

Artigo de revisão

O atendimento médico de pessoas surdas e seus desafios

Medical care for deaf people and its challenges

G. Y. R. Cardoso¹ T. P. R. Bachur²

^{1,2}profa.tatianabachur@gmail.com

^{1,2}Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil

Received: 28 may 2021 / Accepted: 27 July 2021

Resumo: Pessoas com deficiência auditiva enfrentam inúmeros obstáculos ao buscar os serviços de saúde, especialmente relacionados às barreiras de comunicação com os médicos assistentes. O objetivo desta revisão de literatura foi identificar quais os principais desafios encontrados mundialmente durante o atendimento médico de pessoas surdas. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS, MEDLINE, Web of Science, Scopus e ScienceDirect. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 21 estudos. Médicos e pacientes surdos relatam dificuldade para compreender um ao outro e concordam que a assistência prestada seria melhor caso o médico soubesse língua de sinais, porém somente uma parcela mínima dos profissionais tem conhecimento básico do assunto. Outras estratégias de comunicação, como notas escritas, leitura labial e acompanhante como intermediador, foram consideradas ineficientes. Já o uso de intérpretes qualificados, embora considerado o método de preferência para muitos deficientes auditivos, foi pouco acessível à maioria. Diante disso, pessoas surdas sentem dificuldade para confiar em seus médicos e temem ser submetidas a tratamentos inadequados por erros de comunicação. Nesse contexto, concluiu-se que as experiências vivenciadas por surdos podem gerar riscos à saúde dessa população, exigindo o desenvolvimento de medidas que busquem melhorar a assistência prestada e de mais trabalhos sobre o tema.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência auditiva; Cuidados médicos; Línguas de sinais; Surdez; Barreiras de comunicação.

Abstract: Hearing impaired people face numerous obstacles when seeking health services, especially related to communication barriers with attending physicians. The purpose of this literature review was to identify the main challenges encountered worldwide during the medical care of deaf people. A bibliographic search was carried out in the LILACS, MEDLINE, Web of Science, Scopus and ScienceDirect databases. After applying the inclusion and exclusion criteria, 21 studies were selected. Doctors and deaf patients report difficulty in understanding each other and agree that the assistance provided would be better if the doctor knew sign language, but only a minimal portion of the professionals had knowledge basics of the subject. Other communication strategies, such as written notes, lip reading and companion as an intermediary, were considered inefficient. The use of qualified interpreters, although considered the preferred method for many hearing impaired, was not accessible to the most. In view of this, deaf people find it difficult to trust their doctors and fear being subjected to inappropriate treatment for communication errors. In this context, it was concluded that the experiences lived by deaf people can generate risks to the health of this population, requiring the development of measures that seek to improve the assistance provided and more investigation on the theme.

Key words: Persons with hearing impairments; Medical care; Sign language; Deafness; Communication barriers.

INTRODUÇÃO

Estima-se que existam cerca de 466 milhões de pessoas com perda auditiva incapacitante no mundo, o que corresponde a 5% da população mundial, e as previsões apontam que esse número possa aumentar para 900 milhões em 2050 (OMS, 2020). No Brasil, segundo o último levantamento, aproximadamente 9,7 milhões de brasileiros apresentam algum grau de deficiência auditiva, dos quais 22% referem grande dificuldade para ouvir ou que não conseguem de modo algum (IBGE, 2010).

Nas últimas décadas, inúmeras discussões internacionais e nacionais sobre os direitos das pessoas com

deficiência levaram à criação de instrumentos que buscam garantir equidade no acesso a esses direitos, dentre eles a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 2007, e promulgado no Brasil, em 2009; e o World Report on Disability, de 2011 (BRASIL, 2009; OMS; MUNDIAL, 2011; ONU, 2007). Apesar disso, essa parcela populacional ainda enfrenta diversos obstáculos de acesso a direitos básicos, como à saúde de qualidade.

Uma das principais barreiras encontradas durante o atendimento médico às pessoas com deficiência auditiva consiste na dificuldade de comunicação. O uso de métodos

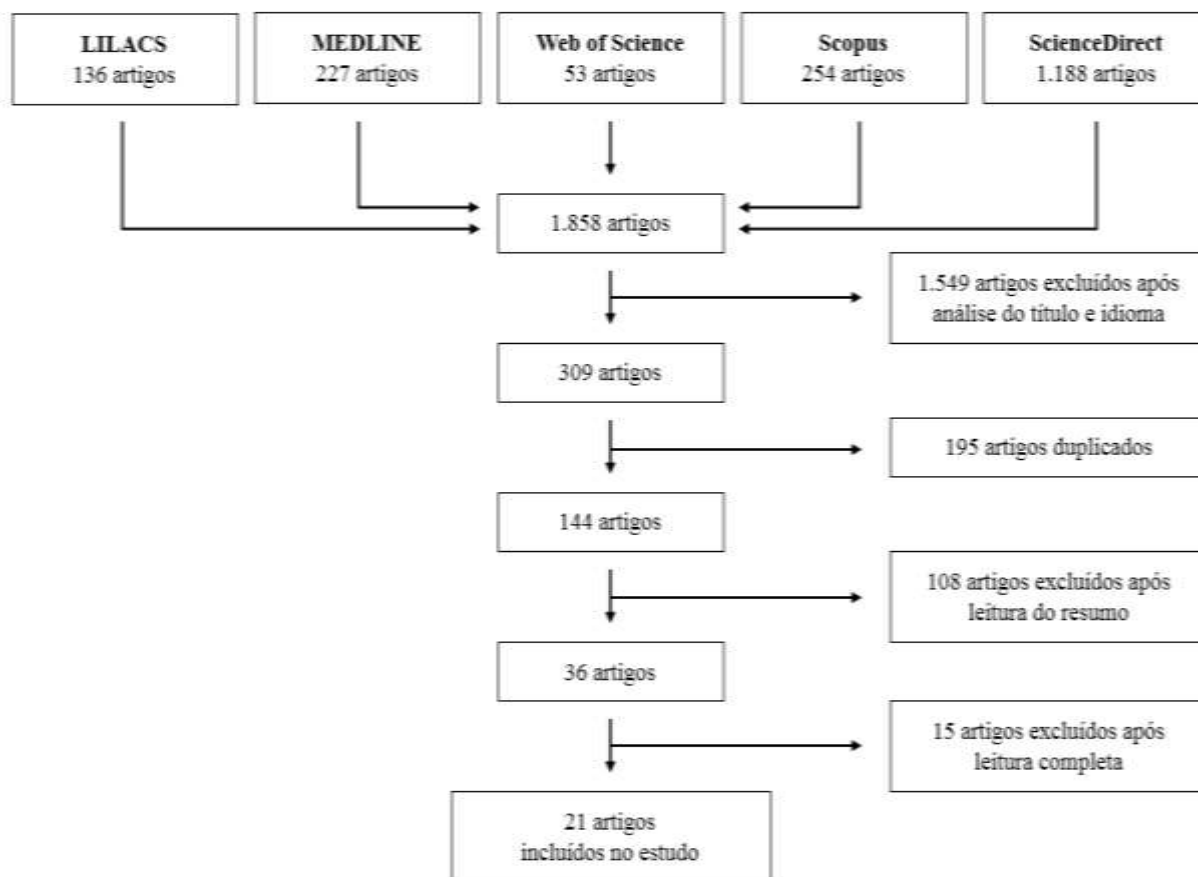
inadequados e termos técnicos pelo profissional, as particularidades gramaticais da língua de sinais e o baixo acesso a intérpretes são exemplos de problemas que dificultam a compreensão da mensagem transmitida tanto pelo paciente surdo quanto pelo médico, o que prejudica a assistência prestada e pode gerar riscos à saúde do paciente (CARDOSO et al., 2006). Além disso, destaca-se que, apesar das diferenças socioeconômicas entre os países, os obstáculos enfrentados por indivíduos surdos são semelhantes, independentemente da nação de origem (AGARONNIK et al., 2019; GICHANE et al., 2017; REEVES; KOKORUWE, 2005).

