

Principais barreiras comunicacionais enfrentadas pela mulher surda durante o trabalho de parto

Main communication barriers faced by deaf women during labor

Principales barreras de comunicación que enfrentan las mujeres sordas durante el trabajo de parto

Gabriela Cláudio dos Santos¹; Amuzza Aylla Pereira dos Santos¹; Ivanise Gomes de Souza Bittencourt¹; Maria Elisângela Torres de Lima Sanches¹; Alisson Rodrigo Silva de Lima¹; Gessica Vanessa de Oliveira Machado¹

¹Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar as principais barreiras de comunicação detectadas pela mulher surda durante a assistência ao parto. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, descritivo, realizado com oito mulheres surdas em dois serviços especializados no atendimento de pessoas com necessidades especiais, localizados em um município alagoano. Realizou-se entrevistas semiestruturadas, entre junho e setembro de 2024, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** as mulheres surdas relataram dificuldades em estabelecer uma comunicação assertiva com os profissionais de saúde durante o parto devido a falta de conhecimento deles sobre a Língua Brasileira de Sinais, a ausência do intérprete no contexto hospitalar, o acompanhante como interlocutor na comunicação e o uso da máscara. **Conclusão:** as barreiras comunicacionais impediram a comunicação efetiva entre profissional-parturiente surda, que demonstrou afetar a capacidade de compreensão e autonomia dessas mulheres sobre o seu papel dentro do processo de parturição.

Descritores: Saúde da Mulher; Trabalho de Parto; Cuidados de Enfermagem; Barreiras de Comunicação; Surdez.

ABSTRACT

Objective: to identify the main communication barriers detected by deaf women during childbirth care. **Method:** a qualitative, exploratory and descriptive study was conducted with eight deaf women in two services specialized in the care of people with special needs, located in a city from Alagoas. After due approval by the Research Ethics Committee, semi-structured interviews were conducted between June and September 2024. The data were analyzed through content analysis. **Results:** the deaf women reported difficulties establishing assertive communication with health professionals during childbirth due to them not knowing the Brazilian Sign Language, to absence of an interpreter in the hospital context, to the need for their companion to act as interlocutor in communication, and to mask use. **Conclusion:** communication barriers prevented effective communication between professionals and deaf parturients, which has been shown to affect these women's ability to understand and have autonomy over their role within the birth process.

Descriptors: Women's Health; Labor, Obstetric; Nursing Care; Communication Barriers; Deafness.

RESUMEN

Objetivo: identificar las principales barreras de comunicación detectadas por las mujeres sordas durante la atención del parto. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo, realizado con ocho mujeres sordas en dos servicios especializados en atención a personas con necesidades especiales, ubicados en un municipio de Alagoas. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron entre junio y septiembre de 2024, previa aprobación del Comité de Ética en Investigación. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido. **Resultados:** las mujeres sordas relataron dificultades para establecer una comunicación asertiva con los profesionales de la salud durante el parto debido al desconocimiento de la Lengua de Señas Brasileña, la ausencia de intérprete en el contexto hospitalario, el acompañante como interlocutor en la comunicación y el uso de mascarilla. **Conclusión:** las barreras de comunicación impidieron una comunicación efectiva entre el profesional y la mujer sorda en trabajo de parto, lo que demostró un impacto en la capacidad de estas mujeres para comprender y ser autónomas sobre su papel en el proceso de parto.

Descriptor: Salud de la Mujer; Trabajo de Parto; Atención de Enfermería; Barreras de Comunicación; Sordera.

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma ferramenta fundamental para a construção das relações humanas¹, portanto, primordial para o estabelecimento da relação profissional-paciente. Com isso, presume-se que, na perspectiva da saúde, a comunicação seja ainda mais importante porque ela é um dos principais instrumentos do profissional da saúde para a garantia de um cuidado direcionado às necessidades do paciente¹

No parto, por exemplo, que é um acontecimento único na vida de toda mulher, cercado de grande vulnerabilidade, a comunicação entre os profissionais de saúde e a paciente é de fundamental importância para que os seus desejos e

direitos sejam ouvidos e garantidos¹. No entanto, as gestantes surdas vivenciam um déficit nessa comunicação, gerando apreensões que, por vezes, interferem no sucesso da gestação, o que mostra uma fragilidade na assistência dessas mulheres².

