

CENÁRIOS ATUAIS DOS
ESTUDOS LINGUÍSTICOS DA

LIBRAS

Leandro Andrade Fernandes
Lucas Eduardo Marques-Santos
[orgs.]




Diálogos

Leandro Andrade Fernandes
Lucas Eduardo Marques-Santos
(Orgs.)

Cenários atuais dos estudos linguísticos da Libras

2021 - Editora Diálogos

Copyrights do texto - Autores e Autoras

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei no 9.610, de 19/02/1998. Esta obra pode ser baixada, compartilhada e reproduzida desde que sejam atribuídos os devidos créditos de autoria. É proibida qualquer modificação ou distribuição com fins comerciais. O conteúdo do livro é de total responsabilidade de seus autores e autoras.

Capa: Geison Araujo Silva / Shutterstock

Diagramação: Geison Araujo Silva

Revisão: Editora Diálogos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C395

Cenários atuais dos estudos linguísticos da Libras [livro eletrônico]
/ Organizadores Leandro Andrade Fernandes, Lucas Eduardo Marques-Santos. – Tutóia, MA: Diálogos, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader


Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-89932-22-2

1. Línguas e linguagem. 2. Língua brasileira de sinais. I. Fernandes, Leandro Andrade. II. Santos, Lucas Eduardo-Marques.

CDD 419

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

 <https://doi.org/10.52788/9786589932222>



Editora Diálogos

contato@editoradialogos.com

www.editoradialogos.com

Análise da produção sinalizada de pessoas Surdas com diagnósticos psiquiátricos

Emiliana Faria Rosa
Felipe Venâncio Barbosa

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo analisar as características de sinalização em Língua Brasileira de Sinais (Libras) de surdos com diagnósticos psiquiátricos. A pesquisa e observação foco deste trabalho foram feitas com surdos sinalizantes, usuários da Libras. Por sinalizante compreende-se a pessoa que utiliza a língua de sinais como forma de comunicação e compreensão do mundo em que vive.

É importante lembrar que todo e qualquer indivíduo possui uma língua, oral ou de sinais, e o direito de comunicar-se por ela. Sendo assim, o surdo sinalizante tem o direito de que esta comunicação aconteça pela Libras em qualquer situação. Esse direito nem sempre é garantido às pessoas surdas e, muitas vezes, a sinalização como a primeira língua, usada como meio de comunicação não está disponível nos diversos serviços prestados à sociedade, incluindo os serviços de saúde.

Por muitos anos, pacientes surdos tiveram diagnósticos realizados sem precisão porque a língua de sinais não era conhecida e/ou reconhecida pelos profissionais da área da saúde. Apesar de ainda hoje isso acontecer, há uma pequena e visível compreensão da essencialidade da presença, em alguns serviços de saúde, da língua de sinais, através de intérpretes de língua de sinais (ILS) e de profissionais conscientes do surdo, sua cultura, identidade e língua.

Compreende-se, com isso, que a necessidade de articulação entre saúde e as demandas da comunidade surda ainda é uma área que precisa de crescente pes-

quisa e discussão. Silva e Carmo (2006) sinalizam isso ao dizer que a sociedade não disponibiliza de forma ampla os mecanismos e equipamentos sociais que abarquem as necessidades das pessoas com deficiência. Essa escassez é percebida também na pequena produção e divulgação de pesquisas e/ou nas modificações dos serviços essenciais. Se a Libras é língua natural, por que não é respeitada como tal em espaços clínicos e por profissionais da saúde?

A língua de sinais é uma língua natural e possui um sistema linguístico com estrutura gramatical formada por regras morfológicas, sintáticas, semânticas e pragmáticas próprias. A língua de sinais se apresenta na modalidade visuoespacial, ou seja, a informação linguística é recebida pelos olhos e produzida pelas mãos; assim, tem-se que, de acordo com Quadros e Karnopp (2004), as línguas de sinais são línguas naturais e possuem uma série de características que lhes atribui caráter específico, diferenciando-se de outras possibilidades comunicativas.

Entende-se que a língua de sinais é uma língua como toda e qualquer outra e, portanto, sofre influências e modificações com o que o sinalizante vivencia. Segundo Rosa (2013), é preciso saber que uma língua não se refere somente à comunicação ou transmissão de conhecimentos: para o surdo, a língua de sinais equivale a sua parte fundamental. Equivale à naturalidade, ser e estar em um ambiente em que ele possa se identificar, ser surdo sinalizante, sem precisar requerer seu direito linguístico de usar sua língua natural, a língua de sinais; mas para que esta naturalidade ocorra, é necessário que o ambiente esteja preparado e consciente sobre a Libras.

A língua de sinais é o mais visível e influente traço identitário e cultural na construção do surdo. Mudanças comportamentais observadas no sujeito são baseadas em elementos presentes na língua e na interação, em várias combinações. Estas combinações acontecem principalmente entre sujeito, língua, sociedade e cultura.

O combinar, o viver, é um meio de experiência, de participar de um ambiente e nele interagir. A combinação dita aqui refere-se às possibilidades interativas diversas que acontecem em diferentes locais e seus correspondentes momentos. Sendo assim, observa-se a necessidade de compreensão do que acontece diariamente com os pacientes surdos para que se compreenda suas condições linguísticas e socioculturais.