Embora seja um problema intercontinental, observa-se a escassez de publicações sobre a temática na literatura científica, em especial no Brasil. Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo revisar quais as principais dificuldades encontradas mundialmente durante o atendimento médico de pessoas surdas.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi conduzida uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS, MEDLINE, Web of Science, Scopus e ScienceDirect, utilizando cruzamentos com os seguintes descritores: “persons with hearing impairments”, “sign language”, “physicians”, “medical care”, “physician-patient relations”, “physicians offices” e “office visits”. Foram selecionados artigos originais, que abordassem as dificuldades vivenciadas por pessoas surdas ou médicos durante o atendimento médico, publicados originalmente nos idiomas português, inglês ou espanhol. Não foi realizado nenhum recorte temporal na seleção dos estudos, devido à especificidade e à escassez de publicações recentes sobre o tema. Foram excluídos artigos de revisão e trabalhos publicados em outros idiomas, cuja temática se afastasse do objetivo da pesquisa ou que não apresentasse texto completo disponível na íntegra. A Figura 1 ilustra as etapas de seleção dos 21 artigos que compõem esta revisão de literatura.

Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção de artigos utilizados na revisão.



Fonte: Autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

este estudo são apresentadas na Tabela 1.

As características dos artigos selecionados para compor

Tabela 1. Resumo das características gerais dos artigos analisados nesta revisão.

Autor e ano	País	Coleta de dados	População	Amostra	Média de idade (anos)
(AGARONNIK et al., 2019)	EUA	Entrevista	Médicos	20	53,5
(ARAGÃO et al., 2014)	Brasil	Questionário fechado	Surdos	36	23,8
(CARDOSO et al., 2006)	Brasil	Entrevista semiestruturada	Surdos	11	NI
(EBERT; HECKERLING, 1995)	EUA	Questionário	Médicos	73	43,4
(FERREIRA et al., 2019)	Brasil	Questionário fechado	Médicos	29	NI
			Enfermeiros	31	
(GICHANE et al., 2017)	África do Sul	Questionário misto	Mulheres surdas	42	NI
(GOMES et al., 2017)	Brasil	Questionário fechado	Médicos	101	41
(HOMMES et al., 2018)	EUA	Questionário misto	Intérpretes	37	NI
(IEZZONI et al., 2004)	EUA	Grupo focal	Surdos	14	NI
			Deficientes auditivos	12	
(KUSHALNAGAR et al., 2020)	EUA	Questionário	Homens surdos	318	NI
			Homens ouvintes	900	
(MCEWEN; ANTON-CULVER, 1988)	EUA	Questionário	Surdos	22	NI
			Imigrantes	119	
(O'HEARN, 2006)	EUA	Questionário misto	Mulheres surdas	23	NI
			Mulheres ouvintes	32	
(ORDWAY et al., 2020)	EUA	Questionário misto	Pessoas com deficiência	583	54,02
		Grupo focal		11	47,95
		Entrevista semiestruturada	Profissionais múltiplos		
(REEVES; KOKORUWE, 2005)	Inglaterra	Entrevista semiestruturada	Surdos	98	NI
(RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018)	Espanha	Entrevista	Surdos	25	37,84
(STEINBERG et al., 2006)	EUA	Grupo focal	Surdos	91	51
(TAMASKAR et al., 2000)	EUA	Questionário fechado	Surdos*	140	51,1
			Ouvintes	76	42,3
(UBIDO et al., 2002)	Inglaterra	Grupo focal	Mulheres surdas	134	NI
		Entrevista			
(VIEIRA et al., 2017)	Brasil	Questionário fechado	Surdos	17	45,1
(WITTE; KUZEL, 2000)	EUA	Grupo focal	Idosos surdos**	14	NI
(ZAZOVE et al., 1993)	EUA	Questionário	Surdos*	87	49
			Ouvintes	88	39

EUA - Estados Unidos da América; NI - não informada. * Surdos e deficientes auditivos. ** Surdos com idade ≥ 55 anos.

Fonte: Autor.

Desconhecimento da língua de sinais e suposições sobre a surdez

Em um estudo realizado por Gomes et al. (2017) com 101 médicos do Distrito Federal, 92,1% dos entrevistados relatou já ter atendido um paciente surdo durante a carreira, e 76,2% considerou o conhecimento da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) importante para a prática médica. No entanto, somente um participante afirmou ter conhecimento básico em LIBRAS. Dados semelhantes foram encontrados em um trabalho de Pernambuco sobre o atendimento prestado a gestantes surdas. Embora 76,6% dos profissionais de saúde acreditasse que trabalhadores da área deveriam saber LIBRAS e 48,3% julgasse que a assistência prestada seria adequada ou suficiente em posse desse conhecimento, 90% não possuía qualquer entendimento em língua de sinais (FERREIRA et al., 2019).

Segundo a Lei nº 10.436/2002 e o Decreto nº 5.626/2005, no Brasil, instituições públicas e empresas

concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequados às pessoas com deficiência auditiva. Nesse contexto, o Decreto também estabelece que o ensino de LIBRAS seja ofertado, de forma eletiva, em cursos de diferentes áreas, incluindo a área da saúde; e que pelo menos 5% dos funcionários, em cada unidade de saúde, saiba língua de sinais (BRASIL, 2002, 2005). No entanto, mais de uma década depois, a realidade enfrentada pela população surda permanece muito diferente da que as leis buscam garantir, com pouquíssimos profissionais nos serviços de saúde aptos a estabelecer uma comunicação adequada com portadores de deficiência auditiva.

Em 2014, foram publicadas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, onde se propõe que o ensino de LIBRAS ocorra de forma transversal ao longo do currículo, integrado a outras disciplinas e correlacionado com vivências práticas, realidade epidemiológica e cotidiano profissional (BRASIL,

2014). Seguir essa recomendação parece uma maneira muito mais eficiente de implementar a língua de sinais ao ensino médico e propiciar a formação de profissionais minimamente capacitados para dialogar com o paciente surdo (VIEIRA et al., 2017).