Ressalta-se que a surdez se caracteriza pela perda menor ou maior da capacidade normal de percepção dos sons. Ela se divide em quatro graus distintos: leve, moderado, severo e profundo, que são descritos de acordo com a quantidade de decibéis que são imperceptíveis ao indivíduo³. Segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, existem mais de 9,7 milhões de indivíduos com surdez, o que confirma a necessidade de aguçar o olhar frente ao processo comunicacional da sociedade com essa população⁴.

O acesso à saúde das mulheres surdas durante o seu ciclo gravídico-puerperal, bem como a todas as pessoas surdas, é assegurado desde a aprovação da Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que propõe a implantação da Língua Brasileira de Sinais nas instituições públicas de saúde de forma a garantir o atendimento e o tratamento adequado a essa população².

Para além disso, a Constituição Federal de 1988 no artigo 196, bem como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil supracitados pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a saúde é direito de todos e o acesso a ela deverá ser universal e igualitário, respeitando as especificidades de cada indivíduo e garantindo, às pessoas assistidas, o direito à informação sobre sua saúde^{5,6}. No entanto, mesmo diante dessas conquistas, a comunidade surda ainda sofre muito com as barreiras comunicais, a falta de preparo dos profissionais e com os preconceitos da sociedade como um todo³.

Assim, considerando as dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e a parturiente surda, a vulnerabilidade em que as mulheres estão expostas durante o período intraparto, bem como a escassez de evidências científicas que discutam sobre o processo comunicacional entre a equipe de saúde e as mulheres surdas como fator determinante para o parto, a pesquisa tem como questão norteadora: quais são as barreiras encontradas pela mulher surda em trabalho de parto durante a comunicação com a equipe de enfermagem? no intuito de identificar as barreiras de comunicação entre profissional-paciente e os seus impactos na vivência do parto para essas mulheres.

REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo fundamentou-se no referencial teórico da integralidade do cuidado. A integralidade surge mediante a construção de uma relação positiva entre os usuários, os profissionais e as instituições, a sua prática, quando eficaz, emerge do embate de muitas vozes sociais, que buscam compreender e discutir sobre as necessidades de saúde que são identificadas através da oferta do cuidado⁷.

Nesse sentido, a integralidade atua como um dispositivo político, capaz de criticar os saberes e os poderes responsáveis pelo cuidado mediante a análise dos arranjos sociais e das instituições de saúde. Logo, ao utilizar a teoria, pretende-se compreender as demandas de saúde da mulher surda, analisando as práticas que estão sendo exercidas nas instituições de saúde, bem como os seus efeitos e repercussões na vida dessa comunidade⁷.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória, de caráter descritivo, fundamentado nos pressupostos da integralidade do cuidado^{7,8}, observando os critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa (COREQ).

A pesquisa foi realizada em dois serviços públicos especializados no atendimento de pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, localizados em uma capital do nordeste brasileiro. As participantes do estudo foram mulheres surdas que vivenciaram o parto em uma instituição hospitalar e que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Foram contactadas nove mulheres mães surdas contempladas com os serviços das unidades especializadas supracitadas, no entanto, desse total, uma não pode participar do estudo por questões de saúde. Restando oito mulheres na amostra total.

Como critérios de inclusão, considerou-se: ser mulher surda; ter vivenciado o parto em uma instituição hospitalar; e ter mais de 18 anos. Foram excluídas mulheres surdas que não eram alfabetizadas nas duas línguas do estudo (Língua Portuguesa e Língua Brasileira de Sinais) e/ou que apresentavam algum déficit cognitivo-comportamental já diagnosticado que as impossibilitasse de responder ao formulário da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um formulário semiestruturado realizado por uma das pesquisadoras, no período de junho a setembro de 2024, por meio da técnica de entrevista.

Para testar o instrumento de coleta, foram realizadas duas entrevistas que serviram como teste piloto para ajustar o formulário, caso fosse necessário. Após as entrevistas e transcrição dos dados, observou-se que alguns ajustes precisavam ser feitos para resposta do objetivo proposto.

As entrevistas foram realizadas tanto de forma presencial quanto online - via ligação de vídeo pela plataforma *whatsapp*, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O roteiro foi dividido em duas partes: a primeira parte voltada a dados sociodemográficos, econômicos e educacionais, e a segunda parte com perguntas relacionadas aos dados clínicos obstétricos.