Para este trabalho, define-se como objetivo geral analisar a sinalização de surdos com diagnósticos psiquiátricos. Pretende-se contribuir para um melhor conhe-



cimento do tema a partir das análises efetuadas neste trabalho, visando compreender como ocorre o desdobramento da sinalização do surdo e como se manifesta a língua de sinais em surdos com diagnósticos psiquiátricos, associando à relação entre língua e sujeito.

Consequentemente, é possível observar, partindo de uma análise geral, que o surdo pode vir a modificar sua sinalização por conta de influências internas e/ou externas. O processo de aquisição de linguagem, tardia ou não, a ocorrência de queixa, diagnósticos, medicamentos psiquiátricos podem vir a ser meio que influencia a sinalização, assim como a evolução ou atraso do quadro clínico e o ambiente em que vive. Analisar a sinalização do surdo pode auxiliar no acompanhamento da sua evolução clínica, observando se o tratamento teve ou não efeito, se houve ou não melhora do paciente.

Analisar a sinalização do surdo leva a compreender como a língua de sinais se manifesta, ou não, e como é processada, produzida, no caso de distúrbios psiquiátricos. Observar como o surdo interage, vivencia e expõe sua língua. Expor sobre a língua de sinais irá contestar velhos valores, rever conceitos linguísticos, destacar possibilidades da língua de sinais, sinalizar as necessidades e possibilidades do surdo. Acredita-se que a importância de analisar a sinalização do surdo com diagnósticos psiquiátricos irá promover uma melhor compreensão de quem é esse paciente, sua língua e sua sinalização.

Surdos, língua de sinais e atendimento

O surdo referido neste trabalho é um sujeito que possui experiências linguísticas e sociais. Para compreender sobre essa interação, é preciso entender que a percepção – visuoespacial -, a comunicação e a língua de sinais, são diferenças. São parte de uma experiência, de um cotidiano diferente de outros indivíduos ouvintes.

As interferências sociais são vistas no cotidiano como produtos existentes ou não, da interação social. São interferências culturais, educacionais, situacionais. São possíveis negociações, nem sempre efetuadas, do contexto vivido pelo surdo. Interferências que podem, em sua maioria, modificar a vida do surdo, sua identidade e desenvolvimento social.



O surdo é um indivíduo que possui várias identidades dependendo do contexto vivenciado e do conhecimento cultural. As marcas identitárias podem seguir uma ou várias trajetórias referentes ao meio em que estão e de suas necessidades momentâneas. A palavra "indivíduo" leva a pensar no lado individual de cada pessoa, individualidade, que gera uma multiplicidade de sinais, de experiências, de possibilidades, do e no que se vive.

A língua de sinais é vista pelos surdos como uma língua flexível, versátil, um espaço múltiplo, aberto, uma língua capaz de exprimir diversas situações. Língua de sinais como *lócus* de referência teria as características de língua de instrução, de interação, um direito dos surdos; língua como referência de mundo e de ampliação de conhecimentos. A língua de sinais também é parte essencial da relação do surdo com a família, o trabalho, cultura, aprendizagem, identidade, educação, profissão, comunicação e sociedade.

O surdo participa de uma comunidade que dispõe de uma cultura e uma língua, que, por vezes, são negadas ou não valorizadas como deveriam pela sociedade. Essa, segundo o tradicional modelo clínico, volta-se mais para o lado patológico em detrimento do lado cultural e identitário do surdo. Cultura surda apreendida e aprendida no convívio, na educação (familiar, escolar ou em outro meio social), nas vivências e convivências com o outro. Essa cultura, além da experiência e da língua devem ser levadas em consideração durante o diagnóstico e tratamento psiquiátrico.

Após especificar sobre o surdo e sua língua de sinais, percebe-se que o sinalizar é muito mais do que o ato de se expressar em uma língua. É uma forma de expressão de toda vivência do surdo. Ao sinalizar, o surdo passa a dispor de possibilidades comunicativas que o auxiliam a expor o que sente, pensa e observa a situação em que vive.

Essa sinalização pode sofrer influências internas e externas. Influências pelo contato com outra pessoa sinalizante, meio socioeducacional, tratamento, entre outros. Como antes dito, neste trabalho, a pesquisa se relaciona com a sinalização do surdo, o que representa, como ela se mantém ou se modifica.

Ampliando a identificação de como ocorre a comunicação entre o paciente surdo e o profissional de saúde, observa-se que “a comunicação é uma importante ferramenta para os profissionais de saúde no diagnóstico e no tratamento, pois faz parte deles instruções verbais de variados procedimentos, cujo resultado pode ser



comprometido pela não compreensão das partes envolvidas” (CHAVEIRO, BARBOSA & PORTO, 2007, p. 580).

Em termos legais, o Decreto 5626/2005, capítulo VII, expõe sobre a garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva.

Art. 25. A partir de um ano da publicação deste Decreto, o Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde, na perspectiva da inclusão plena das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em todas as esferas da vida social, devem garantir, prioritariamente aos alunos matriculados nas redes de ensino da educação básica, a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, efetivando:

[...]

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

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

§ 1o O disposto neste artigo deve ser garantido também para os alunos surdos ou com deficiência auditiva não usuários da Libras.