Por sua vez, a opinião dos pacientes quanto aos benefícios de ser atendido por um médico treinado em língua de sinais variou entre os estudos. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, 16 de 17 deficientes auditivos consideraram que o atendimento seria melhor caso o profissional soubesse LIBRAS (VIEIRA et al., 2017). Já em um trabalho nos Estados Unidos, com 91 participantes surdos, a comunicação com um médico com alguma base em Língua Americana de Sinais (ASL) foi considerada “melhor do que nada”, embora tenha permanecido deficiente. Apesar disso, alguns entrevistados também relataram boas experiências com médicos habilidosos em ASL (STEINBERG et al., 2006).

Observou-se também que a maioria dos profissionais possui suposições sobre a surdez que enfraquecem a relação

médico-paciente. Segundo portadores de deficiência auditiva, médicos não compreendem a riqueza das identidades culturais e linguísticas da comunidade surda e desconhecem que a ASL apresenta regras gramaticais e sintaxe próprias, diferentes do inglês (IEZZONI et al., 2004).

Métodos de comunicação

Diante do reduzido número de profissionais da saúde com domínio da língua de sinais, outros métodos de comunicação precisam ser utilizados no momento do atendimento médico, sendo os mais comuns o uso de intérprete da língua de sinais, papel geralmente desempenhado pelo acompanhante do paciente; a escrita; a leitura labial; e o uso de gestos e mímicas (ARAGÃO et al., 2014; GOMES et al., 2017). A Tabela 2 resume as estratégias de comunicação mencionadas nos estudos que disponibilizavam esta informação.

Tabela 2. Principais métodos de comunicação utilizados no atendimento médico de pessoas surdas.

Autor e ano	População	Amostra	Métodos de comunicação
(AGARONNIK et al., 2019)	Médicos	20	Escrita, leitura labial, falar mais alto, falar lentamente. Acesso a intérpretes (13) e a “teletypewriters” (10).
(ARAGÃO et al., 2014)	Surdos	36	Familiar como intérprete (86,1%), escrita (27,7%), mímica (25%), leitura labial (22,2%), intérprete profissional (13,8%), imagem (5,5%), desenho (2,7%), língua de sinais (2,7%).
(CARDOSO et al., 2006)	Surdos	11	Fala, escrita, língua de sinais, gestos universais, intérprete (familiar, amigo ou profissional).
(EBERT; HECKERLING, 1995)	Médicos	73	Escrita (34,4%), intérprete profissional (20,1%), familiares ou amigos como intérpretes (19%), leitura labial (18,7%), gestos (9,2%), nenhum (0,4%).
(FERREIRA et al., 2019)	Médicos	29	Intérprete (73,3%), gestos (53,3%), fala (30%), escrita (25%), língua de sinais (5%).
(GICHANE et al., 2017)	Enfermeiros	31	
	Mulheres surdas	42	Durante consultas: escrita (23%), familiar como intérprete (18%), leitura labial (8%), intérprete profissional (5%), nenhuma. Durante o parto: escrita (23%), familiar como intérprete (19%), intérprete profissional (14%).
(IEZZONI et al., 2004)	Surdos	14	Leitura labial, escrita, familiar como intérprete.
	Deficientes auditivos	12	
(O’HEARN, 2006)	Mulheres surdas	23	Algum oral (35%), não oral (56%).
	Mulheres ouvintes	32	Consultas com uso de intérprete: nenhuma (26%), 1-2 (22%), 3-5 (13%), 6 ou mais (39%).
(REEVES; KOKORUWE, 2005)	Surdos	98	Última consulta: intérprete profissional (17%), familiar/amigo como intérprete (24%), cônjuge surdo como intérprete (3%), ninguém (56%). Sozinhos na última consulta: fala (47%), leitura labial (88%), escrita (75%), língua de sinais (2%).
(STEINBERG et al., 2006)	Surdos	91	Intérprete profissional, familiar como intérprete, leitura labial, escrita, “teletypewriters”, língua de sinais.
(VIEIRA et al., 2017)	Surdos	17	Presença de intérprete profissional no serviço de saúde: sim (11,8%), não (88,2%). Intérprete profissional ausente: acompanhante como intérprete (12), escrita (2), gestos e mímicas (3), leitura labial (1).
(WITTE; KUZEL, 2000)	Idosos surdos**	14	Leitura labial, escrita, acompanhante como intérprete.
(ZAZOVE et al., 1993)	Surdos*	87	Fala (51%), escrita (51%), intérprete (18%).
	Ouvintes	88	

* Surdos e deficientes auditivos. ** Surdos com idade \geq 55 anos.

Fonte: Autor.

O método de preferência pode variar tanto entre médicos quanto entre o profissional e o paciente. Médicos frequentemente utilizam outras estratégias comunicativas que não o uso de intérpretes ou equipamentos auxiliares, ainda que questionem ou reconheçam a ineficácia de algumas delas, como escrever notas, realizar leitura labial ou falar mais alto ou lento (AGARONNIK et al., 2019). Por sua vez, embora o paciente tenha tendência a considerar que a comunicação é adequada quando seu método de escolha é utilizado; profissionais não costumam questionar de qual forma o indivíduo surdo prefere se comunicar, o que fere o princípio da autonomia no cuidado em saúde (REEVES; KOKORUWE, 2005; RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018).

Ebert e Heckerling (1995) entrevistaram 73 médicos americanos e questionaram qual estratégia de comunicação, no atendimento de surdos que usam a língua de sinais, eles acreditavam que deveria ser tentada primeiro. 63,4% responderam que a primeira escolha seria utilizar um intérprete, enquanto 32,4% optariam inicialmente pelo uso da escrita e 4,2% pela leitura labial. Em contrapartida, somente 20,1% dos participantes afirmou ter o intérprete como principal método utilizado nessas situações.

No contexto brasileiro, a percepção equivocada de profissionais de saúde sobre a eficácia de determinadas estratégias comunicativas pode resultar da descontinuação do cuidado, que ocorre com frequência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A cada novo retorno ao serviço de saúde, o paciente pode ser atendido por um médico diferente do anterior, fazendo o profissional acreditar que compreendeu adequadamente o paciente surdo e resolveu seu problema, já que o seguimento do caso é perdido (GOMES et al., 2017).

Dificuldades relacionadas à comunicação

A qualidade da comunicação estabelecida durante a consulta médica é, para o paciente surdo, o principal determinante da qualidade do cuidado recebido (GICHANE

et al., 2017). Na Paraíba, em um trabalho com 36 surdos, 100% dos entrevistados afirmaram ter experimentado algum tipo de dificuldade para se comunicar com os profissionais da saúde (ARAGÃO et al., 2014). A porcentagem de pacientes surdos ou com perda auditiva que apresentaram dificuldade de compreender seu médico assistente variou entre 48 e 59%, especialmente quando compareceram desacompanhados ao serviço de saúde (REEVES; KOKORUWE, 2005; UBIDO et al., 2002; ZAZOVE et al., 1993).