A captação das mulheres foi realizada por conveniência, sendo abordadas de forma presencial nos locais das pesquisas e convidadas a um local reservado para responder a entrevista. Ademais, foi realizado contato telefônico com as mulheres que não estavam no serviço presencialmente, mas que eram contempladas por ele, convidando-as a participar de forma oportuna.

As entrevistas foram traduzidas instantaneamente por intermédio dos intérpretes de Libras e audiogravadas com a utilização do aparelho celular, sendo transcritas posteriormente. Os dados coletados foram analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin⁹, para tal, são estabelecidas três fases: pré-análise, onde o material coletado é analisado por meio de uma leitura flutuante a fim de se construir o corpus da pesquisa; exploração do material, com recortes dos textos em unidades de categorização e codificação para que sejam registrados; e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, que ocorre por meio da organização dos resultados¹⁰.

Em relação a pré-análise, os arquivos de mídia contendo as entrevistas foram transcritos na íntegra utilizando o programa Microsoft Excel 2017®, sendo ordenados de acordo com as participantes e as respostas correspondentes a cada pergunta do roteiro. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante do material com posterior construção do corpus textual utilizando o Microsoft Word 2017®.

A exploração do material se deu por meio da leitura exaustiva das entrevistas e do corpus textual, além da análise e associação dos segmentos de textos do corpus textual mediante o uso do *software* Iramuteq¹¹. Após identificação de ideias comuns entre as falas das participantes, determinou-se uma categoria: barreiras comunicacionais e estratégias de enfrentamento.

Quanto aos aspectos éticos, os dados foram coletados mediante a autorização da gestão dos locais da pesquisa, bem como mediante a autorização e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Pública do Estado de Alagoas, na data de 29 de maio de 2024. Além disso, também foi necessário que as mulheres surdas aceitassem participar da pesquisa de forma voluntária, e assim, assinassem o TCLE em duas vias idênticas, este continha os devidos esclarecimentos que garantiam às participantes o direito de desistirem de participar da pesquisa sem que isto lhe trouxessem algum prejuízo ou penalidade. O TCLE foi traduzido pelos intérpretes de Libras para que pudesse ser anulado quaisquer dúvidas no entendimento das informações.

Para garantir o sigilo e anonimato, as participantes foram codificadas pela letra P, todas seguidas por um algoritmo, de acordo com a ordem das entrevistas (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8).

RESULTADOS

Foram entrevistadas oito mulheres surdas com faixa etária entre 30 a 44 anos, sendo apenas uma participante considerada surda oralizada. O termo surdo oralizado faz referência aos surdos que utilizam a língua oral como forma de comunicação¹². O surdo oralizado possui habilidade tanto na fala quanto na leitura labial, geralmente, a língua-pátria é a sua língua materna. No que se refere à raça/cor, seis se autodeclararam pardas e duas se autodeclararam brancas. Em relação ao nível educacional, a maioria afirmou não ter concluído o ensino fundamental.

No que se refere à ocupação, cinco referiram estarem desempregadas, duas exerciam a profissão de Professora de Libras e uma atuava como jovem aprendiz. Em relação à renda familiar, três mulheres referiram receber até 1 salário-mínimo; uma, de 1 a 2 salários mínimos; uma, de 2 a 5 salários mínimos; e três, não souberam responder.

No que diz respeito a Língua Brasileira de Sinais, todas as mulheres surdas apresentaram fluência e a utilizavam como primeira língua (Figura 1).

Participante	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Língua principal	Local de alfabetização em Libras
1	33	Solteira	Fundamental Incompleto	Libras	Instituição de ensino
2	44	Casada	Fundamental Incompleto	Libras	Não sabe responder
3	38	Casada	Fundamental Incompleto	Libras	Instituição de ensino
4	36	Divorciada	Superior Completo	Libras	Instituição de ensino
5	36	Solteira	Superior Incompleto	Libras	Ambiente familiar
6	30	União estável	Médio Completo	Libras	Em contato com a comunidade surda
7	39	Solteira	Fundamental Incompleto	Libras	Em contato com a comunidade surda
8	37	Casada	Médio Incompleto	Libras	Instituição de ensino

Figura 1: Caracterização das participantes com relação aos dados socioeconômicos, Maceió, AL, Brasil 2024.