§ 2o O Poder Público, os órgãos da administração pública estadual, municipal, do Distrito Federal e as empresas privadas que detêm autorização, concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde buscarão implementar as medidas referidas no art. 3o da Lei no 10.436, de 2002, como meio de assegurar, prioritariamente, aos alunos surdos ou com deficiência auditiva matriculados nas redes de ensino da educação básica, a atenção integral à sua saúde, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (BRASIL, 2005).

O Decreto acima citado dispõe sobre a garantia do direito à saúde de pessoas surdas, logo, tem-se a afirmação de que o surdo sinalizante dispõe de sua língua, a língua de sinais, para comunicar-se. Direito linguístico é um direito básico, mas, mesmo assim, ainda é comprometido e não totalmente posto em prática. Segundo Queiroz (2011), o direito de acesso integral à saúde é negligenciado frequentemente no Brasil. Mesmo que esta negligência ocorra por questões econômicas, o acesso integral à saúde é muitas vezes comprometido por questões de barreiras linguísticas.

Sobre esse comprometimento e quebra do direito linguístico, é necessário lembrar que, embora haja o decreto supracitado, nem todos, sejam médicos, terapeutas, residentes ou enfermeiros, possuem conhecimentos, mesmo que básicos,



sobre surdos e língua de sinais, assim como nem sempre haverá intérprete de língua de sinais capacitado disponível para o atendimento ao surdo. É preciso lembrar que “programas especializados de saúde mental para pacientes surdos são raros [...]” (LANDSBERGER & DIAZ, 2010, p. 196, tradução nossa) e, portanto, mais raros ainda são os que possuem atendimento em língua de sinais.

Mas por que essa raridade? Por que há falta, se existem tantos pacientes surdos quanto ouvintes necessitando de atendimento? São perguntas que somente podem ser respondidas com a prática e uma análise do que acontece na realidade dos hospitais.

Isso precisa ser repensado, uma vez que, como cita Barbosa (2016), existe uma grande variedade de síndromes, sendo algumas biológicas, outras percebidas pela observação, algumas permanentes, outras transitórias. Tamanha diversidade leva-nos a ter a certeza da necessidade da identificação e a intervenção precoce. E para uma identificação ou intervenção, é preciso que se ‘escute’ o paciente.

Esta falta acontece quando não há profissionais capacitados, linguística e culturalmente; quando não há adaptação dos testes linguísticos e psiquiátricos para surdos; no momento em que o diagnóstico e/ou tratamento é comprometido pela falta de conhecimento da língua do surdo. A falta de programas de saúde mental para surdos acarreta um acréscimo do número de pacientes surdos não diagnosticados ou com tratamento errado. Isso afeta diretamente o próprio paciente, seu desempenho escolar, linguístico e emocional.

Ainda sobre a relação médico-paciente: “[...] ‘escutar’ e se comunicar são práticas imprescindíveis para a atenção psicológica, portanto compreender a cultura e meios de comunicação de surdos [...] é um fator necessário [...]” (SILVA & CARMO, 2016).

Nem todos têm consciência da essencialidade da língua. Esses “nem todos” são profissionais que não compreendem os surdos enquanto sujeitos linguísticos e culturais, acreditando que saber a língua de sinais e tudo o que ela representa seja supérfluo. Infelizmente, os profissionais de saúde não se disponibilizam a olhar o paciente surdo. Sim, olhar. Muitos destes profissionais mal olham o paciente, deixando “a escuta” a cargo do intérprete ou de um familiar ouvinte ou das poucas coisas expressadas pelo surdo.

Em uma das observações em um instituto de psiquiatria, aconteceu justamente isso. A terapeuta em questão mal olhou o paciente surdo, não retirou os olhos



do papel, somente escutando o intérprete interpretar a queixa do paciente. Ela, a terapeuta, realmente "escutou" a paciente? Não. Houve um real atendimento? Não.

Silva e Carmo (2016) dizem que a presença do intérprete abre a discussão sobre o modelo terapêutico e seu binômio terapeuta-paciente, colocando uma terceira pessoa no momento do atendimento, no caso, o intérprete; o que pode modificar esse processo. Há quem se sinta desconfortável com a presença do intérprete no consultório, seja o paciente ou o terapeuta. Este por questões éticas que podem interferir ou comprometer o atendimento e aquele, por vezes, por perceber que o intérprete não é qualificado, não confiável ou ter pouca fluência; ou mesmo por vergonha.

Imagina-se que a presença do intérprete nos serviços de saúde solucionaria todos os problemas de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, entretanto, verifica-se que nem sempre é assim que ocorre[...]. Os surdos valorizam a presença do intérprete, mas com algumas ressalvas: desconfiança, constrangimento de se expor frente ao intérprete, sentimento de piedade e dificuldade de encontrar intérpretes disponíveis (CHAVEIRO, BARBOSA & PORTO, 2007, p. 581).

Se nem sempre a presença do intérprete resolve, se o médico/terapeuta não compreende o surdo por não saber a língua de sinais, como poderemos ter um melhor atendimento a este paciente? É necessário que se observe as reais necessidades dele e, sempre que possível, que se tenha atendimento diretamente em Libras com profissionais capacitados.

