajudam a pensar também a

relação entre linguagem e organização psíquica, que foi relatada pela equipe que acompanha Quentin. No momento em que o conheceram, ele se encontrava em crise. Estava num processo de desterritorialização radical, a ponto de nem mesmo sua própria língua conseguir dar vasão à sua experiência. Sua sinalização era confusa e desarticulada, levando a intérprete a desconfiar de que ele sequer aprendera Libras. Estava completamente fora de sua “casa”, do que lhe era familiar. Aos poucos, foi reconhecendo ao menos seu corpo como lugar de morada e de familiaridade, retomando, dessa forma, sua língua como forma de expressão. Passou a dizer dos seus desejos, como a vontade de aprender a usar o computador, estudar, e do ressentimento que tinha do pai. Somente após estar territorializado no seu próprio corpo, pôde tentar ocupar outros espaços como a escola.

Essa ideia de território é a mesma que embasa a concepção dos CAPS enquanto serviços territoriais, como apresentado na introdução deste trabalho. Isso significa que, nesses serviços, uma parte essencial do trabalho, algo do que o define como serviço substitutivo e o diferencia do manicômio, é a permeabilidade ao território e às subjetividades que ali habitam. Isso significa ser condição *sine qua non* para a construção do trabalho no CAPS que a cultura (e consequentemente a língua) dos seus usuários seja parte dessa construção. Por isso, podemos dizer que a chegada de Quentin ao CAPS causou também uma desterritorialização do serviço, que precisou se reconfigurar e se reinventar para fazer caber em seu espaço o modo de existir de Quentin.

Não é sem dificuldade que esses processos de desterritorialização e territorialização acontecem. Não é sem motivo que as profissionais dizem, como veremos adiante, que pensaram haver um outro lugar, um lugar especializado onde se conhecesse a melhor maneira de se receber as pessoas surdas. E também não é sem razão que Quentin e sua mãe procuraram, incessantemente, ser atendidos em sua língua. Esses dois movimentos buscam o conhecido, o familiar, o territorial, mas esse encontro entre Quentin, sua mãe e o serviço, através da experiência e dos afetos ali envolvidos,

estava possibilitando novas territorialidades mesmo com suas contradições e retrocessos.

Talvez em decorrência da centralidade da língua e da cultura surdas nesse caso é que Regan e Evelyn⁴⁴, que são as profissionais que acompanham Quentin mais diretamente, disseram muito claramente da dificuldade em receber essa família e do processo de desterritorialização pelo qual passaram. Desde o início do acompanhamento de Quentin, mostraram-se muito sensíveis ao fato de ele e a mãe serem usuários de uma outra língua, o que gerou muita preocupação e ansiedade na equipe: *“(...) foi difícil pra equipe, no início foi muito difícil. (...), né, dessa dificuldade que a gente passou e acaba que eles passam também. Porque a equipe ficava insegura de como receber”* (Regan).

As profissionais falam, além da insegurança em receber uma pessoa surda, da sensação de impotência e também da ideia de que deveria haver alguém ou algum lugar mais qualificado para recebê-los, coincidindo com a lógica do especialista. *“Eu acho que, muito, assim, que as equipes, às vezes, elas se sentem meio impotentes sem, sem saber como lidar. E acham que vai ter um lugar específico para aquela pessoa, né, pra poder se tratar. E não é assim, né? A pessoa vai usar o que tem, todos os serviços”* (Regan).

Apesar das dificuldades iniciais e de todas as questões que tinham sobre as possibilidades de acompanhar Quentin, assumiram o caso e que o CAPS era o lugar de tratamento para ele. Frente à sua insegurança, discutiram a situação em supervisão e, com o tempo, desenvolveram diversas estratégias para ampliar a comunicação com Quentin e sua mãe, usando, de maneira concomitante: escrita, aplicativos de celular que fazem a tradução/versão de/para Libras, contaram com a presença de intérpretes com agendamento regular. Além

⁴⁴ Os nomes fictícios das profissionais que acompanham Quentin vieram do filme “Um Lugar Silencioso”, de 2018, com direção de John Krasinski. Trata-se de um filme de terror onde o perigo é acionado quando os personagens emitem qualquer som. Nesse contexto, uma família que tem um membro surdo usuário da American Signs Language (ASL) sobrevive utilizando essa língua como forma de comunicação.

disso, interessaram-se em aprender Libras e começaram a fazer um curso.

Por estarem próximas a Quentin, sentiram-se provocadas por sua língua e ficaram muito engajadas e curiosas em relação a esse outro mundo, o da surdez. Interessaram-se por conhecê-lo e buscar as intersecções e encontros possíveis entre esses dois mundos: entre o delas e o de Quentin e sua mãe: *“Aí eu já saí daí (primeiro grupo de família do qual a mãe de Quentin participou), dizendo que eu tinha que aprender Libras até por outros desdobramentos. Acho que, às vezes, a gente ficou muito na dependência da intérprete, não pode estar. E é isso, às vezes, eu acho que fica muito uma coisa atrelada, muito engessada. Ela só vai poder vir quando a intérprete estiver? Então, se a gente quiser marcar alguma coisa, né, fora desse dia de disponibilidade da intérprete, né, eu acho que não é legal, né? Então, eu comecei (o curso de Libras), tô engatinhando aí”* (Evelyn). Outra grande marca dessa intersecção foi o “batismo” de Regan, quando, em um dos atendimentos, recebeu de Quentin um sinal que significa sua identidade em uma comunidade surda. Esse é uma marca que diz que, na cultura surda, ela agora tem um nome, tem um lugar; é também território dela.

Evelyn, quando coloca seu desejo em aprender Libras para poder, de maneira mais autônoma, estar com Quentin e especialmente com sua mãe no grupo de família, aponta também para a centralidade que o profissional intérprete tem tido na condução do caso de Quentin. Através do contato que a equipe do CAPS fez com a Central de Intérpretes, foi possível pactuar a presença de um profissional todas as vezes que Quentin estivesse em consulta médica ou em atendimento com sua referência no CAPS, bem como nos grupos de família, garantindo a presença de sua mãe nele. Outro importante ganho foi a garantia de que fosse sempre a mesma intérprete presente nos atendimentos, possibilitando uma maior vinculação dessa profissional ao caso e facilitando a segurança de Quentin e da mãe com relação à presença da intérprete. Como vimos anteriormente, a confiança no intérprete pode ser um dos fatores a dificultar o acesso da pessoa surda aos

atendimentos na saúde e, por isso, esse foi um cuidado importante das equipes do CAPS e de intérpretes.

Tanto Evelyn quanto Regan contam que, de início, preocuparam-se em como seria ter outra pessoa, a intérprete, nos seus atendimentos. Em especial para Evelyn, que conduz o grupo de família, isso foi uma questão, tanto em relação ao sigilo quanto à forma como os familiares iriam receber a presença do profissional intérprete no grupo. Entretanto, isso não se mostrou de fato um problema: *“Antes do grupo a gente teve uma conversa com ela (intérprete), explicando a dinâmica e que a proposta, o combinado, é o que a gente fala no grupo permanece no grupo, isso não sai daí. Então, ela entendeu e o pessoal também aceitou bem, né, não teve problema quando eu expliquei que teria que vir uma intérprete, que é uma pessoa de outra secretaria, mas o pessoal aceitou bem”*.

Ambas destacaram a importância de que o trabalho com os intérpretes seja articulado e construído em conjunto com esses profissionais para que as ações possam ser pensadas e executadas de maneira coerente. Apontam que foi um enorme ganho a possibilidade de contar com uma intérprete com a frequência que conseguiram e também que fosse sempre a mesma profissional. Entendem, entretanto, que, em alguns aspectos, o trabalho poderia avançar ainda mais.

Para isso, há uma certa lógica do trabalho em saúde mental que precisaria ser transmitida. Por exemplo, o entendimento de que a frequência irregular da mãe de Quentin ao grupo de família é material de trabalho e intervenção para a equipe não é óbvio para o profissional intérprete. Houve uma situação na qual, após duas faltas consecutivas da mãe de Quentin, a intérprete entendeu que ela não mais compareceria e que, por isso, a atuação profissional dela no grupo já não seria mais necessária, tendo faltado ao encontro seguinte. Foi justamente nessa situação que a mãe veio ao grupo e não havia intérprete e, em seguida, não mais voltou: *“Mas de qualquer forma eu acho que também faltou um pouco nós estarmos mais próximos deles e eles da gente pra não tomar decisões sem a gente conversar. Que, aí, acabou acontecendo de eles tomarem a decisão de não vir, mas, aí, ela (mãe de Quentin) veio”*(Regan).

Assim, Regan e Evelyn apontam que sentiram necessidade de que a intérprete pudesse estar mais presente, mais próxima da lógica de trabalho, dispondo de algum tempo inclusive para conversar com elas, o que, por conta de enorme demanda por intérpretes e conseqüentemente de sua agenda um tanto engessada, no geral, não seria possível. Kirmayer, L.J. et al. (2003) apontaram, em seu estudo realizado no Canadá, a importância de um trabalho articulado e de que os profissionais, tanto do serviço quanto os que prestavam consultoria como intérpretes, pudessem estar disponíveis para a elaboração de um trabalho conjunto. Nesse sentido, a experiência dos países que têm formas mais consolidadas para atender à pessoa surda, assim como a história de Quentin mostram que não se trata de simplesmente estar apto a traduzir uma língua ou uma cultura, havendo uma especificidade no trabalho da saúde mental, que precisa ser cuidada e observada.

Essa fala de Regan aparece como uma preocupação não só com a condução do caso, mas também com o próprio profissional intérprete, que talvez não esteja familiarizado com o conteúdo do que é dito durante os atendimentos. Regan relata uma situação na qual Quentin, num atendimento em particular, falava de ter agredido seu cachorro, em um momento de crise. Quentin ainda estava no início do tratamento e estava bastante desorganizado. Regan notou que, nos atendimentos seguintes, a intérprete sempre tinha alguma dificuldade em chegar no dia e horário marcados: *“(...) começou a desmarcar os atendimentos. Quando era o dia dela, ela combinava tudo comigo e, no dia, ela falava: ‘Regan, tô com dor de barriga’, ‘Regan, não tá passando ônibus’. E começou a desmarcar um atrás do outro. Eu interpretei, não sei se foi isso, porque é isso, a gente teria que estar muito mais próxima, a gente acaba não conseguindo fazer isso, mas eu acho que ela estava com dificuldade de estar no atendimento, tanto que trocaram depois, colocaram uma outra pessoa”*. Nesse sentido, a construção de um trabalho conjunto entre a equipe do CAPS e a intérprete que fosse para além do momento da interpretação traria ganhos para o caso, mas seria também a

possibilidade de construção coletiva das direções a serem tomadas e de criar ferramentas para lidar com as afetações que o contato com o caso cria.