A comunicação é ainda mais prejudicada porque os profissionais também apresentam dificuldades para compreender o paciente com surdez (CARDOSO et al., 2006). Em um estudo realizado na África do Sul sobre as experiências de 42 mulheres surdas, 56% das participantes citaram dificuldades mútuas de entendimento entre paciente e profissional durante as consultas de pré-natal, enquanto 65% citou o mesmo durante o trabalho de parto (GICHANE et al., 2017). Em um questionário com 17 deficientes auditivos, em São Paulo, 35,3% afirmou que nunca compreende o que o médico diz, e 47,1% respondeu que nunca é compreendido pelo médico, quando comparece desacompanhado à consulta (VIEIRA et al., 2017). Por outro lado, em uma pesquisa feita com 60 profissionais da saúde quanto ao atendimento de gestantes surdas, em Pernambuco, 93,3% dos entrevistados afirmaram compreender os problemas relatados pela gestante, e 88,3% acreditou ser compreendido pela paciente. Apesar disso, 75% dos profissionais relataram a existência de barreiras de comunicação, sendo elas a falta de conhecimento em LIBRAS (50%), a dificuldade de compreender os sinais realizados pela paciente (35%), a dificuldade na comunicação por gestos (31,6%) e outras (1,6%) (FERREIRA et al., 2019). Esses e outros obstáculos relacionados ao atendimento médico de pessoas surdas são sumarizados na Tabela 3, segundo o estudo de origem.

Tabela 3. Principais dificuldades relacionadas ao atendimento médico de pessoas surdas.

Autor e ano	População	Amostra	Dificuldades relatadas
(AGARONNIK et al., 2019)	Médicos	20	Escrita: processo lento; perda do detalhamento. Interpretação vídeo-remota: perda da linguagem não-verbal e da empatia transmitida pelo intérprete presencial.
(CARDOSO et al., 2006)	Surdos	11	Leitura labial: boca pouco visível; fala rápida do profissional; uso de termos técnicos. Escrita: uso de palavras difíceis e termos técnicos; letra ilegível do profissional; diferenças gramaticais; baixo domínio do paciente em português. Intérprete: pouco acessível; preço; disponibilidade no dia e horário da consulta.
(EBERT; HECKERLING, 1995)	Médicos	73	Tempo e esforços maiores dispensados pelo médico, especialmente quando o intérprete está presente.
(FERREIRA et al., 2019)	Médicos Enfermeiros	29 31	Falta de conhecimento em língua de sinais (50%); dificuldade de compreensão dos sinais (35%); dificuldade na comunicação por gestos (31,6%); outras.
(GICHANE et al., 2017)	Mulheres surdas	42	Intérprete: serviços pouco disponíveis (38%); auxílio de familiares somente durante horários de visita (4,8%).

Autor e ano	População	Amostra	Dificuldades relatadas
(HOMMES et al., 2018)	Intérpretes	37	Interpretação vídeo-remota: uso limitado por falhas de conexão ou do equipamento. Tempo limitado do profissional; falta de empoderamento do paciente; falta de ferramentas visuais associadas às explicações do profissional.
(IEZZONI et al., 2004)	Surdos	14	Tendência do médico a não enxergar o paciente como um ser integral e a não respeitar sua inteligência, motivações e desejos de entender e participar da própria saúde.
	Deficientes auditivos	12	Intérprete: dificuldade de contratação e da busca por profissionais treinados em linguagem médica. Leitura labial: fala rápida; sotaque; uso de máscara cirúrgica. Escrita: uso de termos técnicos. Tempo limitado do atendimento. Fala/Leitura labial: uso de palavras difíceis.
(MCEWEN; ANTON-CULVER, 1988)	Surdos	22	
(O'HEARN, 2006)	Imigrantes	119	
	Mulheres surdas	23	Intérprete profissional: pouco acessível.
	Mulheres ouvintes	32	
(ORDWAY et al., 2020)	Pessoas com deficiência	583	Escassez de intérpretes certificados; falha dos prestadores de saúde em disponibilizar um serviço de interpretação presencial ou vídeo-remota.
	Profissionais múltiplos	11	
(REEVES; KOKORUWE, 2005)	Surdos	98	Leitura labial: falta de clareza na fala; falta de contato visual do médico enquanto fala; boca coberta; fala rápida; uso de palavras difíceis. Escrita: falta de clareza; uso de palavras difíceis. Intérprete profissional: pouco acessível (17%). Familiar/amigo como intérprete: perda de parte das informações repassadas.
(RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018)	Surdos	25	Tempo limitado do atendimento; fala rápida; falta de atenção dispensada pelo médico; falta de participação do paciente na tomada de decisões. Escrita: uso de palavras difíceis; omissão de informações importantes; letra ilegível do profissional; baixo domínio do paciente em espanhol. Intérprete: risco de violação do sigilo médico, baixa disponibilidade; pouca familiaridade do médico e relutância ao uso.
(STEINBERG et al., 2006)	Surdos	91	Intérpretes: profissionais experientes em linguagem médica pouco disponíveis; comprometimento da privacidade. Escrita: uso de palavras difíceis; letra ilegível do profissional; diferenças gramaticais entre a ASL e o inglês. "Teletypewriters": dificuldades semelhantes ao uso da escrita; pouca familiaridade do profissional.
(UBIDO et al., 2002)	Mulheres surdas	134	Letra ilegível do médico; falta de clareza e contato visual durante a fala; uso de termos técnicos, insensibilidade do profissional; médicos diferentes em cada atendimento.
(VIEIRA et al., 2017)	Surdos	17	Intérprete: baixa disponibilidade (11,8%); comprometimento da privacidade.
(WITTE; KUZEL, 2000)	Idosos surdos**	14	Leitura labial: fala rápida; boca pouco visível. Escrita: uso de termos técnicos; omissão de informações importantes. Intérprete: disponibilidade no dia e horário da consulta.

ASL - Língua Americana de Sinais. * Surdos e deficientes auditivos. ** Surdos com idade \geq 55 anos.

Fonte: Autor.

A leitura labial geralmente é assumida como um método natural de comunicação para pessoas surdas e frequentemente utilizado, chegando a ocorrer situações em que o paciente é pressionado pelo profissional a realizá-la. No entanto, essa estratégia é considerada inadequada por boa parte dos deficientes auditivos, e alguns deles, especialmente os que se comunicam por língua de sinais,

podem se sentir ofendidos quando solicitados a executá-la (RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018; STEINBERG et al., 2006; WITTE; KUZEL, 2000). Entre os problemas relacionados ao método, são apontados obstáculos que diminuem a visibilidade da boca do profissional, como bigode e barba, uso de máscaras e não manter contato visual com o paciente enquanto fala; discurso acelerado; fala pouco clara e uso de termos técnicos (IEZZONI et al., 2004;

REEVES; KOKORUWE, 2005; WITTE; KUZEL, 2000). McEwen e Anton-Culver (1988) realizaram um teste de vocabulário médico com 22 indivíduos surdos, cuja média de acertos foi de 66,7%, indicando que muitas palavras utilizadas por médicos não são compreendidas pelo deficiente auditivo.