Seria isso possível? Sim. É possível que se tenham profissionais qualificados. Como exemplo, na visita internacional que fiz ao *Springfield University Hospital* (SUH), em Londres, em novembro de 2017, durante o período do Pós-Doutorado. Pude observar a presença de um corpo médico fluente na língua de sinais britânica, além de facilitadores de comunicação surdos¹ e intérpretes presentes o dia todo, tanto nas alas de atendimentos quanto nas reuniões dos médicos, terapeutas e facilitadores de comunicação.

¹ Facilitadores de comunicação aqui apontados são surdos que atendem surdos e famílias que sabem pouco ou quase nada da língua de sinais britânica, facilitando a comunicação destes entre si e com o terapeuta ou médico que atenderá ao surdo. Os próprios profissionais se auto denominam facilitadores de comunicação.



Distúrbios psiquiátricos, surdos e atendimento

Como dito, nem sempre haverá intérpretes ou médicos fluentes em língua de sinais nos locais de atendimento, ou seja, mesmo com uma necessária atenção ao atendimento do paciente surdo, ainda se tem o problema de que existe pouca investigação e o pouco oferecimento do que o surdo precisa em termos de comunicação. Os surdos, muitas vezes, deixam de procurar assistência médica por conta da língua.

O fracasso de um ato comunicativo nunca é responsabilidade exclusiva do paciente, assim como o sucesso da comunicação não é mérito só do terapeuta. As falhas comunicativas produzem reações tanto do paciente quanto do terapeuta e essas reações também devem ser consideradas em seu contexto. Por outro lado, o que determina o sucesso ou fracasso da comunicação no processo terapêutico não é a produção de uma resposta adequada pelo outro elemento da díade, mas sim o estabelecimento de uma situação de interação em que ambos exerçam trocas significativas (FERNANDES, 1996, p. 60).

Fernandes (1996) ainda diz que uma interação efetiva envolve código compartilhado, convenção conversacional. Assim, para realmente acontecer um bom atendimento ao surdo, é necessário que a língua de sinais seja conhecida por quem presta atendimento.

Compreender a necessidade comunicativa do paciente auxilia no entendimento da queixa e nos resultados obtidos no processo terapêutico. Se o médico não compreender o surdo, aquele não irá realmente atender este. “A observação das funções comunicativas, por outro lado, contribui para que o terapeuta tenha uma perspectiva abrangente e objetiva a respeito dos elementos que estarão em jogo no processo terapêutico” (FERNANDES, PASTORELLO & SCHEUER, 1995, p. 25).

Ressalta-se que reconhecer a necessidade comunicativa do surdo não é só de saber sinais básicos da língua de sinais, mas também ter conhecimento da cultura surda e o quanto de fluência for possível. Deve-se, assim, segundo Fernandes, Pastorello e Scheuer (1995), levar em consideração não somente a performance linguística, mas todo o contexto social e afetivo em que se encontra. E ainda:

não deve ser voltada apenas para as manifestações linguísticas da comunicação, mas deve incluir todo o contexto comunicativo, a interferência de elementos externos (ruídos, cheiros, estado emocional e físico da mãe), internos (postura física, mudanças



no ambiente, estado emocional e físico) e, principalmente, a história do paciente e do processo terapêutico. (FERNANDES, PASTORELLO & SCHEUER, 1995, p. 203)

Somente assim o médico poderá concluir um diagnóstico mais eficaz ao tratamento do paciente surdo, ou seja: “as atitudes comunicativas [...] envolvem semelhanças claras e resultam em possibilidades de atitudes terapêuticas também semelhantes” (FERNANDES, PASTORELLO & SCHEUER, 1995, p. 102).

Sobre a compreensão do contexto da vivência do surdo e da língua de sinais, Landsberger e Diaz dizem que a “avaliação e tratamento preciso de pacientes surdos envolve mais do que simplesmente fornecer um intérprete [...]. É fundamental que os médicos compreendam que trabalhar com pacientes surdos transforma o processo típico de entrevista” (LANDSBERGER & DIAZ, 2010, p. 198).

Não basta contratar intérpretes, é preciso que o terapeuta compreenda quem é o surdo e o que ele representa. “Mesmo em centros de tratamento de internação especializado em surdos, encontrar um adequado ambulatório que atenda às necessidades psiquiátricas, intelectuais e linguísticas e culturais de pacientes surdos é um desafio”. (LANDSBERGER & DIAZ, 2010, p. 198)

Atenta-se ao fato de que “no passado, os distúrbios psicóticos eram provavelmente usados como diagnósticos gerais quando os clínicos não conseguiam fazer avaliações precisas como resultado da ignorância do impacto da disfluência da língua e da cultura surda” (LANDSBERGER & DIAZ, 2010, p. 198). Ainda segundo esses autores, há pouca literatura sobre o tema e sobre as características clínicas e diagnósticas de pacientes surdos.

Se falta atendimento específico e o médico, por falta de comunicação, generaliza o diagnóstico, o que acontece com a situação do paciente? Um diagnóstico de forma generalizada ou ainda errada, uma vez que o médico não fala a língua do paciente surdo, pode acontecer. Esse pouco atendimento, por conta da comunicação, prejudica uma solução à queixa desse paciente, fazendo-o se sentir incompreendido e ainda mal atendido.