Outro aspecto do caso de Quentin que merece ser destacado foi o quanto a ausência do Estado na forma de uma instituição – para de alguma maneira localizar suas relações com o social – teve efeitos devastadores. Apesar de dar alguns sinais desde a adolescência de que algo não ia bem, foi após Quentin retornar para o Rio e não voltar a estudar que, psicossocialmente, teve muitas perdas. É claro que podemos perceber que houve, sim, nesse período, a possibilidade de construção de alguns laços, como o ambulante com quem vendia o churrasquinho ou até mesmo as relações que precisou estabelecer para o consumo de drogas. Mesmo que essas relações sejam apenas de compra e venda, mostram que Quentin construiu algum tipo de troca com o mundo. Não podemos deixar de pontuar, entretanto, que essas relações construídas por ele foram muito frágeis, deixando-o numa situação de vulnerabilidade importante. Nesse sentido, a entrada do Estado na forma das instituições: Justiça, CAPS, Clínica da Família, foi importante para mediar as relações de Quentin com sua família e com o corpo social, tendo um efeito importante em sua vida, possibilitando a superação de um momento de crise, que, possivelmente, enfrentou sozinho por muito tempo.

A grande dificuldade de chegada a serviços por pessoas surdas – que identificamos na literatura e descrevi ao longo do trabalho – pode ter sido um fator complicador no caso de Quentin. Sua mãe relata tentativas anteriores de pedir ajuda a serviços de saúde que não puderam ser escutadas, seja pela sua dificuldade em saber onde pedir ajuda ou pela dificuldade dos serviços em, de fato, entender qual ajuda seria necessária. Seja como for, no caso de Quentin, a loucura, a pobreza e a surdez operaram, criando uma intersecção de vulnerabilidade em que não foi possível intervir até que a situação chegasse ao limite, expondo Quentin a uma situação na qual estava em risco.

Retomando a discussão a respeito do acesso, podemos notar que, de fato, além de outros complicadores, como a

fragilidade que, por diversas vezes, notamos na rede de serviços de saúde, houve barreiras linguísticas que dificultaram a chegada de Quentin, antes, aos serviços de saúde, prevenindo uma piora em sua situação. Percebia, como trabalhadora de um serviço de saúde, a dificuldade na comunicação (mesmo com ouvintes) de informar, de maneira clara, o funcionamento de cada serviço, a lógica da territorialidade e da regionalização, evitando o famoso “seu local de atendimento não é aqui, vou te encaminhar”.

Essa dificuldade de comunicação aparece também no momento de “decodificar” em que de fato consiste um pedido de ajuda por quem chega, em especial, a um serviço de saúde mental. Por exemplo, o pedido pode chegar como “vim aqui porque precisava conversar com alguém de esquerda”, ou “vim aqui porque precisava parar e não conseguia” ou “vim aqui porque não tenho onde dormir”. Às vezes, os serviços apresentam poucas e repetidas respostas para as mais diversas demandas (frequentemente, a resposta é o medicamento), o que pode ser também fruto de uma escuta preparada para ouvir as mesmas coisas ou treinada para encaixar o que escuta dentro de parâmetros pré-determinados. Ao longo dos dois anos de desenvolvimento deste trabalho, parece-me que, talvez, uma das formas de resistência radicais que podemos ter dentro da saúde mental em um momento de retrocesso seja ampliar as formas de comunicação, podendo produzir novas respostas a partir de novas formas de escutar, como discuti no caso de Gabriel.

Entretanto, o que me parece importante destacar é que essa dificuldade opera duplamente, no caso de Quentin, já que além das dificuldades encontradas por qualquer cidadão, ele tem também uma dificuldade concreta de se comunicar em sua língua. Apesar de podermos comparar sua situação com as dificuldades de acesso que qualquer cidadão pode encontrar quando busca um serviço de saúde (ou de saúde mental) com as dificuldades que a pessoa surda sinalizante encontra, não podemos ignorar que há uma diferença. Há um “a mais” no caso da pessoa surda, uma dificuldade a mais ou uma barreira a mais a ser superada.

Assim como, em alguma medida, políticas perversas que escolhem não priorizar investimentos em áreas muito sensíveis à população que delas faz uso (como saúde e educação) em favor dos sistemas financeiros parecem vulnerabilizar ainda mais Quentin por ser surdo. Mencionei, na nota introdutória, a situação na qual se encontrava o município do Rio de Janeiro no período da pesquisa e o quanto sofreu a área da saúde. Todos os usuários da rede de serviços de saúde do município foram afetados com a não priorização, no orçamento, dos serviços destinados à população. Dentre os serviços afetados com os cortes no orçamento, estava a central de intérpretes, que fazia parceria com o CAPS, possibilitando que Quentin fosse aí recebido. Nesse sentido, mesmo com o atendimento bastante prejudicado, os demais usuários tiveram garantida a continuidade do cuidado no serviço. No caso de Quentin, entretanto, essa continuidade ficou prejudicada já que a presença do intérprete é fundamental para a garantia de atendimento em sua língua. Como garantir o cuidado efetivo a Quentin sem a central de intérpretes, já que, no caso dele, como vimos, ser atendido em sua própria língua é fundamental?

Mesmo com toda a disponibilidade dos profissionais em lançar mão dos mais diversos recursos – como escrita, aplicativos e mesmo a aprendizagem da Libras –, o que pretendo destacar aqui é que algo vai faltar. E vai faltar não simplesmente porque a falta sempre existe, mas porque um investimento em um serviço foi retirado e isso precisa ser destacado. Como vimos anteriormente, em outros países, há uma organização de serviços que se prestam a promover a inclusão linguística em serviços de saúde. Essa organização é reflexo de uma política pública inclusiva e democrática, que compreende a importância de fornecer a todos e a todas condições de acesso.

Aqui no Brasil, vínhamos desenhando, mesmo que timidamente, uma organização para tal. Apesar de ainda não termos um modelo ou sistema organizado para atender a essa demanda, ações importantíssimas foram feitas. Como no caso aqui discutido, a presença de uma mesma intérprete, durante

os atendimentos, mostra o entendimento de que o intérprete não era uma simples peça que estava ali para traduzir, mas como um sujeito cuja subjetividade também compunha o trabalho. Durante os anos mais recentes, tais esforços, que começamos a desenhar no sentido de ampliação do acesso do cuidado, foram descontinuados, desacreditados e, até mesmo, destruídos. A nós, agora, cabe desenhar outros ainda melhores que aqueles.

Terceira História – Rodolphe

Rodolphe é um jovem morador em uma comunidade no Rio de Janeiro e, há cerca de um ano e meio, foi encaminhado pelo Centro Municipal de Saúde (CMS) ao recém-criado CAPS da área. O encaminhamento deu-se porque Rodolphe fazia o acompanhamento medicamentoso com psiquiatra no CMS desde a adolescência, indo a consultas de três em três meses, e o profissional que o acompanhava à época achava que ele poderia se beneficiar de um atendimento psicossocial. Logo que chegou ao CAPS, a equipe não sabia do diagnóstico de surdez, que não foi informado pela mãe. Alguns meses após entrar no serviço, quando houve um grito muito próximo a ele, ao qual Rodolphe não emitiu resposta alguma é que a equipe desconfiou de que houvesse perda auditiva e, ao questionar a mãe, descobriu que ele havia sido identificado como uma pessoa surdo aos 7 anos de idade.

As equipes do CAPS e do CMS encontraram grandes obstáculos em conhecer a história de adoecimento de Rodolphe, já que a mãe é uma pessoa que tem grandes dificuldades: “*é uma família muito pobre tanto material quanto culturalmente*”, relata Kristi⁴⁵, uma das profissionais que o acompanha no CAPS. Apesar das dificuldades, a equipe conseguiu entender que ele apresentou um atraso no

⁴⁵ Os nomes fictícios de profissionais citados nesse caso são do filme *The Hammer* de 2010, com a direção de Oren Kaplan. Trata-se da biografia de Matt Hamill, surdo que se tornou campeão de luta-livre. No filme, podemos acompanhar seu processo de entrada na comunidade surda e identificação com a cultura surda.

desenvolvimento desde o nascimento e que, segundo a mãe, a gravidez teve complicações. Apesar disso, a mãe conseguia estabelecer algum contato e obter algumas respostas dele aos estímulos que oferecia. Antes do primeiro ano de vida, teve meningite, e, após esse período, tudo se agravou. Já na pré-adolescência, apresentou quadro de convulsão e teve os primeiros episódios de automutilação e heteroagressividade, iniciando o tratamento neurológico e psiquiátrico.

Em decorrência de seu desenvolvimento e de ter uma relação bastante simbiótica com a mãe, Rodolphe nunca frequentou a escola. Nunca teve contato com nenhuma língua formal, seja ela escrita, falada ou sinalizada, o que prejudicou bastante seu desenvolvimento. A equipe também se questiona sobre quais estímulos a família, com pouca orientação e pobre em recursos tanto materiais quanto subjetivos, teve a possibilidade de oferecer a ele. Por isso, surge para a equipe do CAPS o questionamento com relação ao diagnóstico. Alguns profissionais da equipe o percebem como autista, outros como um caso de retardo mental grave e outros ainda acreditam que seja uma questão difícil de responder em razão das condições de desenvolvimento de Rodolphe: sem contato com uma língua, vivendo em um ambiente muito pobre de estímulos e muito dependente da mãe.

A mãe de Rodolphe é descrita como uma pessoa muito dedicada aos cuidados com os filhos. É alguém que tem uma presença importante – e por vezes, excessiva – em sua vida. Sendo a principal responsável pelos seus cuidados, tenta suprir, da melhor maneira, todas as questões que ela consegue enxergar como necessidades de Rodolphe. Um grande exemplo disso é a alimentação: tende a dar tudo o que ele quer, chegando a lhe oferecer de dois a três litros de refrigerante por dia. Sua comida é toda batida no liquidificador, pois, segundo a mãe, ele não consegue digerir alimentos inteiros. Portanto, ao mesmo tempo que a presença da mãe garante sua existência, também o torna uma pessoa muito dependente, o que pode até prejudicá-lo em alguma medida.