A utilização da escrita como estratégia de comunicação entre médico e paciente com surdez também foi considerada ineficiente. Indivíduos surdos relataram como principais limitações do método o uso de palavras difíceis e termos técnicos, a caligrafia pouco legível do profissional, as experiências de escrita e leitura limitadas do paciente e a perda de detalhes nas informações trocadas. Por sua vez, médicos citaram como obstáculos frequentes a dificuldade em compreender a escrita do paciente com surdez, as diferenças sintáticas e gramaticais entre as línguas de sinais e os idiomas utilizados pelos profissionais e a lentidão do processo (AGARONNIK et al., 2019; CARDOSO et al., 2006; RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018; STEINBERG et al., 2006).

Embora equipamentos de interpretação vídeo-remota venham sendo bem aceitos por pessoas surdas, seu uso tem sido limitado pela incapacidade dos prestadores de saúde em acatar a preferência do paciente pelo método ou, quando disponível, por ocasionais falhas de conexão ou do próprio sistema. Além disso, por se tratar de um meio digital, parte da linguagem não-verbal e da empatia transmitida pelo intérprete, quando este está fisicamente presente, é perdida (AGARONNIK et al., 2019; HOMMES et al., 2018; ORDWAY et al., 2020). Outra ferramenta que pode auxiliar a comunicação entre médico e paciente com deficiência auditiva são os chamados “teletypewriters”, no entanto seu uso possui obstáculos semelhantes àqueles presentes no uso da escrita, e os profissionais da saúde geralmente não estão familiarizados com o dispositivo, o que também limita sua utilização na prática (STEINBERG et al., 2006).

Em contrapartida, alguns indivíduos com surdez vivenciaram boas experiências de comunicação com o médico atendente, principalmente quando este demonstrava preocupação em se expressar de forma apropriada, considerando as particularidades da comunicação com deficientes auditivos (REEVES; KOKORUWE, 2005). Pacientes surdos relataram menos dificuldade de comunicação quando o profissional sabia língua de sinais ou falava devagar, caso o paciente soubesse ler lábios; quando empregava uma linguagem simples, utilizava ferramentas visuais durante as explicações ou não se importava com o tempo gasto; e nas situações em que não eram necessárias muitas explicações. Já o profissional entendeu melhor o paciente surdo quando havia sinais claros da doença ou quando o paciente usava gestos universais ou sabia escrever (CARDOSO et al., 2006; STEINBERG et al., 2006).

Uso de intérpretes

Pessoas com deficiência auditiva geralmente necessitam de um intermediador durante a consulta médica, o qual pode ser um familiar, amigo ou intérprete profissional. Em determinadas situações, esse papel é desempenhado por um indivíduo também surdo, porém com

maior habilidade de comunicação com ouvintes (CARDOSO et al., 2006). Ter alguém para auxiliar a comunicação com seu médico de família foi considerado muito importante por 63% dos deficientes auditivos questionados, enquanto 20% respondeu que depende da razão do atendimento (REEVES; KOKORUWE, 2005). Nesse contexto, quase 70% dos pacientes com surdez visitam o médico acompanhados (GOMES et al., 2017; VIEIRA et al., 2017).

Indivíduos surdos que já passaram por atendimentos com e sem o auxílio de um intermediador tendem a considerar a comunicação melhor quando o intérprete está presente, especialmente quando este tem experiência em linguagem médica (REEVES; KOKORUWE, 2005; STEINBERG et al., 2006). Por outro lado, quando o intérprete não está presente, informações importantes podem não ser repassadas ao paciente, o que gera frustração e medo (IEZZONI et al., 2004).

Reeves e Kokoruwe (2005) questionaram indivíduos surdos sobre quem eles preferem ter como intermediador durante visitas médicas, ao que 54% responderam preferir um intérprete profissional, 31% um familiar ou amigo, e a preferência variou segundo a razão da visita para 4% dos participantes. Por outro lado, somente 17% contou com um intérprete profissional na sua última consulta médica, enquanto 24% tiveram o suporte de um familiar ou amigo, 3% do parceiro surdo e 56% não teve nenhum intermediador.

Considerado por médicos e indivíduos surdos como o método de comunicação mais eficiente, intérpretes profissionais, principalmente aqueles com domínio do vocabulário médico, são pouco acessíveis à maioria dos pacientes (CARDOSO et al., 2006; HOMMES et al., 2018; STEINBERG et al., 2006). Em um trabalho realizado em São Paulo, 88,2% dos deficientes auditivos negaram a presença de intérprete no serviço de saúde quando buscaram atendimento (VIEIRA et al., 2017). Considerando apenas situações em que o serviço de interpretação é solicitado, somente uma parte dos pacientes tem seu pedido acatado. Em um estudo com mulheres surdas, apenas metade daquelas que desejavam a presença de um intérprete teve acesso ao profissional em pelo menos uma consulta. Em outro estudo, somente 10% dos deficientes auditivos receberam o serviço sempre que solicitaram (O’HEARN, 2006; ORDWAY et al., 2020).

Entre aqueles que não contaram com um intérprete profissional durante o atendimento médico, 42% relataram dificuldades para obter o serviço (REEVES; KOKORUWE, 2005). Entre as dificuldades mencionadas, estão a falta de dinheiro para pagar o profissional; a escassez de intérpretes certificados; a indisposição ou incapacidade dos prestadores de saúde em oferecer profissionais capacitados para atuar no cenário da saúde; a necessidade de remarcar consultas e exames e de planejar, com bastante antecedência, o uso do serviço de interpretação, o que nem sempre é possível em casos urgentes (CARDOSO et al., 2006; IEZZONI et al., 2004; ORDWAY et al., 2020; WITTE; KUZEL, 2000).

Embora a busca por um intermediador, muitas vezes, seja realizada pelo próprio paciente, garantir uma comunicação de qualidade é considerada uma responsabilidade do médico por 82% das mulheres com

surdez e por 100% das mulheres sem perda auditiva (O'HEARN, 2006). Apesar disso, serviços de interpretação costumam ser disponibilizados somente quando a situação é considerada mais grave ou importante. Ademais, muitos profissionais da saúde não estão acostumados à presença do intérprete, o que pode gerar relutância ao uso da estratégia (RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018). Em um trabalho realizado por Gichane et al. (2017), duas mulheres surdas relataram que, durante sua internação hospitalar, a única tradução disponível era aquela realizada por familiares durante os horários de visita.