Sobre quadros clínicos e a necessidade de compreensão linguística, Landsberger e Diaz (2010, p. 199) dizem que, por anos, os pacientes surdos foram incorretamente diagnosticados como psicóticos:



No entanto, quando os pacientes internados são avaliados por clínicos culturalmente competentes que são menos propensos a patologizar as diferenças culturais e são capazes de distinguir com precisão os desvios na comunicação [...] o número de diagnósticos psicóticos diminui significativamente.

Para que erros de diagnóstico não aconteçam é preciso que ocorra a distinção cultural que Landsberger e Diaz sugerem. Barbosa (2016) também afirma que é preciso que aconteça uma mudança no atendimento aos surdos, passando do modelo médico para o modelo social, levando à quebra do paradigma clínico, de modo a enfatizar a Libras e incentivar a aquisição da fluência necessária para o diagnóstico e atendimento adequado às pessoas surdas.

Pragmática, língua de sinais e interação

A pragmática pode ser considerada como uma série de fenômenos linguísticos que envolvem os atos de fala, pressuposições e inferências, ou ainda, uma série de regras sobre o uso da linguagem em um contexto. Barbosa (2016) coloca a pragmática enquanto área de processamento linguístico que engloba os níveis de processamento citados e o uso social. Fernandes (1996) explica que a abordagem pragmática permite formas alternativas e complementares de comunicação, motivação para a comunicação, diferentes papéis comunicativos e uma série de outros aspectos que enriquecem a prática.

Dessa forma, a língua de sinais favorece, para surdos sinalizantes, uma efetividade na comunicação. Como dito anteriormente, o surdo, durante o atendimento, ao ter a possibilidade de sinalizar, seja com um terapeuta que saiba Libras ou pela presença de intérprete, sentir-se-á mais motivado a expor sua queixa e livre para se expressar. O uso da língua de sinais representa a possibilidade de atender o surdo em sua língua e, com isso, perceber desenvolvimentos, possibilidades e dificuldades referentes a sua queixa.

Analisando as possibilidades e dificuldades ditas acima, “Bates (1976) afirma que a pragmática ocupa o limite entre o desenvolvimento linguístico, cognitivo e social, pois estuda os índices linguísticos e estes só podem ser interpretados quando usados. [...] O significado da palavra é construído através de seu uso” (FERNANDES, 1996, p. 50).



Priorizando a língua de sinais, o significado do sinal é construído através do uso e do contexto usado. Lembrando que o sinal sozinho não possui um significado completo e precisa do uso da expressão facial para uma melhor compreensão. Além disso, “expressões faciais podem ser parte de ‘morfemas sensório-motores’, representam um sistema de categorias pragmáticas e o significado depende do conceito e contexto utilizado” (FERNANDES, 1996, p. 52). Isso pode ser compreendido com a afirmação de Rosa e Pontin (2012), sobre a expressão facial e corporal, quando dizem que todas as pessoas têm expressões, exceto aquelas por motivo de doença, paralisia e outros tipos de impedimentos, e, ainda, que na comunicação humana, em algumas situações, usa-se outros recursos para se fazer entender como um olhar diferenciado, levantar as sobrancelhas, fazer algum movimento na mão, braços e outros. Não só isso, a expressão facial e corporal também evidencia os sentimentos. Observa-se que na língua de sinais a expressão facial e corporal têm papel fundamental para efetivar a comunicação de forma clara e precisa.

Portanto, “mesmo que não se conheça a língua de sinais, é fundamental interpretar seus aspectos suprasegmentais que incluem gestos, expressões faciais e corporais” (CHAVEIRO, BARBOSA & PORTO, 2007, p. 582). O profissional que reconhece a importância das expressões terá uma melhor interação com o paciente e compreensão do que ele sente ou deseja transmitir. Isso leva a entender que o atendimento ao paciente surdo vai além do “escutar” o que ele diz, abrangendo “olhar” ao que ele expressa.

A interação é ativada pela língua e suas variações culturais. Podemos dizer que há diversas variações linguísticas e culturais na língua de sinais, cada surdo que é atendido pode ter quaisquer um desses níveis. É preciso reconhecer que a linguagem é uma troca de significados e conhecimentos a fim de que ocorra uma compreensão e, portanto, uma interação viável, ou seja, “linguagem como produto do processo de socialização, compreender o outro através de discursos, textos, trocas de significados” (FERNANDES, 1996, p. 48).

Segundo Fernandes (1996), as teorias de desenvolvimento de linguagem privilegiavam o treino como forma de aquisição. Treinar palavras, estruturas e frases complexas era a única forma para um “bom” desenvolvimento da linguagem. Porém, observa-se que utilizar padrões e estruturas complexas não garante efetividade funcional da comunicação.



E como isso acontece para com o surdo? Sabemos que a primeira língua do surdo sinalizante é a Libras. Portanto, treinar palavras com base na oralidade é inválido. Podemos, sim, dizer que quanto antes o surdo tiver acesso à língua de sinais, melhor será sua fluência e compreensão linguística. Numa produção linguística do surdo, esse tipo de terapia deve ser feito em sinais. Palavras, frases, expressões devem respeitar a ordem natural, a língua natural, a língua de sinais.