A maioria das mulheres surdas negou apresentar doenças crônicas. Dentre as que citaram possuir, afirmaram hipertensão (n=2), seguido de diabetes mellitus (n=1). A maior parte das mulheres surdas também negaram ter tido complicações durante a gravidez, dentre as que citaram, afirmaram hipertensão crônica complicada na gravidez (n=1) e diabetes crônica complicada na gravidez (n=1).

Em relação ao pré-natal, todas as mulheres surdas do estudo referiram ter realizado acompanhamento, dentre estas, duas citaram realizá-lo em uma unidade de alto risco. Contudo, todas as mulheres surdas citaram que a comunicação durante o pré-natal não era efetiva pela falta de fluência do profissional em Libras. A caracterização relacionada ao trabalho de parto é apresentada na Figura 2.

Participantes	Tipo de parto	Ano do parto	Fluência do acompanhante em Libras	Fluência dos profissionais da sala de parto em Libras	Presença do intérprete de Libras na sala de parto
1	Cesariana	2013	Fluente	Não fluentes	Não
2	Cesariana	2001	Não fluente	Não fluentes	Não
3	Vaginal	2010	Não fluente	Não fluentes	Não
4	Cesariana	2021	Pouco fluente	Um profissional médico pouco fluente	Não
5	Vaginal	2019	Pouco fluente	Não fluentes	Não
6	Cesariana	2003	Fluente	Não fluentes	Não
7	Vaginal	2012	Pouco fluente	Não fluentes	Não
8	Cesariana	2014	Pouco fluente	Não fluentes	Não
	Cesariana	2018			
		2021			

Figura 2: Caracterização das participantes quanto aos dados de parto e fluência em Libras, Maceió, AL, Brasil, 2024.

Quanto ao parto, a cesariana foi identificada como sendo a via mais prevalente entre as mulheres surdas participantes do estudo. Vale ressaltar que os partos ocorreram em tempos cronológicos distintos, variando entre 2001 a 2021. Quanto ao local do parto, todas referiram ter vivenciado em um hospital público.

Em relação às condições do parto, todas as mulheres surdas referiram ter como acompanhante uma pessoa ouvinte, dentre estas, a maioria apresentava pouca ou nenhuma fluência em Libras. No que se refere aos profissionais da sala de parto, a maioria das mulheres referiu que não havia profissionais fluentes em Libras durante a assistência prestada. No mais, todas as mulheres referiram não terem tido a presença do profissional intérprete na sala de parto.

Para compreender a percepção das mulheres surdas frente o processo comunicacional entre profissional-paciente e os impactos da falta de comunicação durante o ciclo gravídico, em especial no período intraparto, os dados foram apresentados em uma categoria: Barreiras comunicacionais e estratégias de enfrentamento.

Barreiras comunicacionais e estratégias de enfrentamento

A presente categoria diz respeito às barreiras de comunicação percebidas pelas mulheres surdas durante a vivência do parto e as estratégias que foram adotadas pelos profissionais na tentativa de estabelecer uma comunicação com a usuária.

Todas as mulheres surdas referiram não terem tido uma comunicação efetiva com os enfermeiros e os médicos, que realizaram o acompanhamento do seu pré-natal devido a ausência da utilização da língua de sinais, sendo esta, uma das principais barreiras de comunicação:

Não tinha comunicação, falava e eu não entendia, tentava se comunicar, mas não sabia Libras, então falava e eu não entendia nada. Tinha uma pessoa junto de mim que me ajudava, que sabia Libras, mas com a enfermeira não tinha comunicação. (P8)

Não sabia (Libras). Não tinha comunicação, só gestos mesmo. Eu não gosto de gestos. (P3)

Em relação ao parto, além de ressaltar a falta de conhecimento dos enfermeiros e médicos presentes na sala de parto sobre o uso da Libras, às mulheres surdas também destacaram a prevalência de uma comunicação voltada apenas ao acompanhante ouvinte:

[...] A maioria não tem essa comunicação (em Libras). É muito difícil! (P6)

A minha mãe que estava oralizando com os enfermeiros, só que eu não entendia nada porque não era em Libras, então, é muito difícil isso pra mim. Só fiquei calada sentindo dores, mas ninguém tentou conversar comigo. (P3)

Tudo era a minha mãe [...]. Minha mãe que conversava com o médico, só a minha mãe que conversava com o médico. Eu não interagia, as pessoas falavam lá e só. A minha mãe falava por mim. (P2)