O uso de familiares ou amigos como intermediador, por sua vez, é mais frequente, embora não seja considerado um método adequado por muitos deficientes auditivos (STEINBERG et al., 2006). Pacientes que utilizam essa estratégia relatam dificuldade para conciliar os horários de consultas marcadas com a disponibilidade do acompanhante, bem como frustração quando precisam remarcar atendimentos. Além disso, muitos pacientes se sentem excluídos da conversa estabelecida e preocupados de que as informações não sejam fielmente repassadas pelo acompanhante (CARDOSO et al., 2006; STEINBERG et al., 2006; WITTE; KUZEL, 2000). Em um estudo inglês, 16 entre 17 indivíduos surdos que utilizaram um intérprete profissional durante a consulta afirmaram que todas ou quase todas as informações ditas pelo médico foram repassadas a eles, enquanto apenas 42% dos que foram auxiliados por um acompanhante ouvinte disseram o mesmo (REEVES; KOKORUWE, 2005).

Outra questão muito importante em torno da presença de intérpretes, profissionais ou não, no atendimento em saúde é o risco de violação do direito ao sigilo médico, mesmo quando a participação é consentida pelo paciente (RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018). Alguns indivíduos demonstram preocupação de que sua privacidade seja comprometida ou afirmam não confiar no sigilo do intérprete (REEVES; KOKORUWE, 2005; STEINBERG et al., 2006). No estudo de Vieira et al. (2017) com 17 pessoas com surdez, 11 dos entrevistados afirmaram nunca sentir vergonha quando o acompanhante ou intérprete está presente; quatro relataram que sentem vergonha, mas não omitem informações; enquanto dois indivíduos sentem vergonha e não falam tudo o que gostariam.

Outras dificuldades

Outro obstáculo enfrentado pela população surda é o tempo limitado do atendimento médico. No estudo de Ebert e Heckerling (1995), 55% dos médicos entrevistados acreditavam que tempo e esforços gastos no atendimento de pacientes surdos eram ligeiramente maiores do que o de pacientes ouvintes, enquanto 45% acreditava serem muito maiores. Médicos que utilizavam intérpretes durante a consulta tendiam a achar que o tempo e esforços gastos eram muito maiores. Além disso, comparadas à população geral, pessoas surdas tendem a considerar que recebem menos atenção, cortesia e respeito durante consultas médicas, e sentem estar desperdiçando o tempo do profissional de saúde (REEVES; KOKORUWE, 2005).

Por sua vez, médicos tendem a não enxergar o paciente

surdo na sua integralidade, com experiências de vida, preocupações e motivações particulares; e a desrespeitar o desejo de entender sua condição e de participar das decisões relacionadas a própria saúde (IEZZONI et al., 2004). De acordo com Kushalnagar et al. (2020), que compararam os resultados da decisão compartilhada entre homens surdos e ouvintes, relacionada à triagem para câncer de próstata; deficientes auditivos se sentiram menos envolvidos na tomada de decisão compartilhada com seus médicos atendentes, em comparação aos homens ouvintes.

Sentimentos e consequências

Para uma parcela considerável de profissionais da saúde, o tipo de assistência ofertada à população surda está longe de ser adequada, assim como boa parte dos pacientes com deficiência auditiva não se sentem satisfeitos com o atendimento recebido (FERREIRA et al., 2019; VIEIRA et al., 2017). De fato, muitos deficientes auditivos sentem-se frustrados por perceberem que a qualidade do atendimento recebido é diferente daquele ofertado aos pacientes ouvintes, por precisarem empregar grandes esforços para defender a necessidade de uma comunicação adequada e pela falta de percepção do médico de que o uso de intérpretes beneficia não apenas o paciente com surdez, mas ambos. Por outro lado, quando consegue compreender e ser compreendido pelo profissional atendente, o paciente demonstra felicidade e alívio (CARDOSO et al., 2006; STEINBERG et al., 2006).

Exemplificando as diferenças de satisfação entre surdos e ouvintes, um estudo inglês mostrou que 19% dos participantes surdos registraram uma reclamação sobre seu médico atendente, e 21% quis fazer o mesmo, mas não fez. Por sua vez, entre a população geral, a porcentagem de pacientes que fez a reclamação e a que quis fazer, mas não fez, foram 1 e 11%, respectivamente (REEVES; KOKORUWE, 2005).

A população surda costuma apresentar sentimentos de desconfiança em relação aos profissionais de saúde e raiva diante dos obstáculos de comunicação. Quanto aos médicos, uma parcela considerável experimenta desconforto frente ao atendimento de deficientes auditivos, mesmo quando dispõe de um intermediador. Segundo os pacientes, médicos também ficam irritados quando não conseguem entender o indivíduo surdo (CARDOSO et al., 2006; GOMES et al., 2017; STEINBERG et al., 2006).

Pessoas surdas demonstram grande preocupação em relação à terapêutica prescrita, especialmente quando buscam o médico desacompanhadas. Entre os principais sentimentos relatados, estão o medo de não obter ou não entender as explicações sobre propósito, efeitos colaterais e via de administração de medicamentos; de receber o tratamento errado e continuar doente; ou de ser enganado pelo profissional. Quando questionados, somente 65% dos indivíduos surdos, contra 92% da população em geral, sentiram-se confiantes de ter recebido o tratamento correto (CARDOSO et al., 2006; REEVES; KOKORUWE, 2005; ZAZOVE et al., 1993).

Cerca de 47% dos deficientes auditivos permanecem com dúvidas, durante ou após o atendimento médico, quando comparecem desacompanhados, enquanto

aproximadamente 30% referem o mesmo ainda que um acompanhante esteja presente. A comunicação precária permite que a mensagem transmitida pelo médico seja mal interpretada pelo paciente, e que este não compreenda corretamente doses e efeitos adversos de medicações prescritas (IEZZONI et al., 2004; VIEIRA et al., 2017). No estudo de Hommes et al. (2018), 59,4% dos intérpretes entrevistados afirmaram que, na maioria dos atendimentos presenciados, o paciente parecia incerto sobre riscos de medicações, necessidade de acompanhamento ou instruções recebidas pelo médico. Apesar disso, médicos raramente solicitaram que o paciente repetisse as informações repassadas para confirmar que a mensagem foi entendida corretamente.

Além do desconforto e estresse causados ao indivíduo com perda auditiva, os obstáculos de comunicação também podem dificultar o diagnóstico e gerar erros no tratamento instaurado. Esse estresse é ainda maior no cenário de serviços de emergência, tanto pelo quadro clínico apresentado quanto pela impossibilidade do paciente surdo de se preparar previamente para o encontro com o profissional de saúde, enfrentando uma comunicação ainda mais inacessível. Em alguns casos, o paciente não compreende o seu diagnóstico, nem por qual intervenção irá passar. Associado a isso, deficientes auditivos referem desconforto e medo quando não conseguem ver o profissional durante o exame físico ou procedimentos, como exames radiológicos e pequenas cirurgias (IEZZONI et al., 2004; REEVES; KOKORUWE, 2005; RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018).