Além da mãe, Rodolphe vive com um irmão, que também frequenta o CAPS, com o diagnóstico de retardo

mental, mas que não é uma pessoa surda nem tem comprometimentos na linguagem. Por isso, sua circulação pelo território é menos vinculada à mãe: ele vai ao CAPS e volta sozinho, circula pelos arredores da comunidade e tem algumas relações com a vizinhança. A presença do irmão no CAPS tende a desestabilizar Rodolphe, tornando-o agressivo. Por diversas vezes, a equipe precisa programar e organizar sua chegada ao CAPS, pensando em que espaços ele vai poder estar sem que fique muito incomodado com a presença do irmão e também disponibilizando um profissional para acompanhá-lo o tempo todo.

A relação complicada entre os dois irmãos também acontece em casa. A convivência se torna um pouco mais tranquila por conta do padrasto dos dois. O pai, há muito, abandonou a família, segundo a mãe, por não sustentar cuidar dos filhos com tantas necessidades. A mãe, em um determinado momento, começa a namorar esse homem, alguém com quem os dois irmãos se dão muito bem e é quem consegue mediar as relações na casa. O padrasto também possibilita que a mãe saia um pouco do papel de principal cuidadora. Por exemplo, na semana em que fiz a entrevista com a médica que acompanha Rodolphe, a mãe ia fazer uma pequena viagem e deixaria os filhos com o padrasto por dois dias. Essa possibilidade de a mãe se afastar um pouco é um ganho recente na história de Rodolphe.

Nesse sentido, uma parte importante do trabalho do CAPS, nesse caso, foi promover pequenas separações entre Rodolphe e sua mãe, como ele ficar na convivência, na assembleia ou no grupo de musicoterapia do CAPS acompanhado por alguém da equipe, enquanto sua mãe participava do grupo de família ou mesmo saía do CAPS. Esses momentos são bastante desgastantes para a equipe, pois Rodolphe é um usuário alto e grande, que, por vezes, reage de maneira inesperada e agressiva. A equipe fala da necessidade de uma atenção constante a ele quando se encontra separado da mãe.

No início, a aproximação com Rodolphe foi muito difícil. Uma das profissionais conta que a sensação era de estar se

aproximando de um leão. Nesse período, a presença da mãe no CAPS foi fundamental para que a equipe conhecesse melhor o usuário e, até mesmo, para que estabelecesse alguma comunicação com ele. Até mesmo a entrada de sua principal referência se deu através da mãe: toda a equipe se revezava no acompanhamento de Rodolphe no dia a dia do CAPS, mas não havia ninguém à frente do caso. Kristi, que era a pessoa responsável pelo grupo de família, ouvia muito sobre Rodolphe através das histórias da mãe contadas pela mãe. A partir disso, sentiu vontade de se aproximar de Rodolphe e acabou tomando a frente na condução do caso.

Assim, somente a partir da presença da mãe ali foi possível intervir na dinâmica entre os dois e garantir a presença dele em um segundo momento, sem a mãe. No início, Rodolphe suava como se estivesse com medo de estar no CAPS e permanecia o tempo todo de mãos dadas com a mãe. Hoje, ele consegue permanecer no serviço e aguardar seu retorno, quando sabe que ela não está. Com o tempo, a equipe passou a perceber as tentativas de comunicação que ele faz no serviço, como apontar ou fazer o gesto de escrever quando queria que a médica prescrevesse logo para ele ir embora. A mãe também modificou algo de sua postura com a intervenção do CAPS, e passou a se questionar sobre o que será dos seus filhos quando ela morrer. Tem dito, no grupo de família e para a equipe que acompanha Rodolphe, que percebe que os filhos dependem dela para tudo e tem se preocupado com isso.

Com o passar do tempo e uma maior aproximação de Rodolphe, a equipe foi conhecendo melhor o seu funcionamento e sua maneira de se relacionar. A partir disso, começou até mesmo a questionar a surdez que, segundo a mãe, é quase total. A equipe, entretanto, percebe Rodolphe reagindo a sons e utilizando os sons para se comunicar, por exemplo, numa situação na qual alguém na convivência estava com um instrumento próximo a ele, ele sorriu e encostou a mão da pessoa, solicitando que continuasse no momento em que ela parou de tocar. Em outros momentos, quando está muito agitado, um recurso que o ajuda a acalmar é assistir vídeos na internet. Ele gosta de porcos e, quando a equipe ou a família colocam para ele um vídeo no

qual um porco aparece, ele reproduz, com muita semelhança, o som que o porco faz. Isso tudo fez a equipe pensar que talvez tenha algum resíduo auditivo.

Quando esses questionamentos são levados à mãe, ela nega. Para a equipe, parece que ela está fortemente vinculada à imagem de Rodolphe como uma pessoa surda, o que o torna ainda mais dependente dela. Há um pedido da equipe para realização de exame para avaliação auditiva, que está sendo regulado⁴⁶ pelo município. Entretanto, independente do diagnóstico, chama a atenção como justamente um instrumento musical e espaços de produção de som têm estreitado os laços entre usuário e equipe e até mesmo facilitado o contato dele com outros usuários, o que até então não existia.

Os profissionais notaram que a principal demanda que faz com que a mãe procure o serviço são os episódios em que Rodolphe se torna agressivo e também os momentos em que começa a trocar o dia pela noite. Esses são momentos angustiantes para a equipe, pois Rodolphe é narrado pelas palavras da mãe, e, por isso, é difícil entender o que de fato se passa com ele e o que estaria na base desses momentos de maior agitação. Por mais que a mãe o conheça e tenha toda uma história – o que possibilita, sim, formas de comunicação entre eles –, existem momentos em que a equipe se pergunta se a mãe está de fato entendendo o que Rodolphe está querendo comunicar. Há uma história contada pela equipe na qual Rodolphe estava na sala de atendimento com sua mãe, a médica e a enfermeira da equipe. Em algum momento, ele fez um sinal na cabeça, semelhante a um chifre. Vendo isso, a mãe rapidamente pediu à médica que terminasse rapidamente a consulta e fizesse a receita do medicamento, porque o filho estava querendo ir embora. Curiosas sobre por que aquele sinal significava “ir embora”, questionaram; a mãe, sem estranhamento algum, respondeu que o filho estaria dizendo “A mulher chifruda tem que ir embora”. Ainda sem entender, perguntaram à mãe como ela entende isso, ao que ela

⁴⁶ O pedido de exame é enviado ao SISREG, um sistema de regulação para agendamento de consultas ambulatoriais e exames.

respondeu: “La vêm vocês fazendo pergunta difícil!”

A equipe aponta para o quanto é difícil entender o que exatamente se passa com ele, em especial nos momentos de maior agitação. Fome, dor, sono, medo... todas essas são hipóteses que já foram levantadas pela equipe nesses momentos. “*Se ele está agitado, está reclamando de alguma coisa... Deve ser um inferno você estar dizendo o que se passa e ninguém entender*” diz Janet, que também acompanha Rodolphe no CAPS. Nesses momentos, a equipe procura acalmar a mãe e evitar os excessos de medicamento psiquiátrico, muitas vezes solicitados por ela e que podem levar Rodolphe a ficar sedado sem de fato tratar do que o incomoda, causando ainda mais obstáculo para que ele possa se expressar de alguma maneira. Apesar das dificuldades, a equipe já conseguiu identificar algumas situações que são estressoras para ele, como nos dias em que a comunidade está mais violenta, deixando-o mais agitado. Outro fato que a equipe recolhe como algo que tende a agitar Rodolphe é quando a mãe ou alguém da equipe tenta impedi-lo de ter algo que quer, como o refrigerante, por exemplo.

A equipe do CAPS buscou a inserção de Rodolphe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para investigar possíveis problemas clínicos que ele poderia apresentar, já que, apesar de ter vindo encaminhado pelo CMS, ele não estava vinculado à ESF daquela unidade. Entretanto, há muitas dificuldades da família em sair com Rodolphe de casa, em especial nos períodos em que troca o dia pela noite. Por isso, tem sido necessário um trabalho de matriciamento da equipe do CAPS com a equipe da ESF, para ajudar a ESF a pensar a melhor maneira de se inserir no caso. Houve também uma tentativa de inserção em uma escola no bairro e em atividades de lazer que acontecem nos finais de semana, sem sucesso. Além da óbvia dificuldade de sair com Rodolphe de casa, a equipe percebe que a mãe se aproxima do serviço e busca seguir orientação principalmente nos momentos de crise. Quando o encaminhamento é no sentido de ampliar sua rede de relações e sua circulação, a mãe se torna mais resistente.

Como é crescer sem palavras?

Ao me deparar com o caso de Rodolphe e ouvir os profissionais que o acompanham, o aspecto mais evidente é a dificuldade de entendimento de o que fez com que Rodolphe se apresente como é hoje. É autismo? Retardo? É por conta da surdez? É por que sua mãe faz tudo por ele? Apesar de questionar a centralidade do diagnóstico para a intervenção em um caso como o dele, talvez seja impossível, ao se deparar com Rodolphe, não se perguntar: mas que é isso, afinal?!

Desde o início do meu trabalho com pessoas surdas, tive contato com diversas situações que me deixavam confusa, como uma criança com diagnóstico de autismo e surdez, que, enquanto ela montava um quebra-cabeça, verbalizei, por traz dela, que tinha uma peça caída no chão, e a criança se virou para pegá-la. Nessa situação, entender se a criança de fato respondeu ao que eu dizia ou se sua ação simplesmente coincidiu com minha fala, faz muita diferença. Se uma criança é diagnosticada surda, nós não vamos falar oralmente com ela, vamos fazer através da Libras. Mas, se ela não for surda, é fundamental falar oralmente, mesmo que ela não responda. Nesse sentido, é bastante compreensível o movimento da equipe em buscar entender o diagnóstico (tanto da surdez, quanto de sua configuração psíquica e também dos aspectos clínicos) de Rodolphe, já que o diagnóstico pode ter efeitos importantes nos investimentos feitos pela equipe e também pela família do usuário. Entretanto, é importante destacar que Rodolphe ficou, por muitos anos, em um contexto muito pobre linguisticamente, o que torna a questão do diagnóstico bastante complexa.