Não tentaram falar diretamente comigo [...] só a minha mãe que estava auxiliando [...] fiquei esperando eles resolverem o que estava acontecendo. (P1)

O uso da máscara por parte dos profissionais também foi apontado pelas mulheres surdas como um dificultador do processo comunicacional por interferir na visualização do rosto dos profissionais e conseqüentemente, impedir a leitura orofacial por parte daquelas que possuíam essa habilidade:

[...] eu tentava ler os lábios, mas era muito difícil, geralmente, eles estavam com máscara. (P4)

Às vezes eu pedia para retirar a máscara [...] precisava que retirasse a máscara para poder falar comigo [...] eu não entendi nada das explicações que eles tentaram me dar. Eu fiquei até com raiva também, sempre eu pedia para baixar a máscara e eles colocavam de volta. (P5)

Outro fator citado pelas parturientes surdas foi a ausência do intérprete de Libras no contexto hospitalar, já que este profissional poderia ser útil na intermediação da comunicação profissional-paciente:

Não tinha intérprete, então, não tinha comunicação [...] nos hospitais é necessário ter esse profissional [...] para saber as explicações de tudo que está acontecendo, para poder entender claramente. Esse tipo de acompanhamento desse profissional é bem importante. (P5)

É muito importante ter o intérprete por conta das informações sobre dores, sobre o remédio que está na injeção, o que é que está acontecendo com o bebê. As pessoas ficam oralizando, a gente fica nervosa sem saber o que é que está acontecendo, como está a saúde da criança [...]. A enfermeira não sabia (Libras), então, é necessário que tenha o intérprete nesse momento. (P4)

Seria muito importante ter um intérprete de Libras em uma sala de parto pra uma pessoa surda, pra uma mulher surda, pra saber o que está acontecendo com essa mulher nesse momento, pra ter um acompanhamento correto, com acessibilidade [...] era isso que eu queria que mudasse, que tivesse essa comunicação nos hospitais, nos diversos lugares que a gente frequenta. É muito importante, tá na lei! [...] Eu preciso sempre ter acompanhamento porque enfermeiro, médico, não tem comunicação. (P6)

As mulheres surdas participantes deste estudo destacaram que a falta de comunicação efetiva com os enfermeiros e médicos durante o ciclo gravídico interferiu na sua compreensão sobre a dinâmica do parto e sobre como elas poderiam contribuir com o processo parturitivo:

Foi muito difícil, eu tive dificuldade. [...] Não explicavam nada relacionado às contrações. [...] Eu não sabia de nada e eles não sabiam explicar, não sabiam como me ajudar no momento. [...] As pessoas falavam muito rápido e eu não conseguia entender nada. Eu fui para uma outra sala na hora do parto para tentar me ensinar como eu fizesse [...], mas eles não me ensinavam muito, ficavam meio que com gestos. [...] Eu não estava entendendo nada, aí veio um outro médico para tentar explicar e fez gestos. A enfermeira não tinha me dito nada, o médico que me explicou [...]. Um conseguiu me explicar e o outro não, aí ficou muito confuso. [...] Era necessário que tivesse uma explicação nesse momento. Eu não entendia nada. (P5)

Foi muito difícil, não conseguia (entender). Muitas pessoas, muita gente falando [...]. (P6)

A ausência de comunicação durante o parto também foi responsável por desencadear sentimentos negativos como medo, angústia e preocupação:

Estava agoniada, preocupada, chorando, com medo de morrer, chorei bastante. Não tive acessibilidade durante a gravidez [...]. (P8)

As pessoas olhando: ah! porque ela é surda, ela tá grávida! As pessoas olhando pra mim e eu sem entender. Eu fiquei um pouco angustiada, me achei estranha. Eu me senti bastante incomodada com esses olhares assim, muito ruim. (P4)

Para além disso, as mulheres surdas trouxeram em seus discursos situações que denotam violência obstétrica como a restrição da presença do acompanhante e a restrição de posição e movimento:

Eu queria ter nesse momento um acompanhamento porque eu sou surda, mas às vezes não deixavam o acompanhante entrar. [...] Eu tinha algum problema e não conseguia chamar ninguém pra me ajudar [...] e a enfermeira ia embora, aí sumia e voltava outra em outro turno, foi difícil. (P6)

Eles mandaram eu sentar, abrir as pernas, deitar pra poder a criança nascer. (P7)