Metodologia

Esta pesquisa utilizou a abordagem qualitativa e quantitativa, as quais se vinculam aos objetivos que se têm e a maneira de formular o problema ao alcance dos resultados pretendidos. A metodologia desta pesquisa se desdobrará na análise das fichas de triagem de pacientes surdos com caso de diagnósticos psiquiátricos, focando o uso da língua de sinais e suas habilidades.

Para análise, foram utilizadas as fichas de triagem de avaliação de atendimentos de um serviço clínico de saúde mental da cidade de São Paulo. Essas fichas contêm análises sobre produção linguística e habilidades dos pacientes avaliados em se tratando da língua de sinais.

O serviço de saúde referido desenvolve um trabalho ambulatorial que atende pessoas surdas com um fluxo de aproximadamente 30 pacientes surdos, adultos e com diagnósticos de doenças psiquiátricas. Esses sujeitos estão em atendimento ambulatorial semanal com médicos psiquiatras e psicólogos do serviço em questão. Há, uma vez por semana, intérpretes nos atendimentos. Os sujeitos serão aqui denominados com A, B, C, D, E e F.

Análise dos dados obtidos

Os pacientes surdos submetidos aos testes e avaliados nas fichas de triagem possuem o diagnóstico de desordem psiquiátrica. As fichas de triagem serão analisadas com base em Barbosa (2017) e Levelt *apud* Barbosa (s/d). Abaixo constam dois quadros. O primeiro se refere às análises contidas nas fichas das triagens dos pacientes. O segundo apresenta a análise do processamento de linguagem de acordo com a classificação de Levelt.



Por ter características linguísticas semelhantes a qualquer língua, sinalizantes podem apresentar distúrbios assim como qualquer falante. Estes sinalizantes podem surgir em qualquer espaço, independente da faixa etária.

O distúrbio de linguagem, segundo Barbosa (2017), manifesta-se no processamento da língua de sinais. Essa disfunção linguística não possui ligação com a surdez. Não é pela perda auditiva que acontece a atipia do processamento linguístico, mas sim por causa de fatores existentes nesse processamento da língua de sinais e resultam em uma língua de sinais atípica.

Quadro 1 - dados das fichas de triagem dos pacientes.

	Passa no nível	Falha no nível	Produção de história em sequência	Transmissão de mensagem
A	Pragmático Discursivo Sintático Fonético-Fonológico	Nenhum	Narrativa sob estímulo visual produzida sem alterações.	Sem alterações. Sinalização pouco precisa, mas não compromete a compreensão por parte do interlocutor.
B	Pragmático Discursivo Sintático	Fonético-Fonológico	Na narrativa sob estímulo visual, o paciente apresentou produção compreensível, respeitando a ordem cronológica dos eventos e usando estruturas adequadas da língua de sinais. A desordem motora dificultou a produção adequada de movimentos e das expressões faciais.	Desordem fonético-fonológica devido ao quadro motor.
C	Fonético-Fonológico	Pragmático Discursivo Sintático	Na produção de narrativa sob estímulo visual, o paciente, embora tenha organizado a narrativa de forma compreensível e respeitando a ordem cronológica dos eventos, inclusive com os de marcadores de tempo da Libras, não apresentou estruturas sintáticas de forma adequada, com a produção de sentenças incompletas, pouco uso de verbos espaciais e uso inadequado da espacialização da língua.	Com relação à qualidade da transmissão da mensagem, foi observada tensão exagerada e execução rápida e curta de movimentos. C. apresenta perseveração temática e repetição de sinais que ela mesma realiza. Embora não tenha apresentado problemas de ordem fonético-fonológica nos resultados da triagem, a execução prosódica da sua sinalização estava inadequada no momento da observação.



D	Pragmático Discursivo Sintático Fonético-Fonológico	Nenhum	Paciente produziu narrativa sob estímulo visual. Sem alterações.	Produção e compreensão da língua de sinais sem alterações.
E	Sintático Fonético-Fonológico	Pragmático Discursivo	A sequência temporal dos eventos foi apresentada de forma adequada, com detalhamento de itens presentes nas figuras, entretanto o paciente não apresentou marcações linguísticas de organização discursiva relativas a tempo. A gramática espacial, típica da Libras, também não foi executada de forma adequada, com sobreposições de personagens e sem a presença de fixação de referência. Uso excessivo de gestos. Com relação às características suprasegmentais da sinalização, apresentou produção rápida de sinais, com gestos articulatorios curtos e tensão.	Paciente apresenta uso da língua atípico, com produção discursiva confusa e perseveração de tópico. Compreensão da língua preservada. Sinalização aparentemente com tensão aumentada, com realização de movimentos curtos e rápidos. Esses achados fonético-fonológicos não comprometem a mensagem que o paciente expressa, entretanto não são comuns na produção típica da língua de sinais.
F	Sintático Fonético-Fonológico	Pragmático Discursivo	Na produção de narrativa sob estímulo visual, o paciente, embora tenha organizado a narrativa de forma compreensível e respeitando a ordem cronológica dos eventos que recuperou, não retomou todos os personagens e eventos. Não apresentou estruturas sintáticas completas esperadas para uma pessoa surda de sua faixa etária.	Não apresentou estrutura narrativa adequada em suas estruturas sintáticas, entretanto é eficaz em sua comunicação. Os achados pragmáticos referentes ao respeito ao turno comunicativo podem não indicar desordem de linguagem.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nas fichas de triagem.