Se o pensarmos à luz dos outros casos que discutimos até aqui, podemos refletir que Quentin tem familiares usuários de Libras e Gabriel, mesmo com as dificuldades de sua família, frequentou a escola que o ajudou a ganhar algum nível de desenvolvimento linguístico. Não podemos cair no erro de fazer comparações de maneira superficial, já que se trata de histórias e de contextos completamente diferentes. A própria mãe de Rodolphe conta que a gravidez foi difícil e que ele já apresentava algum atraso de desenvolvimento desde o início, apesar de não

conseguir dizer à equipe com clareza que atraso era esse. Mas o que fica evidente no caso de Rodolphe é o quão pouco acesso ele teve a qualquer tipo de linguagem e, portanto, de trocas com o social e os efeitos que isso pode ter. Fica claro, no relato feito à equipe pela mãe, que, após a meningite e início da surdez, a situação dele se tornou mais complexa.

No Capítulo I, a partir dos escritos de Strobel (2016), falei sobre o desenvolvimento linguístico da pessoa surda e todas as questões que o atravessam, como ser filho de pais surdos ou ouvintes e o contato ou não nos primeiros anos de vida com a língua sinalizada. Retomando a história do colega de trabalho, que, com muito estranhamento, viu-se nomeado pela palavra “inocente”, que não conhecia, penso no caso de Rodolphe, que, com muito menos recursos linguísticos e subjetivos, precisa se haver com um mundo onde ele é nomeado, contado e descrito e seu modo de existir é o tempo todo colocado em palavras sobre as quais ele parece não ter domínio algum. Nem mesmo o sinal que faz de chifre parece ter espaço para ganhar algum sentido no encontro com a equipe, já que a mãe rapidamente coloca ali as palavras dela.

Considerando sua história, fiquei muito sensível ao quanto o fato de ser filho de uma família muito pobre e com pouco acesso às informações e a serviços pode ter sido um fator determinante para que ele tivesse condições bastante difíceis de desenvolvimento. Os conceitos de acesso e acessibilidade, como aparecem incorporados na história de Rodolphe, operam mais enquanto ausência do que como acesso de fato e ganham um sentido mais profundo. Garantir acesso é, em alguma medida, garantir outras possibilidades de existência. Novamente, não quero com isso dizer que a família de Rodolphe não pôde cuidar dele, que fez algo de errado ou que a intervenção do Estado é necessária para que alguém possa se desenvolver.

O que quero dizer é que é possível notar que foram oferecidas a essa família poucas possibilidades de haver outro rumo nessa trajetória: Rodolphe nunca frequentou a escola, sempre foi medicado para conter suas agressões, mas houve pouco trabalho no sentido de compreender suas agressões como

uma forma de tentar dizer algo, como aponta Janet. Nem mesmo a surdez foi acompanhada por algum serviço de saúde, já que o último exame realizado por Rodolphe foi aos 7 anos de idade.

Com o trabalho que a equipe do CAPS fez em um ano, a mãe de Rodolphe passou a se perguntar se ela não cria os filhos de maneira muito dependente. Se tivessem a possibilidade de acessar um serviço de atenção psicossocial anteriormente, esse trabalho já não poderia ter sido feito? Ao oferecer a possibilidade de ele experimentar a batida de um instrumento musical, a equipe rapidamente percebeu um ato de desejo dele, uma efetiva comunicação (sem passar pela auto ou heteroagressão), quando ele pede para que a batida continue. Será que, se ele tivesse frequentado a escola, essa possibilidade não seria oferecida antes? Será que, se Rodolphe, na infância, tivesse a possibilidade de frequentar uma escola, um CAPS infanto-juvenil, e sua mãe tivesse acesso a informações, a orientações e a acompanhamento com relação à surdez, hoje, ele teria uma multiplicidade maior de formas de comunicação e de estabelecimento de trocas sociais? Minha aposta é que sim.

Vimos que acesso não é simplesmente a chegada ao serviço, mas que tem a ver também com o que da demanda que chega pode ser destacado e traduzido pela equipe na forma de cuidados. Há, então, uma sutileza na fala de Janet que chama a atenção para algo que está também muito presente no caso de Gabriel: o uso de medicamentos como resposta a situações de agressividade e a sua presença nos cuidados em saúde mental como algo que pode diminuir ainda mais as possibilidades de comunicação.

No caso de Gabriel, a equipe associou a ampliação das possibilidades de comunicação dele com a retirada de um medicamento que tinha sido iniciado para ajudar a controlar a agressividade que era muito presente. No caso de Rodolphe, essa questão aparece como uma preocupação de Janet, sua médica, a partir de histórias que conta de sua experiência anterior no cuidado a pessoas longamente institucionalizadas em clínicas e hospitais psiquiátricos. Nesses lugares, não é incomum faltar a palavra, seja pela dificuldade das pessoas em

se expressar ou pela dificuldade de encontrar alguém para ouvir. Não é incomum o pedido de ajuda vir através do grito ou do silêncio. Por isso, em sua experiência, Janet aprendeu a ouvir palavra onde tem silêncio, onde tem grito, onde tem agitação e apesar de, na maioria das vezes, não conseguir distinguir o que dizem essas palavras (É fome? É medo? É dor?), preocupa-se em não fazer sumir essa possibilidade de comunicação com o uso do medicamento.

Kristy também fala de uma experiência anterior de trabalho, onde, por vezes, faltava palavra, como algo que a encorajou a se aproximar do caso de Rodolphe: *“Eu já trabalhei em CAPSi, então isto eu acho que me fez me colocar presente para o caso, porque lá no CAPSi eu tive muitas crianças que tinham dificuldade na fala, já havia recebido pacientes surdos, então eu pensei ‘eu tenho uma bagagem de CAPSi, já conseguia fazer o atendimento lá junto à equipe, vou tentar ficar nesse caso’, (...) e é isso... é se reinventar o tempo inteiro para estar com ele na convivência, porque as oficinas estruturadas que a gente tem, a gente não consegue estar com ele”*

Por essa sua característica, Rodolphe exige do trabalho do CAPS outro tipo de acompanhamento, em que o profissional esteja disposto a ceder inclusive o próprio corpo para estar com ele, estando muito próximo ao usuário. Kristy, falando sobre como é o acompanhamento de Rodolphe: *“(...) o trabalho aqui com o Rodolphe foi o de deixar a rotina dele muito livre, a partir da demanda dele, estarmos com ele aqui, oferecendo atividade, e as atividades nunca conseguiam ser restritas a uma sala, precisavam ocorrer na convivência, e aí é onde vários atores do serviço atuam, porque estar com o Rodolphe é difícil. É um menino muito grande, então ele demanda uma atenção muito grande, quase que no corpo a corpo, porque, ao mesmo tempo que estamos com ele e acontece alguma coisa, se deixar, o Rodolphe escapa do serviço. Um pouco do trabalho foi separar o Rodolphe da mãe, porque a cola ali, a simbiose era algo que dificultava muito os atendimentos”.*

Janet relata que *“... a gente tenta introduzir, apresentar outras atividades a ele, e ele não consegue se engajar. A gente, na verdade, teve algumas vezes que a gente conseguiu que ele*

participasse da Oficina do Corpo ou então ele consegue ficar na assembleia porque tem alguém fazendo massagem nas costas, nos pés... fazendo um denço com ele (risos). E aí isso também tem toda uma... né? Porque isso sempre tem quem gosta de fazer e quem acha aquilo... aquilo pode até ser terapêutico, mas isso... não é nosso papel, né? Assim de ele estar na assembleia discutindo coisas do serviço e a gente estar... fazendo massagem?"

Esses trechos que apresentei demonstram o quanto é necessário a presença junto a Rodolphe para que ele consiga ocupar os espaços do CAPS. Aparece também, na fala de Kristy, o quanto essa presença do profissional ajuda Rodolphe a conseguir se separar um pouco da mãe. A presença do profissional junto a Rodolphe permite a ele estar em espaços que, a princípio, não se esperaria que ele participasse, como a assembleia, um espaço aberto para que os usuários façam o uso da palavra. Assim, o fato de Rodolphe e a equipe inventarem uma maneira de ele estar na assembleia mostra o quanto os sentidos atribuídos a esse espaço podem ser múltiplos, a partir dos atores que se engajam naquele espaço.

Esse jeito de estar junto, com uma presença constante, que Rodolphe pede como condição e que oferece a ele os meios que o ajudam a permanecer no espaço, não é algo simples de ser compreendido e executado pela equipe do CAPS, como aparece na frase de Janet. Na compreensão de alguns profissionais, há algo na maneira como Rodolphe se relaciona com o mundo que faz com que a equipe questione se faz sentido ou não imprimir esforços na direção de ajudá-lo a estar na assembleia. Apesar dessa dificuldade e dos questionamentos, a equipe – mesmo que uma parte dela – emprega energia para que isso aconteça.

Isso aponta para o CAPS como um serviço cujo sentido de existir e as possibilidades de cuidado não se encerram em si mesmo, não se fecham no que já está dado. A pergunta (“mas isso é nosso papel?”) apresentada por Janet como um questionamento feito pela equipe aponta para o processo de elaboração de uma resposta. Dizendo de outra maneira, a própria ideia de o que é a assembleia e que tipo de cuidados

podem se desenhar a partir dela são questionados a partir dessa pergunta. O encontro dessa equipe com a maneira de Rodolphe estar no mundo e se comunicar gerou uma pergunta que pode fazer as concepções dos serviços se reconfigurarem.

Ao longo do meu tempo de contato com o campo de pesquisa, pude ouvir inúmeras vezes dos profissionais a importância e o quanto faltam espaços de formação que discutam as questões relacionadas à surdez com profissionais de saúde. Os relatos no geral são de que a questão da surdez nunca havia sido pensada pelos profissionais como um problema. Somente ao terem contato com ela é que puderam se dar conta das singularidades de se receber uma pessoa surda. Esse pedido coincide, em muito, com o que traz Barbosa et al. (2003) com relação às necessidades que os profissionais de saúde apontam quando recebem pessoas surdas. Está claro que existe uma grande demanda por formação nesse sentido.

Entretanto, além da importância de os profissionais poderem ter mais informações sobre acessibilidade e sobre surdez na saúde mental, a formação contínua que acontece nas supervisões e nas reuniões de equipe é fundamental. Perguntas como essa apresentada por Janet precisam de espaço para serem elaboradas e discutidas em profundidade por toda a equipe. Se, de fato, estamos apontando para o CAPS como um serviço que pode se reapresentar e repensar a partir do encontro com o usuário que chega, seja qual for a maneira como chega, é preciso que os profissionais tenham tempo e espaço para se repensar.

Quarta História – Paula

Paula é uma mulher de 40 anos que vive em uma comunidade no município do Rio de Janeiro. Faz tratamento com medicamentos psiquiátricos na clínica da família, que teve início em decorrência de ser bastante agressiva com a mãe em casa. Há cerca de dois anos foi encaminhada pela clínica da família para o CAPS da área para ser inserida nas oficinas do serviço.