Uma comunicação efetiva durante o atendimento em saúde está associada a uma maior aderência do paciente às recomendações e orientações médicas (HASKARD ZOLNIEREK; DIMATTEO, 2009; O'HEARN, 2006). Uma comunicação inadequada, por sua vez, apresenta diversos riscos, como retorno precoce do paciente ao serviço; aumento dos custos de tratamento diante de um manejo incorreto na atenção primária; despesas econômicas para a sociedade, se o paciente não pode trabalhar devido a afecções não tratadas; e processos judiciais por erro médico (REEVES; KOKORUWE, 2005).

Desse modo, adotar medidas que visem melhorar a qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e deficientes auditivos é algo necessário e importante. A implantação do ensino transversal da língua de sinais no currículo de cursos da área da saúde, integrando-o a outras disciplinas e correlacionando-o com vivências práticas, é uma medida essencial e com resultados a longo prazo (VIEIRA et al., 2017). Diante da inviabilidade de treinar todos os médicos já formados em língua de sinais, outra estratégia possível é aumentar a participação desses profissionais em treinamentos de conscientização sobre pessoas com deficiências, incluindo a surdez (REEVES; KOKORUWE, 2005).

Tendo em vista que a maioria dos médicos atenderá somente um pequeno número de pacientes surdos, desenvolver serviços especializados em atender pessoas surdas pode ser uma forma mais eficiente de oferecer uma boa assistência médica do que buscar intérpretes sob demanda (MACKINNEY et al., 1995). No estudo de Ubido

et al. (2002), quase metade das participantes surdas afirmaram que usariam os serviços de saúde com mais frequência se houvesse disponível um serviço especializado para mulheres surdas.

Disponibilizar um sistema com intérpretes de rotina pode ser uma solução custo-efetiva, porém a baixa disponibilidade de intérpretes qualificados prejudica a aplicabilidade prática dessa opção (REEVES; KOKORUWE, 2005). Por sua vez, médicos e organizações médicas devem pressionar governos e seguradoras pela criação de planos que permitam o médico ser restituído pelas despesas de contratação de intérpretes ou o profissional intérprete ser pago diretamente por terceiros (STEINBERG et al., 2006).

As diferenças no atendimento recebido pela população surda nos serviços de saúde podem ser percebidas, frequentemente, já na sala de espera. No estudo de Vieira et al. (2017), 58,8% dos participantes afirmaram que já deixaram de receber atendimento por ser surdo. Nesse cenário, grande parcela dos indivíduos surdos relata vivenciar sentimentos de medo, preocupação e ansiedade de não ser atendido devido à incapacidade de ouvir ao chamado verbal de seu nome e à falta de atenção do profissional em chama-lo de maneira adequada (CARDOSO et al., 2006; IEZZONI et al., 2004; UBIDO et al., 2002). Além disso, deficientes auditivos sofrem dificuldades ao entrar em contato com o consultório médico por meio do telefone, seja para marcar consultas, seja para receber resultados de exames (WITTE; KUZEL, 2000).

Embora essas e outras adversidades sejam perceptíveis para a maioria dos indivíduos com surdez, muitos deles demonstram uma atitude conformista perante à discriminação e aos problemas práticos vivenciados (WITTE; KUZEL, 2000). Enquanto 89% da população geral considera-se capaz de perguntar tudo o que deseja ao médico atendente, somente 56% da população surda sente o mesmo. Apesar disso, deficientes auditivos temem contar ao profissional de saúde que a comunicação está inadequada, ainda que sintam medo das consequências de um diálogo ineficaz; e frequentemente notam que não foram compreendidos pelo médico, mas não tentam explicar novamente o que gostariam (MCEWEN; ANTON-CULVER, 1988; REEVES; KOKORUWE, 2005; STEINBERG et al., 2006).

Diante dos problemas de comunicação enfrentados e da baixa disponibilidade de intérpretes de língua de sinais nos serviços de saúde, a população surda tende a visitar menos o médico, comparada a população ouvinte (TAMASKAR et al., 2000; ZAZOVE et al., 1993). Em um estudo inglês, realizado com 98 deficientes auditivos, 76% dos participantes afirmaram que visitariam com mais frequência seu médico de família caso a comunicação entre ambos fosse mais fácil (REEVES; KOKORUWE, 2005). Por sua vez, a omissão de informações pelo profissional e a dificuldade do paciente de ter acesso a um médico regular impedem, muitas vezes, a participação do paciente surdo na tomada de decisão compartilhada sobre sua própria condição clínica (KUSHALNAGAR et al., 2020; RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018).

Por fim, as dificuldades de acesso desse público aos

serviços de saúde repercutem, também, em uma promoção e prevenção de saúde deficientes (ARAGÃO et al., 2014). Pessoas surdas e com perda auditiva grave tendem a conhecer e realizar menos práticas saudáveis bem difundidas entre a população ouvinte, como praticar exercícios físicos, não fumar, usar preservativos durante relações sexuais e realizar autoexame de mama; além de desconhecer direitos legais e como reivindicá-los. Isso provavelmente acontece porque, enquanto pessoas ouvintes recebem informações passivamente por meio da audição ou da leitura, indivíduos surdos não conseguem acessar informações de forma passiva ou incidental, por exemplo, ouvindo a diálogos, programas de rádio ou televisão (FREIRE et al., 2009; RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018; TAMASKAR et al., 2000). Além disso, como a pessoa com surdez geralmente possui habilidades limitadas de leitura, a compreensão de fontes escritas de informação em saúde, como publicações, anúncios e campanhas, também costuma ser insatisfatória, caso não seja adaptada para esse público (NAPIER; KIDD, 2013; RODRÍGUEZ-MARTÍN et al., 2018).

Nesse contexto, deficientes auditivos são bastante dependentes do profissional médico para acessar informações em saúde. Entretanto, observa-se que esse grupo populacional tende a receber tais informações de familiares, amigos e outros indivíduos surdos (NAPIER; KIDD, 2013; TAMASKAR et al., 2000). Em um estudo comparativo realizado por O'Hearn (2006), 91% das mulheres ouvintes considerou receber bastante informações dos seus médicos, enquanto somente 61% das mulheres surdas relatou o mesmo.

CONCLUSÕES

O atendimento médico de pessoas portadoras de deficiência auditiva ocorre de maneira inadequada em diferentes países, apresentando inúmeros desafios tanto para o paciente quanto para o profissional atendente. Nesse cenário, os obstáculos para se estabelecer uma comunicação satisfatória com o médico aparecem como a principal dificuldade enfrentada pela população surda ao buscar assistência, com potencial de provocar consequências como erros de diagnóstico e tratamento, promoção e prevenção em saúde precárias e aumento dos gastos de sistemas de saúde e empresas seguradoras. Diante disso, aponta-se a necessidade de elaborar medidas eficientes e aprimorar mecanismos já existentes que busquem melhorar a qualidade do cuidado dispensado a essa parcela populacional.