É possível observar que os seis pacientes surdos possuem diferentes habilidades na produção linguística e que os níveis de produção se diferenciam. Os pacientes A e D passam em todos os níveis, do pragmático ao fonético-fonológico. Enquanto os outros pacientes apresentam falhas em um ou mais desses níveis.

As narrativas produzidas tiveram estímulo visual, ou seja, para cada paciente havia (em geral uma figura com muitos detalhes ou uma história em quadrinhos) algo que o estimulasse visualmente e que o permitisse contar sinalizando o que viu.



Essa sinalização aberta leva a uma naturalidade de expressar-se. O paciente surdo pode assim vir a usar seus níveis linguísticos. Não há regras: ele somente precisa contar o que vê e o terapeuta analisa a produção linguística.

Na análise de vídeos disponibilizados pelo serviço, é possível perceber que, por mais que haja um padrão no estímulo visual, em sua maioria, os surdos irão contar a história com sua experiência e seu vocabulário, o que leva a perceber que nenhum conhecimento é idêntico a outro. Assim, mesmo que um ou outro paciente surdo tenha habilidade em níveis iguais, ele irá descrever a prancha de estimulação visual de forma diferente.

É observado que o paciente B possui desordem motora, o que dificulta a sinalização e, portanto, tem o nível articulador comprometido, de acordo com Levelt, .

Fazendo outra análise, Levelt (1984) *apud* Barbosa (s/d) propõe três termos para o processamento da linguagem: conceituador, formulador e articulador. De forma enfática, o conceituador refere-se ao conhecimento e à consciência da situação em que se encontra, à compreensão da mensagem recebida. O formulador corresponde à organização e formulação da sentença, uma transformação do pensamento em sinais. O articulador se refere à forma como se diz, e à sinalização da sentença. Barbosa (s/d) ainda apresenta a organização proposta por Levelt (1984) nos três níveis, de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 2- caracterização dos termos de processamento de linguagem de acordo com Levelt

Módulos de processamento de fala e suas relações com as fases do acesso lexical (Levelt, 1984)

Processador	Input	output	Relação com o acesso lexical
1. Conceitualizador	Intenção comunicativa	Mensagem pré verbal	Criação das condições conceituais do item lexical
2. Codificador gramatical	Mensagem pré verbal	Estrutura de superfície	Recuperação do lema: marcação das propriedades sintáticas disponíveis para o item lexical, fornecendo condições sintáticas e conceituais apropriadas
3. Codificador da forma do som	Estrutura de superfície	Plano fonético ou articulatório para a expressão	Recuperação do lexema: especificações da forma do som do item lexical armazenadas e sua integração fonológica com o plano articulatório
4. Articulador	Plano fonético	Fala expressa	Execução do programa articulatório do item dependente do contexto

Fonte: Barbosa (s/d)



Analisando as fichas de triagem com base nos níveis de processamento de linguagem de Levelt (1984), temos o quadro abaixo:

Quadro 3 - análise das fichas de triagem de acordo com Levelt

	A	B	C	D	E	F
Conceituador	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Formulador	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não
Articulador	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não

Fonte: Elaborada pelos autores com base em Levelt (1984).

Os pacientes A e D possuem compreensão da mensagem recebida, formulam respostas de acordo com a situação e a sinalizam adequadamente. O paciente B não possui boa articulação, mas compreende e responde de forma eficaz. O paciente C não se sai bem em nenhum nível de processamento. O paciente E, apesar de compreender a situação, não possui boa formulação nem articulação de resposta. O paciente F não compreende a situação, não narra respostas adequadas, embora se articule de forma aceitável, mas não articula de forma compreensível.

Analisa-se, assim, que mesmo que o indivíduo compreenda o que vê, a sinalização que vê, ele pode não conseguir processar a informação e nem a articular. Pode acontecer, da mesma forma, que ele possa articular falas soltas, sem compreender o que viu e, ainda, sem formular respostas coesas.

Para compreender, entender e analisar casos de distúrbio de linguagem é essencial que o terapeuta conheça a língua de sinais. Caso o terapeuta não tenha a fluência necessária ele não conseguirá perceber elementos que podem passar despercebidos por olhos mais atentos, que conheçam mais a língua de sinais e suas nuances. Analisar esses distúrbios pode auxiliar o surdo no processamento da aquisição e desenvolvimento da linguagem, favorecer tratamento terapêutico em casos de distúrbios psiquiátricos e auxiliar em seu desenvolvimento psico-sócio-educacional e linguístico.



Conclusão

Finalizo este capítulo com a compreensão de que o tema que me predisps a estudar e pesquisar é tão amplo que me motiva a continuar pesquisando e ampliando conhecimentos sobre ele. Observações feitas, compreensões e experiências que me fizeram pensar em caminhos necessários e essenciais para o surdo neste ambiente terapêutico, seja uma simples consulta, um teste linguístico ou uma intervenção terapêutica mais profunda.

É possível que exista atendimento, testes linguísticos e intervenções de qualidade para com o surdo, respeitando sua língua, sua cultura e suas habilidades comunicativas. Essa possibilidade vem de um atendimento em língua de sinais (com o próprio terapeuta atendendo) ou com a presença de intérpretes fluentes e capacitados para interpretar em ambiente de saúde.