Por não ser o CAPS o principal condutor de seu tratamento medicamentoso, o que se pode escutar de Paula a

partir dos profissionais do CAPS soa de maneira diferente do que os outros casos estudados. Fiz diversas tentativas para colher o caso de Paula a partir da clínica da família no intuito de entender, com maior profundidade, como se deu o início de seu quadro, como chegou à clínica para tratamento etc. Por diversos fatores, foi bastante difícil nesse meu trabalho fazer o levantamento de dados nas clínicas da família. Pude perceber, no entanto, que essa dificuldade poderia virar material de discussão da pesquisa que estava realizando e mais especificamente no caso de Paula e poderia trazer um outro viés para a discussão, já que a maneira como ouvi falar de Paula, no CAPS, parecia menos atravessada pelo olhar medicalizante do campo da Saúde. Paula parecia ser menos uma “paciente” do que os demais usuários que foram trazidos para discussão nesse trabalho.

Já de início, ouço os profissionais se referindo a ela como “uma figura”. Sua frequência no CAPS parece ser incerta, já que tem toda uma circulação pelo território, inclusive bem próximos ao CAPS, onde tem um bom vínculo com o comércio local, com os ambulantes, com os moradores que circulam nos arredores. Sua ausência no serviço e frequência irregular não é apontada como um problema ou algo passível de intervenção. Os profissionais se referem a isso com alegria, quase como uma satisfação vê-la fora e não dentro do serviço. Algo como a figura do “maluco-beleza” das cidades pequenas, que é conhecido por todos e apronta peripécias pela cidade.

Contam que, às vezes, é vista nas proximidades da clínica da família dizendo a todos que os carros estacionados ali próximo são dela. Quando questiono como ela diz isso às pessoas, considerando que ela não fala português, isso gera risos nos profissionais, que me respondem que ela o faz gesticulando e apontando. A maneira como os profissionais dos serviços falam sobre ela passa a sensação de que ela não é uma pessoa surda ou que não exista uma barreira na comunicação.

Anna⁴⁷, a profissional referência de Paula no CAPS, conta que seu contato com Paula aconteceu através de duas oficinas coordenadas por ela: a de pintura e a de costura. Um tempo depois de estar inserida no serviço, Paula também começou a frequentar um espaço de estímulo ao autocuidado onde Anna também estava presente.

No início desse contato, frequentemente Paula se mostrava agressiva. Apresentava muita dificuldade nas relações sociais e de estar em grupo: fazia menção em bater nos demais usuários e, muitas vezes, de fato batia, parecendo um “*bichinho do mato... não se comunicava e queria bater*” (Anna). Por vezes, empurrava os demais usuários e fazia sinais, indicando que os considerava ‘malucos’ e chegou a agredir alguns profissionais do CAPS também. Segundo os relatos da mãe, em casa Paula era a mesma: tinha muita dificuldade de conviver e frequentemente era agressiva. Era descrita pela mãe como uma pessoa difícil.

Quando Anna a recebeu nas oficinas, não se preocupou em fazer um resgate do histórico do adoecimento de Paula, pois entendia que, com ela, o trabalho deveria se focar nas relações sociais e nas atividades. Entretanto, soube, em conversas com a mãe, que o adoecimento de Paula aconteceu depois do rompimento de um relacionamento. Paula estava noiva de um rapaz e, após o rompimento, começou a apresentar comportamentos estranhos e tornar-se mais agressiva.

Anna percebe que essa marca dos relacionamentos e da sexualidade permanece ainda na história de Paula, tanto na preocupação que sua mãe mostra ao serviço com medo de que ela comece a se relacionar com alguém, quanto a partir da própria Paula, que começou cada vez mais, ao longo do

⁴⁷ Nome de uma personagem do filme “A Gangue” (2014) do diretor Myroslav Slabosh pytskyi. É um filme ucraniano que trata da história de um jovem surdo que, ao chegar numa nova escola, acaba se envolvendo com a gangue local. O que é interessante no filme é que ele é todo falado em língua de sinais ucraniana (sem dublagem e sem legenda) e a experiência do espectador é de compreensão de toda a história e da complexidade dos diálogos, mesmo sem saber exatamente o que é dito.

tempo que frequenta o CAPS, apresentar-se mais “*bonita e arrumada*” no serviço e chegou a se envolver com um usuário do CAPS, dizendo que o estava namorando. Anna relata também que, em algum período, passou a fazer sinais e desenhos que remetiam ao sexo.

A partir disso, iniciou-se um trabalho com a mãe, no sentido de ajudá-la a entender que sua preocupação era legítima, já que tinha receio de que sua filha, por sua situação de vulnerabilidade, sofresse alguma forma de abuso, sendo essa também uma preocupação do serviço. Entretanto, que seria necessário pensar também na autonomia de Paula, para que ela pudesse circular um pouco mais sozinha já que sua mãe sempre a buscava e trazia. A autonomia passava também pela possibilidade de gestão de suas escolhas e do dinheiro que ganhava nas oficinas de geração de renda. Houve uma situação na qual Paula escolheu comprar, com o dinheiro que recebeu da oficina, um cordão, e sua mãe ficou bastante incomodada com sua escolha. Nesse episódio, foi necessário que o serviço apoiasse a mãe e auxiliasse na compreensão da importância de Paula poder gerenciar seu dinheiro e fazer suas próprias escolhas.

Anna conta que nunca encontrou grandes dificuldades na comunicação com Paula, apesar de nunca ter aprendido Libras. Quando Paula chegou para a oficina, viu sua chegada como um enorme desafio, mas não sentiu necessidade de buscar recursos para se comunicar, já que a própria Paula parecia ter seus próprios recursos.

Conta que se comunica com Paula utilizando gestos e que o fato de estarem na oficina ajuda, já que é possível fazer uso da materialidade dos objetos como forma de comunicação. Por exemplo, para que Paula escolha a cor que gostaria de usar, é possível colocar as tintas na frente dela. Paula também faz uso da escrita para se comunicar, mesmo que, em alguns momentos, a escrita fique sem sentido. Nessas situações, a equipe do CAPS já tentou buscar o auxílio da mãe de Paula para compreender o contexto do que estaria escrevendo, mas a mãe tende a desqualificar, chamando de ‘maluquice’ as coisas que escreve.

Além dos objetos, Anna percebe que a atividade em si é um meio de expressão para Paula, que ficou menos ansiosa com as questões relativas à comunicação depois que percebeu que conseguia realizar as atividades na oficina. É bastante “*criativa e caprichosa*”, conta Anna. Percebendo a disponibilidade de Anna, Paula trouxe um dia à oficina um livro, uma espécie de dicionário de Libras para mostrar sua língua à profissional que a acompanhava no serviço e também aos colegas de oficina.

Nesse tempo em que acompanhou Paula na oficina, Anna percebeu enormes avanços na maneira como se apresenta e se relaciona. Essa percepção do atual momento de Paula coincide com o que ouvi dos demais integrantes da equipe, mostrando-a como uma pessoa alegre e bem inserida na comunidade, sem que a comunicação ou a ‘maluquice’, como diria sua mãe, sejam grandes empecilhos para que estabeleça laços com sua comunidade.

A surdez no ouvido de quem escuta

No caso de Paula, há algo que me chama a atenção desde o início: o fato de que parece que as pessoas se esquecem de que ela é uma pessoa surda. Paula é acompanhada pelo mesmo CAPS que Gabriel. Quando eu estava na fase inicial do trabalho, ainda pensando como seria a coleta de dados, o colega que me informou que, no CAPS, no qual ele trabalhava, tinha uma pessoa surda (Gabriel), levou meses para se lembrar de que tinha também lá outra usuária surda, a Paula.

Depois, nos momentos em que fui fazer as entrevistas sobre Gabriel, ouvia as pessoas dizendo “Ah, tem também a Paula!” e me contavam as histórias sobre ela de um jeito que, às vezes, destoava muito da maneira como falavam de Gabriel. Se, no caso dele, apareciam as agressões, comportamentos bizarros e grande melhora percebida pela equipe, no caso de Paula, as histórias contavam como ela era uma pessoa com características de personalidade marcante e que conseguia, de maneira bem clara, dizer o que queria. Isso não aparecia como

algo de destaque na fala dos profissionais, mas sim implicitamente. Dito de outra maneira, os profissionais não pareciam se espantar com o fato de, mesmo sendo uma pessoa surda sinalizante, ela conseguir se expressar muito bem em um contexto com o predomínio do português. Isso parecia muito natural para ela, considerando a naturalidade com que aparecia nos discursos dos profissionais.

Nesse sentido, um dos aspectos que gostaria de destacar, retomando a discussão do início deste trabalho, é o modelo social da deficiência baseada nos escritos de Diniz (2012). A história de Paula ilustra, de maneira bem viva, como a ideia de deficiência parece não encontrar lugar quando é possível circular nos ambientes e engajar-se em atividades, considerando a maneira que for possível para cada um. Não me proponho aqui fazer uma análise aprofundada dos motivos que levaram Paula a conseguir circular de maneira mais efetiva por sua comunidade. Podemos apontar o fato, por exemplo, de ela ter tido acesso à educação, e a possibilidade de conhecer uma língua, ter tido acesso aos cuidados na clínica da família, ter tido acesso ao CAPS, e mesmo as características pessoais dela (como uma personalidade mais expansiva), como fatores que possibilitaram sua presença e circulação nos espaços sociais da cidade (a rua, o estacionamento em frente ao CAPS, o comércio local). O que pretendo destacar aqui é o quanto, quando essas outras condições estão colocadas, a língua / a surdez não fazem barreira por si só a sua circulação. Não é apesar de ser uma pessoa surda que ela consegue fazer todas essas coisas, é justamente sendo surda que ela consegue.

Como apresentei na discussão do Capítulo I, Diniz (2012) assinala que o modelo biomédico tende a colocar exclusivamente no indivíduo a responsabilidade por não poder realizar ou participar de algo. A história de Paula demonstra o quanto isso não é verdadeiro. Ela continua sendo uma pessoa surda, mas suas condições de existência foram menos desfavoráveis do que as de Rodolphe, por exemplo. Ou de Quentin, que passou 10 anos de sua vida contando com uma rede de suporte muito frágil.