Inserir o ensino da língua de sinais no currículo médico e conscientizar profissionais formados sobre particularidades da cultura surda é essencial para garantir uma assistência satisfatória, que englobe toda a integridade do indivíduo com surdez. Desenvolver serviços especializados no atendimento de deficientes auditivos, estimular a formação de intérpretes e estabelecer legislações sobre a atuação desse profissional nos serviços de saúde devem ser estratégias consideradas e aperfeiçoadas por governos e organizações internacionais, adaptando-as de acordo com as realidades de cada país.

Por fim, a escassez de estudos atuais sobre a temática, especialmente na literatura brasileira, destaca a necessidade

de que mais pesquisas envolvendo o cuidado em saúde de pessoas surdas sejam desenvolvidas e difundidas, a fim de refinar o conhecimento científico sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

AGARONNIK, N.; CAMPBELL, E. G.; RESSALAM, J.; IEZZONI, L. I. Communicating with patients with disability: perspectives of practicing physicians. *J Gen Intern Med*, v. 34, n. 7, p. 1139–1145, 2019.

ARAGÃO, J. DA S.; MAGALHÃES, I. M. DE O.; COURA, A. S.; SILVA, A. F. R.; CRUZ, G. K. P.; FRANÇA, I. S. X. DE. Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 1, p. 1–7, 2014.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, 2002.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, 2005.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2014.

CARDOSO, A. H. A.; RODRIGUES, K. G.; BACHION, M. M. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 4, 2006.

EBERT, D. A.; HECKERLING, P. S. Communication with deaf patients: knowledge, beliefs, and practices of physicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, v. 273, n. 3, p. 227–229, 1995.

FERREIRA, D. R. DA C.; ALVES, F. A. P.; SILVA, E. M. A. DA; LINHARES, F. M. P.; ARAÚJO, C. K. N. DE. Assistência à gestante surda: barreiras de comunicação encontradas pela equipe de saúde. *Saúde em Redes*, v. 5, n. 3, p. 31–42, 2019.

FREIRE, D. B.; GIGANTE, L. P.; BÉRIA, J. U.; DOS SANTOS PALAZZO, L.; FIGUEIREDO, A. C. L.;

- RAYMANN, B. C. W. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 25, n. 4, p. 889–897, 2009.
- GICHANE, M. W.; HEAP, M.; FONTES, M.; LONDON, L. “They must understand we are people”: pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disability and Health Journal*, v. 10, n. 3, p. 434–439, 2017.
- GOMES, L. F.; MACHADO, F. C.; LOPES, M. M.; OLIVEIRA, R. S.; MEDEIROS-HOLANDA, B.; SILVA, L. B.; BARLETTA, J. B.; KANDRATAVICIUS, L. Conhecimento de Libras pelos médicos do Distrito Federal e atendimento ao paciente surdo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 4, p. 551–556, dez. 2017.
- HASKARD ZOLNIEREK, K. B.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, v. 47, n. 8, p. 826–834, ago. 2009.
- HOMMES, R. E.; BORASH, A. I.; HARTWIG, K.; DEGRACIA, D. American Sign Language interpreters perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients. *Journal of Community Health*, v. 43, n. 5, p. 956–961, 2018.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 25 jan. 2021.
- IEZZONI, L. I.; O'DAY, B. L.; KILLEEN, M.; HARKER, H. Communicating about health care: observations from persons who are deaf or hard of hearing. *Annals of Internal Medicine*, v. 140, n. 5, p. 356–362, 2004.
- KUSHALNAGAR, P.; HILL, C.; CARRIZALES, S.; SADLER, G. R. Prostate-specimen antigen (PSA) screening and shared decision making among deaf and hearing male patients. *Journal of Cancer Education*, v. 35, n. 1, p. 28–35, 23 fev. 2020.
- MACKINNEY, T. G.; WALTERS, D.; BIRD, G. L.; NATTINGER, A. B. Improvements in preventive care and communication for deaf patients: results of a novel primary health care program. *Journal of General Internal Medicine*, v. 10, n. 3, p. 133–137, 1995.
- MCEWEN, E.; ANTON-CULVER, H. The medical communication of deaf patients. *Journal of Family Practice*, v. 26, n. 3, p. 289–291, 1988.
- NAPIER, J.; KIDD, M. R. English literacy as a barrier to health care information for deaf people who use Auslan. *Australian Family Physician*, v. 42, n. 12, p. 896–899, 2013.
- O’HEARN, A. Deaf women’s experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. *Family Medicine*, v. 38, n. 10, p. 712–716, 2006.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BANCO MUNDIAL. World report on disability. Genebra, 2011. Disponível em: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Deafness and hearing loss. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-heets/detail/deafness-and-hearing-loss>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. Nova York, 2007. Disponível em: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention-protocol-e.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.
- ORDWAY, A.; GARBACCIO, C.; RICHARDSON, M.; MATRONE, K.; JOHNSON, K. L. Health care access and the Americans with Disabilities Act: a mixed methods study. *Disability and Health Journal*, n. xxxx, p. 100967, jun. 2020.
- REEVES, D.; KOKORUWE, B. Communication and communication support in primary care: a survey of deaf patients. *Audiological Medicine*, v. 3, n. 2, p. 95–107, 2005.
- RODRÍGUEZ-MARTÍN, D.; RODRÍGUEZ-GARCÍA, C.; FALCÓ-PEGUEROLES, A. Ethnographic analysis of communication and the Deaf Community’s rights in the clinical context. *Contemporary Nurse*, v. 54, n. 2, p. 126–138, 2018.
- STEINBERG, A. G.; BARNETT, S.; MEADOR, H. E.; WIGGINS, E. A.; ZAZOVE, P. Health care system accessibility: experiences and perceptions of Deaf people. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, n. 3, p. 260–266, 2006.
- TAMASKAR, P.; MALIA, T.; STERN, C.; GORENFLO, D.; MEADOR, H.; ZAZOVE, P. Preventive attitudes and beliefs of deaf and hard-of-hearing individuals. *Archives of Family Medicine*, v. 9, n. 6, p. 518–525, 2000.
- UBIDO, J.; HUNTINGSON, J.; WARBURTON, D. Inequalities in access to healthcare faced women who are deaf. *Health and Social Care in the Community*, v. 10, n. 4, p. 247–253, 2002.
- VIEIRA, C. M.; CANIATO, D. G.; YONEMOTU, B. P. R. Comunicação e acessibilidade: percepções de pessoas com deficiência auditiva sobre seu atendimento nos serviços de saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 11, n. 2, p. 1–12, 2017.
- WITTE, T. N.; KUZEL, A. J. Elderly deaf patients’ health care experiences. *The Journal of the American Board of*

Family Practice / American Board of Family Practice, v. 13, n. 1, p. 17–22, 2000.

ZAZOVE, P.; NIEMANN, L. C.; GORENFLO, D. W.; CARMACK, C.; MEHR, D.; COYNE, J. C.; ANTONUCCI, T. The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. Archives of Family Medicine, v. 2, n. 7, p. 745–752, 1993.