Neste capítulo, a conclusão que se pode ter é a de que ainda há muito o que se compreender e colocar em prática sobre o atendimento ao surdo com distúrbio psiquiátrico. Como diz Fernandes (1996), é preciso considerar todos os elementos que envolvem o paciente no momento da intervenção terapêutica. Não adianta só saber que o paciente é surdo, é preciso que se saiba como compreendê-lo. A autora ainda completa que a linguagem é desenvolvida em termos orgânicos, emocionais, cognitivos e sociais, só sendo significativa no contexto em que se manifesta.

Compreende-se que não basta analisar a língua, mas sim toda a estrutura dela e com o que e com quem o surdo interage. Assim como não basta analisar somente a queixa do paciente, é preciso observar o que o paciente traz. Uma análise eficaz da queixa até do tratamento precisa ser feita com a língua de sinais em primeiro nível.

Necessidade de um conhecimento prévio, mesmo que pequeno, sobre surdos e a Libras. Não para a comunicação em si, mas para uma maior compreensão, melhor atendimento do paciente surdo. Um conhecimento negativo pode levar a um diagnóstico errado ou faltante, já que o terapeuta pode confundir sintomas/queixas/posicionamentos do paciente. Um conhecimento prévio pode auxiliar o terapeuta a entender que a 'dificuldade de aprendizado' que surge em alguns pacientes não se refere ao paciente em si. É necessário saber como acontece o cotidiano escolar, se há intérprete, se há professor capacitado, suas relações na escola, etc. Só assim pode ter um diagnóstico preciso.



Neste trabalho, propor analisar a produção sinalizada do paciente surdo levou-me a perceber as diferenças de sinalização do surdo e suas habilidades comunicativas em diversos níveis. Nas análises aqui descritas, tivemos a compreensão de que há várias possibilidades de verificação sobre a sinalização do surdo.

Os distúrbios psiquiátricos e os distúrbios de linguagem ainda devem ser pesquisados em função da língua de sinais, valorizando esta como meio de expressão do surdo. Por vezes, é possível que o surdo não manifeste alguma destas habilidades, o que leva o terapeuta a diagnosticar este paciente de acordo com sua produção linguística.

Compreendendo que as habilidades comunicativas do paciente surdo dependem de fatores internos e externos; dependem de compreender o que interlocutor sinaliza, estruturar respostas, argumentá-las de forma clara e manter-se interagindo com este interlocutor.

Finaliza-se aqui afirmando que mesmo que o paciente surdo possua algum distúrbio, psiquiátrico ou linguístico, ou ambos, é necessário de que se respeite a língua de sinais. visto que é um indivíduo possuidor de características culturais, linguísticas e individuais; o que interfere em sua compreensão, sinalização e articulação do pensamento e expressão. Atendendo-o, avaliando-o ou ainda tratando o surdo em sua língua. Facilitando assim uma interação e intervenção eficaz.

Referências

BARBOSA, Felipe Venâncio. *A Clínica Fonoaudiológica Bilíngue e a Escola de Surdos na Identificação da Língua de Sinais Atípica* Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362016000300731. Acesso em: 6 abr. 2017.

BARBOSA, Felipe V. *Língua, linguagem, linguística. O cérebro, a audição e o processamento da linguagem.* Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3014066/mod_resource/content/1/lingua_linguagem-linguistica_1.pdf. Acesso: 5 maio 2017.

BARBOSA, Felipe V. et al. *Língua de sinais e Cognição (LISCo): Estudos em avaliação fonoaudiológica baseada na língua brasileira de sinais.* Barueri, SP: Pró-Fono, 2017.

BRASIL. *Decreto nº 5626*, 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. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: maio de 2017.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria & PORTO, Celmo. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais de saúde. In: *Revista Esc. Enfermagem USP*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a22.pdf>. Acesso em: maio de 2017.

FERNANDES, Fernanda D., PASTORELLO, Lucila M. & SCHEUER, Claudia. *Fonoaudiologia em distúrbios psiquiátricos da infância*. São Paulo: Editora Lovise, 1995.

FERNANDES, Fernanda D. *Autismo infantil: repensando o enfoque fonológico. Aspectos funcionais da comunicação*. São Paulo: Editora Lovise, 1996.

LANDSBERGER, Sarah & DIAZ, David. Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. In: *Psychiatric Services*. Volume 61. Nº 2. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2010.61.2.196>. Acesso: maio de 2017.

QUADROS, Ronice & KARNOPP, Lodenir B. *Língua de sinais brasileira. Estudos linguísticos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, Mylene. *A interpretação médica no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

ROSA, Emiliania Faria. *A identidade do Surdo, pesquisado na Pós-Graduação em Linguística*. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

ROSA, Emiliania F. & PONTIN, Bianca R. A interação na sala de aula de língua de sinais: a questão da expressão facio-corporal. In: *III Fórum de Estudos Interacionistas e II Seminário de Formação*. Santa Maria, 2012.

SILVA, Álon & CARMO Maria B.. *Desafios na atenção psicológica a surdos utilizadores da Isb em Salvador – BA*. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1070>. Acesso em: 6 abr. 2017.