Na história de Paula, a ideia de deficiência auditiva,

enquanto falha na audição e dificuldade de comunicação, proposta pelo modelo biomédico, parece insuficiente para descrever o que se passa com Paula já que, apesar de continuar com a “lesão”, consegue se comunicar. Até mesmo a ideia de surdez enquanto cultura parece incompleta para dizer a maneira como ela se relaciona com sua língua, já que, diferente de Quentin, que apresenta como exigência ao serviço, que seu acompanhamento seja em Libras, Paula apresenta mais como um convite, como quando leva para Anna o dicionário. Se, na história de Quentin, ser atendido, em sua língua, era uma exigência; na história de Paula, a ausência da Libras não impede sua presença nos espaços. A forma que Paula desenvolveu para se comunicar é singular, única e encontrou escuta em diversos lugares, possibilitando-lhe estar nesses lugares.

Pensarmos nessa inversão, colocando a surdez no ouvido de quem está ali para escutar (o serviço de saúde, a escola, o comércio) nos coloca como questão primeira, o exercício que somos convocados a fazer para ouvir a demanda de quem chega, mesmo que o pedido não venha da forma que estamos habituados a ouvir. E, em segundo lugar, coloca-nos como questão o que precisamos transformar para tornar possível a convivência com quem tem formas diversas de se comunicar. O convite que o modelo social da deficiência faz é justamente esse, o de compreendermos que somos todos socialmente responsáveis por tornar o mundo um lugar possível de ser habitado por todos e povoado por múltiplas formas de comunicação.

Essa surdez relacional, quando aquele que está ali para oferecer um serviço fica impossibilitado de compreender a demanda que recebe em decorrência da forma diversa como a demanda é comunicada, apareceu diversas vezes ao longo da pesquisa. Apareceu como algo que inviabiliza o trabalho que os CAPS tentam fazer para a ampliação da circulação desses usuários pelo território. Em momento algum, os CAPS se depararam com um lugar, serviço ou organização que dissesse com todas as letras: aqui não recebemos pessoas surdas. Mas os relatos de impossibilidade e dificuldades de

encaminhamento e inserção foram vários. O problema do acesso aqui é mais sutil do que a chegada ou a resolução de um problema, mas tem a ver com, em que medida, as demandas que vêm com uma pessoa ganham lugar no serviço ao qual ela se dirige. Muitas vezes, os problemas de saúde dos usuários foram rerepresentados à clínica da família pelo próprio CAPS. Isso foi o suficiente para as demandas terem lugar nesses serviços?

Considerando o que ouvi dos profissionais, implicar-se na tentativa de construção de modos de comunicar-se é fundamental na condução desses casos. Por isso, acredito que necessitar da mediação dos CAPS para chegar a um serviço tem implicações para o cuidado oferecido ao usuário. Se, conforme vimos nas histórias, quando o usuário chega ao CAPS, a família passa a ser a principal interlocutora com o serviço, devido à barreira na comunicação, o mesmo poderia acontecer no encaminhamento através do CAPS, ou seja, o usuário passar a ser narrado à equipe de Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, somente através do CAPS. O serviço para onde o usuário é encaminhando não pode depender do CAPS para identificar demandas já que isso pode desresponsabilizar o serviço para onde o usuário foi encaminhado de construir seu modo próprio de comunicação com o usuário. Sem desconsiderar a diferença de trabalho existente numa clínica da família e num CAPS, é preciso que o problema do acesso seja uma questão para todos.

As diversas vezes que escutei dos profissionais sobre a sensação de que o trabalho feito junto àquele usuário ainda era insuficiente, essa fala vinha frequentemente relacionada à ideia de ampliação da circulação do usuário e da possibilidade de ele estar em outro local que não a casa ou o CAPS. Ou seja, há um mandato do CAPS de facilitar a inclusão social e a ampliação de vínculos comunitários que não está sendo realizado. Essa dificuldade está relacionada a essa forma de surdez relacional, com a dificuldade de outros serviços escutarem também do usuário o que para ele é uma demanda. Apesar de os CAPS terem conseguido avançar, de um modo geral, nas formas de se comunicar, não conseguiram transmitir

para outros espaços, lugares e serviços esse avanço e essas possibilidades. Talvez porque as possibilidades sejam construídas a cada encontro e tenham como pré-requisito o estar juntos.

Estas duas perguntas que elaborei a partir do meu contato com o campo – como escutar uma demanda, independente da maneira como ela é comunicada? E como operar pequenas transformações na forma como os serviços de saúde se relacionam com o usuário, sua demanda e a forma que chegam ao serviço? – são perguntas que me parecem essenciais, complexas e que permanecem ainda sem resposta, precisando ser perguntadas muitas vezes. Algo na história de Paula parece ter tornado esse processo exitoso. Como apontei, inúmeros fatores podem ter contribuído para isso. A responsabilidade que cabe aos serviços de saúde, incorporando o que indica o modelo social da deficiência, é se perguntar que mudanças e ações podem ser feitas cotidianamente para tornar suas formas de cuidado mais inclusivas e acolhedoras.

Os profissionais do CAPS debaterem sozinhos a circulação desses usuários pelos diferentes espaços, torna essa tarefa quase impossível de ser realizada, e faz com que, muitas vezes, aqueles profissionais próximos ao caso sintam-se impotentes. Como discutimos no caso de Rodolphe, o acesso depende de uma articulação complexa de fatores e precisa ser uma questão para a rede de serviços de um determinado território e não apenas para um serviço. No caso de Paula, sua circulação não se deu por conta dos encaminhamentos realizados pelo CAPS ou pela clínica da família, mas por conta do que todos os atores envolvidos (Paula, sua mãe, o CAPS, a clínica da família, o comércio local) puderam construir a partir do contato com ela. Reitero: quanto mais qualificarmos e multiplicarmos nos serviços de saúde nossas formas de escutar a demanda da população que chega, mais plurais serão nossas formas de cuidar, e Paula nos mostra isso. Estive no CAPS, nos dias em que ela deveria estar lá para as oficinas e para o seu tratamento, mas em momento algum consegui encontrá-la. Ela subverte os usos esperados do

serviço, usando-o na medida exata de sua necessidade. Isso não é um problema para ela, para sua família ou para o serviço. Pelo contrário: é um sinal de que está recuperando seu protagonismo na vida.

Outro aspecto que aparece de maneira evidente em minha conversa com Anna é a relação de Paula com as oficinas e o quanto ali a comunicação acontece de outro jeito. Anna destaca o quanto o fato de as oficinas terem como principal objetivo um modo de fazer que passa pelo concreto dos objetos e dos materiais facilita a comunicação, na medida em que ela também passa por essa materialidade. Há no contato das duas uma transmissão que se dá pelo modo de fazer, de pegar o pincel, de manipular os objetos, no mostrar como se faz. Foi para mim interessante ouvir Anna, pois foi a única profissional que relatou que não precisou buscar recursos para comunicação. Isso possivelmente aconteceu pelos recursos que Paula apresentava como o fato da própria sala de oficinas, ser repleta de recursos possíveis de se usar para comunicar: tintas, pincéis, lápis, papel, revistas, computador.

É importante também na fala de Ana, o apontamento que faz sobre a relação entre Paula conseguir fazer as atividades na oficina e tornar-se mais tranquila, mais organizada. *“Não se comunicava, queria bater, ela não tinha uma convivência com as pessoas e, aí, começou a trabalhar, a desenvolver e colocar os talentos que ela tem em prática... Agora ela sabe desenhar, aprendeu a pintar, a fazer fuxico, bijuterias (...)”* (Anna). Anna aponta que percebe que, conforme Paula foi conseguindo desenvolver suas habilidades nas oficinas, a relação com os demais usuários do CAPS, dentro e fora da oficina, foi se modificando: *“(...) a mãe dela chegou aqui um dia para buscá-la e ela estava almoçando, e a mãe ficou feliz e surpresa dela estar lá sentada almoçando com os colegas, porque, anteriormente, quando ela sentava com alguma pessoa, empurrava, fazia sinal de que os colegas eram malucos, não queria, e hoje em dia ela convive...* (Anna).

Foram observados efeitos nas relações que Paula estabelecia dentro do CAPS e também na maneira como se apresentava fora do CAPS. *“Começou a se arrumar mais. Ela*

é arrumada, mas ela começou a despertar mais para a vaidade... Fazer escova no cabelo, pega o dinheiro e quer comprar creme... Outro dia mesmo ela estava se queixando que a mãe comprou um creme de melhor qualidade para a outra filha e para ela foi um pior, um inferior, que ela não queria... Aí, ela veio fazer queixa da mãe e a mãe ficou tentando disfarçar” (Anna). Nesse trecho, Anna fala de algo interessante, que é a possibilidade de o CAPS atuar como mediador das queixas que Paula tem da família. Talvez nessa situação, se não pudesse conversar com alguém sobre ter se sentido preterida pela mãe na compra do creme, poderia ter tido uma reação mais impulsiva ou agressiva. A possibilidade de ter alguém no CAPS com quem falar sobre os conflitos familiares (mesmo que seja alguém que não conhece sequer um sinal de Libras) ajuda Paula a estar fora do CAPS relacionando-se de outra maneira *“e a mãe dela realmente ficou surpresa porque ela não tinha nem convivência e, hoje em dia, ela é até uma pessoa carinhosa, beija, abraça, faz carinho...”*

Anna aponta também para as mudanças no jeito como Paula quer ser vista, e como a relação com seu próprio corpo mudaram nesse período em que está no CAPS, tanto em função da oficina de beleza quanto pelo fato de ter próprio dinheiro vindos das oficinas de geração de renda. *“Quando houve o primeiro dinheiro da divisão, eu dei a ela (...). Aí, quando ela saiu daqui, entrou direto em uma loja para comprar o que ela queria comprar, que foi um cordão e alguma coisa lá de beleza.* As falas de Anna mostram o quanto as oficinas ofereceram a possibilidade a Anna de inventar novas maneiras de se apresentar e se relacionar com o mundo. Sua mãe a via como uma pessoa agressiva, que não sabia se relacionar com os outros e agora chega ao CAPS contando que, em casa, está fazendo as bijuterias que aprendeu na oficina para presentear as pessoas. Antes, parecia um “bichinho do mato”, como nomeou Anna e agora, vaidosa, preocupa-se com qual creme passar no cabelo e em escová-lo.

Retomando a discussão sobre as oficinas e as atividades expressivas na saúde mental, conforme nos apresentou, podemos pensar que, de fato, a participação de

Paula em ambiente em que pode produzir, encontrar-se com outros atores e com o próprio ato de fazer em si, possibilitou-lhe um reposicionamento, uma nova forma de subjetividade.

Algumas amarrações

Olhando para os casos que estudei ao longo deste trabalho, é possível notar que são de uma diversidade muito grande. Há diversas maneiras de se relacionar com a língua, diferentes histórias e arranjos que os serviços criaram para lidar com cada situação. O exercício que pretendo fazer aqui é pensar quais linhas se cruzam nessas histórias costuradas; montar um quadro, entendendo em quais aspectos essas histórias tão diferentes, de encontro de uma pessoa surda com um serviço de saúde mental, têm intersecções que as aproximam, relacionando os achados com os objetivos do trabalho.

Um aspecto recorrente é a centralidade que os familiares têm na condução de todos os casos. Aparece como uma marca importante em cada um deles, o quanto os familiares estão presentes no dia a dia do cuidado com os usuários surdos dos serviços de saúde mental e conseqüentemente também nos CAPS. No caso de Gabriel, pela relação conflituosa; no caso de Quentin, por estarem sempre juntos, e a mãe ser também surda e usuária de Libras; no caso de Rodolphe, porque sua mãe assume saber tudo sobre ele e poder lhe dar tudo o que acredita que ele precisa; no caso de Paula, a dificuldade que a mãe tem em entender a importância de ela ser uma pessoa mais autônoma.

Assim, os familiares, muitas vezes, protagonizaram os discursos dos profissionais e foram indicados como importante alvo de intervenções da equipe, já que, frequentemente, o cuidado com o usuário passa pelo seu familiar. Como discuti a partir do caso de Gabriel, já há, nas situações acompanhadas pelos serviços de saúde mental, uma tendência de os familiares tomarem a frente nas ações que poderiam ser protagonizadas pelo usuário, tornando-os, muitas vezes, restritos e dependentes das relações familiares. Entretanto, nesses quatro casos que apresentei aqui, o fato de serem pessoas

surdas significa um obstáculo a mais a ser vencido no sentido de o usuário não contar com outros além da família, pois essa é quem melhor consegue se comunicar, ao menos aparentemente, com eles. Portanto, a centralidade do familiar, nesses casos, é um desafio ainda maior.

Esse apontamento não trata de prescindir da presença dos familiares ou de negar a sua importância, mas da percepção de que, a partir da identificação de que essa relação com o familiar pode ter consequências para a condução dos cuidados ofertados, o serviço possa partir das comunicações já estabelecidas pela família, para estreitar os laços com o usuário e desenvolver outras formas de se comunicar com ele, sem tanta dependência dos familiares. Assim, possibilitando novos vínculos com o usuário que chega, seja no CAPS, em outros serviços, ou até mesmo redesenhando os vínculos com a própria família, como no caso de Quentin, que apresentava uma relação distante e de muito medo com a mãe, mesmo ambos falando a mesma língua. A entrada do CAPS, como mais alguém com quem ele pudesse contar, interferiu, positivamente, na relação entre ele e sua mãe.

Algo que também escutei bastante dos profissionais foi certa insegurança sobre como agir devido ao fato de aquela pessoa ser surda ou então a sensação de que não estavam fazendo o suficiente e precisavam fazer algo a mais ou algo melhor. Juntamente com a incerteza com relação ao diagnóstico, esse desejo de fazer mais ou a sensação de não fazer o suficiente apareceram como grandes preocupações. Não é exatamente esse o foco do meu trabalho e temo que, ao falar sobre isso, aqui, caia em interpretações superficiais por não ter me debruçado em profundidade sobre esse tema, mas não posso deixar de apontar que fiquei intrigada em entender melhor se o fato de receber alguém de outra língua poderia ser um fator estressor para um trabalhador sobre o qual já recaem tantas exigências, como o profissional de saúde mental.

Rose diz *“acho que... que é um desafio, né? É um super desafio, principalmente isso, né? De pensar o que que pode ajudar o Gabriel até para a gente pensar o que que o caso pode avançar...até, assim, é um desafio para gente, né? Porque esse*

usuário o que que ele é? É surdo, é mudo com alguma coisa, algum tipo de transtorno, sei lá. O que que a gente pode fazer para ajudar ele? Já tá fazendo alguma coisa, mas além disso. Será que a gente consegue mais? Eu acho que ele, esse é um dos nossos desafios aqui que se coloca e a gente pode mais com ele?”. No mesmo sentido, Kristy também fala “(...) isto é algo que ainda precisamos avançar, a gente ainda está engatinhando no caso do Rodolphe. A gente tem precisado se reinventar a cada vez”.

Falas como essa me fizeram pensar se ainda não resta, no imaginário dos profissionais, rastros daquela ideia de que falei no comecinho do trabalho sobre a existência de um “especialista” em surdez, algum lugar onde se possa ter o conhecimento necessário para receber esses usuários de uma maneira melhor. Um fato curioso dialoga com essa minha hipótese: durante as atividades ligadas aos movimentos de greve dos profissionais de saúde, por conta da crise no município, fui abordada por uma profissional que conheço já há um tempo e que, por coincidência, trabalha num dos CAPS onde fiz minha pesquisa. Para minha surpresa, ela veio me perguntar como estava a avaliação que eu vinha fazendo para melhorar o atendimento do usuário surdo no CAPS. Essa profissional estava bastante ansiosa pelos resultados da pesquisa e indignada com a equipe, pois achava que todos estavam equivocados, iludindo-se ao acreditar que, de alguma maneira, conseguiam se comunicar com o usuário mesmo sem falar Libras, o que, na percepção dela, não estava ocorrendo.

Naquele momento, muito surpresa, respondi que meu objetivo, no mestrado, não era fazer uma avaliação sobre o atendimento prestado pelo CAPS, no sentido de considerá-lo bom ou ruim, mas um levantamento para identificar quais os cuidados tem sido possível prestar a esse usuário, sem, é claro, perder de vista uma análise crítica. Essa conversa ficou em minha memória e retornava para mim em diversos momentos da pesquisa, suscitando questões: será que houve algum ruído em minha comunicação com o serviço? Que, em meu contato com o serviço, pode ter passado a ideia de que eu poderia oferecer um saber melhor ou mais elaborado sobre como

receber uma pessoa surda de forma mais acertada? Assim, uma expectativa de que há um saber que pode responder a essa necessidade de prestar cuidados a uma pessoa surda em grave sofrimento psíquico parece ter atravessado a pesquisa, recaindo, até mesmo, sobre a própria pesquisa. O que pudemos recolher, no entanto, é que as quatro histórias têm tamanha diversidade de modo que as respostas de cuidado fazem sentido na singularidade de cada caso.

Apesar de, frequentemente, falarem da sensação de não estarem fazendo o suficiente, os casos avançaram muito no tempo, desde que começaram a ser atendidos pelo serviço, e isso teve relação com a disponibilidade que os profissionais mostraram para desenvolver formas de comunicação com os usuários, não importando a forma como aconteciam: gestos, gritos, agressão, sinalização, oralização, apontar, choro, riso, tatuagem, pegar na mão, postura corporal. Fui recolhendo dos profissionais, ao longo das histórias que contavam, esses e outros elementos que puderam ser vistos pela equipe como tentativas de comunicação que vinham do usuário e que, muitas vezes, vinham sem sentido a priori e cujos sentidos precisavam ser decodificados/construídos. Era justamente nesse decodificar junto ao usuário é que a comunicação se efetivava. Quase como se na brecha que se estabelecia em decorrência da equipe não saber o que significava aquele gesto, aquele sinal ou ato, abria-se espaço para o encontro, para elaborar junto, o que tornava a troca possível.

Importa ressaltar que a língua foi, nesses casos, mais um fator de influência nas possibilidades de acesso e de tratamento e não o único. A constatação de que são múltiplos os fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde são conhecidos e apontados na literatura, como vimos com Travassos e Martins (2004). Entretanto, eu mesma, mergulhada em um contexto onde se fala muito da dificuldade de acesso pela língua e cheia de desejo de fazer a questão de a acessibilidade linguística aparecer, iniciei esta pesquisa com um olhar não apurado para esses outros tantos aspectos. Como citei no Capítulo II, Costa (2009) aponta que diversas dificuldades encontradas por pessoas surdas ao buscar um

serviço de saúde são também encontradas pela população em geral. Assim, o que o estudo desses casos demonstra é que as dificuldades já encontradas pela população em geral, associadas à falta de uma língua em comum, tornam ainda mais complexo o caminho que a pessoa surda precisa percorrer para acessar os cuidados de um serviço de saúde mental. Os arranjos únicos e multifatoriais que cada caso traz – rede de suporte, acesso à língua, à educação, condições sociais, culturais, econômicas – fazem com que os serviços precisem se redesenhar, para que seja possível receber cada um desses usuários, a seu modo.

Por isso, parece-me fundamental assinalar que, para que os CAPS sejam serviços acessíveis, é de grande importância a garantia de que esses sejam espaços democráticos, onde o usuário possa estar e participar, independentemente das diferentes formas que a participação possa se dar, como no caso de Rodolphe, que participa da assembleia do CAPS recebendo massagem. É preciso que estejam abertos à potência criativa e inventiva, tanto de seus profissionais quanto de seus usuários, que estão frequentemente buscando rearranjos que tornem possível sua existência e circulação no mundo.

Os caminhos percorridos pelos usuários para conseguir o tratamento em saúde mental também foram bastante diversos, mas nem uma das situações ocorreu por demanda espontânea ou por demanda da família, sendo todos eles encaminhados por algum outro serviço (hospital psiquiátrico, clínica da família e ambulatório). À exceção do caso de Paula, cuja manutenção dos laços sociais foi possível, todos os demais tiveram períodos longos de ausência de tratamento psicossocial, o que contribuiu para que chegassem no CAPS já em um momento bastante grave de sua história, com relatos de agressividade e laços sociais bastante esgarçados. Nesse sentido, a garantia de acesso a serviços de saúde mental não se dá deslocada da garantia de acesso a toda uma rede de serviços (como clínica da família, escola, hospital geral, CRAS etc), que, além de poderem auxiliar na identificação de uma demanda para

atendimento em saúde mental, contribuem para a construção de um cuidado mais integral a essa pessoa.

As dificuldades de comunicação foram identificadas pela equipe como um enorme “desafio” (sic). Essa foi uma palavra que escutei muitas vezes dos profissionais entrevistados para falar sobre como foi receber uma pessoa surda em um serviço de saúde mental. Pude notar que, num primeiro momento, as equipes buscam parcerias para receber a pessoa surda, como, por exemplo, serviços que recebem pessoas com deficiência ou aqueles destinados, especificamente, a pessoas surdas (como o instituto no qual trabalho). Como essas parcerias, frequentemente, têm dificuldade de se estabelecer, a equipe passa a buscar, em si mesma, a melhor forma de receber aquela pessoa. A partir de então, ao longo dos encontros com o usuário surdo, diversas formas de comunicação foram utilizadas: aplicativo, escrita, uso de objetos, massagem, música, grito, expressão facial. Logo, inúmeras formas de expressão e de intervenção foram entendidas como formas de se comunicar. Nesse sentido, outra palavra que ouvi com frequência dos profissionais foi “invenção”, ou “reinventar-se”. Apesar da ansiedade que pode gerar nos profissionais, já que mais intensamente do que em outros casos, os profissionais precisam lidar com o seu “não saber” e com o encontro com o que é desconhecido, essa atitude, de se manter aberto à reinvenção, a partir do que o usuário traz, torna a comunicação possível.

Após um percurso de leituras, escritas, entrevistas, observações e bate papos sobre esse tema, pude perceber que a chegada e a oferta de cuidados em um serviço de saúde mental a uma pessoa surda são complexas. Em cada um dos casos estudados, pude identificar um intrincado de fatores que dificultaram ou possibilitaram a chegada e os cuidados dos usuários aos serviços, sendo a língua um a mais que se relacionava com esses outros, de diferentes maneiras. Considerando a diversidade apresentada pelos casos, como a língua e todos os demais aspectos que interferem em cada caso, é essencial destacar como a permeabilidade dos serviços à singularidade de cada usuário foi importante para

que algum cuidado pudesse ser oferecido a eles nos serviços de saúde mental.

A Libras, fundamental para o acesso de pessoas surdas sinalizantes, não foi fator determinante de acesso para todos os usuários cuja história pude recolher. Isso indica que não podemos ser inflexíveis quando pensamos na acessibilidade de pessoas surdas aos serviços de saúde. São diversas as formas de comunicação que pessoas surdas podem estabelecer e a Libras é uma delas. O SUS, como um sistema universal, precisa desenvolver estratégias de cuidado que incluam as necessidades de comunicação diversas dessa população e isso não pode deixar a Libras de fora já que é um importante recurso para promover acesso e inclusão. Da mesma forma, a oferta de acessibilidade não pode ser reduzida à Libras já existem outras formas de comunicação entre as pessoas surdas.

A possibilidade de escrever esse trabalho produziu em mim importantes deslocamentos, no sentido de defender, sim, a Libras como um fator primordial e constitutivo para os surdos e, portanto, fundamental de ser conhecida e reconhecida pelos profissionais de saúde. Mas também pude reconhecer o quanto, em algumas situações, mesmo que a palavra (ou o sinal) não estivesse presente, era possível haver comunicação. Como em alguns dos casos que discuti aqui, a garantia da Libras em si não asseguraria o acesso. Por isso, foi necessário que os serviços descobrissem formas possíveis de se comunicar com seus usuários e esse empenho de inventividade se mostrou bastante frutífero e necessário.

Após a conclusão do trabalho, ainda ressoam em mim reflexões que talvez não seja o caso de ter um entendimento definitivo sobre elas, mas mantê-las presentes no cotidiano de trabalho, no sentido de provocar incômodo em práticas já estabelecidas. A primeira questão é o quanto é provocador para o serviço quando ele está aberto à demanda que chega: quem chega pedindo algo fala de um lugar, de um contexto, de uma cultura, de uma língua que, mesmo que seja o português, pode ser falado de outras tantas maneiras, além daquela utilizada pelo profissional ou pelo serviço. Estar disponível para receber esses usuários, sem buscar enquadrá-los em padrões

comunicativos, diagnósticos e de racionalidade biomédica, possibilita ao serviço desenvolver, criar e inventar novas estratégias de cuidado.

A segunda reflexão é o quanto a ocorrência de mais ou menos acesso a um serviço se relaciona com essa possibilidade de fazer desenhos específicos para responder a demandas específicas. Por mais que exista uma institucionalidade necessária para que os serviços de saúde possam existir é funcionar, é preciso que componha essa institucionalidade algum espaço para o inesperado e o imprevisível. É a partir dessas brechas que novas ferramentas de cuidado são desenhadas, possibilitando que as pessoas surdas usuárias de serviços de saúde mental recebam, enfim, o cuidado de que necessitam e a que têm direito.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 3ª Ed, 120p.

BASÍLIO ANCHIETA, E. V. Suicídio e surdez: a saúde mental não acessível. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 6, n. 6, p. 01-13, 2020.

BARBOSA, F. V. A Clínica Fonoaudiológica Bilíngue e a Escola de Surdos na Identificação da Língua de Sinais Atípica. **Educação & Realidade** [online]. 2016, v. 41, n. 3, pp. 731-754.

BARBOSA, F. V., MARQUES, J. G. T., SAMPAIO, L. A. M. P. C. Reflexões sobre a atuação do intérprete de língua de sinais na mediação da avaliação clínica em serviço de saúde mental. **Belas Infiéis**, v. 8, n. 1, p. 231-252, 2019

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. Brasília, DF: Senado, 1988

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília/DF, 1990b

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 336/02/MS**. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm

_____. **Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html>

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 5626** que regulamenta a Lei nº 10436 de 24 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1.060 de 05 de Junho de 2002. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**.

_____. Decreto n. 5.296, de 2 de dez. de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm

_____. Comitê de Ajudas Técnicas, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (CORDE/SEDH/PR), 2007

_____. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição nº 12, de 2021. Altera o art. 13 da Constituição para incluir a língua brasileira de sinais como um dos idiomas oficiais da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/148537> Acesso em: 20 de agosto de 2022.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p.2, 16 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 21 jul. 2022.

BRUIN, E., GRAAF, R. What Do We Know About Deaf Clients After Thirteen Years of Ambulatory Mental Health Care? An Analysis of the PsyDoN Database, 1987-1999. **American Annals of The Deaf**, vol 149, N^o. 5, 2004/2005

CHAVEIRO N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da Saúde. **Ver Esc Enferm USP**, v. 42. n. 3, p. 578-83, 2008.

CHAVEIRO N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C.; MUNARI, D. B.; MEDEIROS, M.; DUARTE, S. B. R. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais – na perspectiva do profissional da saúde. *Cogitare Enfermagem*, UFPR, v. 15, n. 4, p. 639-45, out./dez. 2010

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

COSTA et al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Ver Bras Clin Med**. 2009; 7: 166-170

COSTA, S. M. Inclusão no curso médico: Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro: HP Comunicação Editora, 2015, 278 p.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. e00285117, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00212

DENMAN, L. Enhancing the accessibility of public mental health services in Queensland to meet the needs of deaf people from an Indigenous Australian of culturally and linguistically diverse background. **Australian Psychiatry**, Vol 15, Sept, 2007

DINIZ, D. O. **que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2012

ESPÍRITO SANTO, T. B. do; DA SILVA, leticia R.; DE MENDONÇA, F. dias. Libras as a tool for providing mental healthcare: from barrier to access / Libras como ferramenta de cuidado em saúde mental: da barreira ao acesso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 12, p. 856-862, 2021.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição

da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental **Revist Latinoamericana Psicopat Fund** ano VII, n. 1, mar/2004

FRANCKE, I. D. **Itinerários terapêuticos de surdos em busca de cuidados em saúde mental**. Tese (doutorado). Programa de pós-graduação em saúde coletiva – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2018

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July 2011.

HERMAWATI, S.; PIERI, K. Assistive technologies for severe and profound hearing loss: Beyond hearing aids and implants. **Assistive Technology**, v. 32, n. 4, 2020.

KIRMAYER, L. J.; MINAS, H. The future of cultural psychiatry: An international perspective. **Canadian J Psychiatry**, 45, 438-446, 2000.

KIRMAYER, L. J. et al, Cultural Consultation: a model of mental health service for multicultural societies. **Can J Psychiatry**, Vol 48, Nº 3, April, 2003.

LEITE, K. I. M.; LEITE, M. M. do N.; SILVA, A. H. de B. e. Os prejuízos pela dificuldade de comunicação no atendimento de saúde à pessoa surda: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 10.

LIMA, E. M. F. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania**. Coleções IPUB. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004, 59-81.

_____. **Arte, Clínica e Loucura: território em mutação**. São Paulo: Summus: Fapesp, 2009.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, Set. 2014.

LIMA, E. M. F. A. Uma perspectiva ético-estético-política para as atividades em terapia ocupacional. In SILVA, C. R. (Org). **Atividades humanas e terapia ocupacional: saber-fazer, cultura, política e outras resistências**. São Paulo: Hucitec; São Carlos [SP]: AHTO Atividades Humanas e terapia ocupacional, 2019.

- LOPES, R. M., VIANNA, N. G, SILVA, E. M. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 213-221, mai-ago, 2017.
- MARTINS DE AGUIAR, K. G.; CORDEIRO, E. C. R. Acessibilidade do surdo ao atendimento psicológico na saúde mental. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. e11777, 16 nov. 2021.
- MELLO, A. G, NUERNBERG, A. H. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20 (3): 384, setembro-dezembro, 2012.
- MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007, 3ª Ed.
- NOBREGA, J. D.; MUNGUBA, M. C.; PONTES, R. J. S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 30, n. 3, 2017. DOI: 10.5020/18061230.2017.6176.
- OLIVEIRA, Y. C. A. et al. **Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2015, vol. 19, n. 54, pp. 549-560.
- OLIVEIRA, Y. C. A; CELINO, S. D. M, COSTA, G. M. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, Mar. 2015.
- RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.
- ROCHA, S. **O INES e a Educação de Surdos no Brasil**. Vol 01. Rio de Janeiro: INES, 2008, 2 ed.
- SANTOS, F; SILVA, J. P. Ansiedade entre as pessoas surdas: um estudo teórico. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 143-157, 2019.
- SILVA, R. R. et al, Uso da língua brasileira de sinais no contexto do sistema único de saúde: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p.14523-14530, jul./ago., 2022
- SOLEMAN, C. e BOUSQUAT, A. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 8, 2021.
- STROBEL, K. **As imagens do outro sobre a cultura surda**. Florianópolis: Ed da UFSC, 2016, 4. ed.

TEDESCO, J. R.; JUNGES, J. R. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, Aug. 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TORRES, E. F., MAZZONI, A. A., MELLO, A. G. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 369-385, maio/ago. 2007.

EDITORA E GRÁFICA DA FURG
CAMPUS CARREIROS
CEP 96203 900
editora@furg.br

ISBN 978-65-5754-195-1



9 786557 541951