No que se refere às estratégias de aproximação adotadas pelos profissionais, as parturientes surdas citaram que, na tentativa de estabelecer uma comunicação, os enfermeiros e médicos tentaram oralizar, fazer gestos, mímicas e escrever:

[...] só gestos que eles faziam, não tinha comunicação nenhuma. (P8)

Não tinha comunicação, só gestos mesmo. Eu não gosto de gestos. (P3)

Eles tentaram falar na oralização, mas eu não entendi nada das explicações que eles tentaram me dar. (P5)

Às vezes tentam escrever [...] é muito difícil, não conseguia (entender). (P6)

[...] só era tipo mímica, só isso, Libras não tinha. (P7)

No entanto, é possível observar nas falas das mulheres surdas que a utilização destas estratégias não foram formas efetivas de comunicação, tendo em vista que, elas não conseguiram entender a mensagem que estava sendo transmitida.

DISCUSSÃO

Diante dos relatos apresentados pelas mulheres surdas, foi identificado que existem barreiras comunicacionais entre elas e os profissionais envolvidos no seu processo parturitivo, com enfoque nos enfermeiros e médicos que são os profissionais que estão na linha de frente desse cuidado.

Dentre as principais barreiras de comunicação, destacaram-se a falta de conhecimento dos profissionais sobre a Língua Brasileira de Sinais, a ausência do profissional intérprete no contexto hospitalar, o acompanhante como principal interlocutor na comunicação e o uso da máscara como impedidor da leitura orofacial.

No que se refere ao desconhecimento dos profissionais sobre a Língua Brasileira de Sinais, todas as mulheres surdas deste estudo referiram não terem tido uma comunicação efetiva com os profissionais que realizaram o acompanhamento pré-natal devido a ausência da utilização da Libras, ademais, 87,5% das mulheres destacaram que durante a assistência ao parto não havia nenhum profissional fluente nesta língua.

Já em relação à presença do intérprete de Libras, todas as mulheres surdas participantes do estudo referiram não terem tido a presença deste profissional durante a assistência ao parto, o que interferiu na sua capacidade de estabelecer uma comunicação assertiva com os profissionais já que estes não possuíam domínio da língua.

Estudos semelhantes^{2,13,23} corroboram com os resultados desse estudo ao identificarem que a não utilização de Libras pelo profissionais de saúde e a falta de intérprete de Libras foram percebidas pelos usuários surdos como as principais barreiras de comunicação enfrentadas durante a assistência à saúde, demonstrando uma ineficiência no cuidado dessa população que tem o seu direito básico de acesso à informação sobre a sua saúde prejudicado, além de ressaltar a falta de capacitação dos profissionais de enfermagem para o atendimento às necessidades dessas pessoas.

Conforme estabelecido pelo Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005, a Libras é disciplina obrigatória apenas nos cursos de licenciatura do ensino superior e no curso de fonoaudiologia, distanciando essa temática dos demais cursos da área da saúde, incluindo o de enfermagem, formando uma lacuna educacional que impacta diretamente na formação desses profissionais¹⁴.

Entretanto, é dever do SUS e das empresas que realizam serviços públicos de assistência à saúde, dar apoio a capacitação e a formação de profissionais para o uso da Libras, de forma a garantir o atendimento integral à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva¹⁴.

É importante salientar que a falta de conhecimento sobre a língua de sinais, não isenta o profissional da sua responsabilidade de assegurar o direito das pessoas surdas. O Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania possui um programa de Centrais de intérpretes vinculado aos Estados, Distrito Federal e Municípios que disponibiliza gratuitamente os serviços de intérpretes de Libras com o objetivo de promover o acesso de pessoas surdas à comunicação com pessoas ou instituições que não possuem domínio da Libras¹⁵, desta forma, na ausência de profissionais capacitados para o atendimento em Libras, esses órgãos devem ser acionados pela equipe de saúde e/ou gestor da unidade para que seja viabilizado uma comunicação efetiva com o usuário.

No Brasil, a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais é regulamentada por meio da Lei 12.319 de 1 de setembro de 2010¹⁶. Este profissional possui como função principal tornar a comunicação acessível, viabilizando o diálogo entre surdos e ouvintes por meio do uso da Libras. Na área da saúde, a sua presença possibilita melhora na qualidade do atendimento uma vez que possibilita uma melhor comunicação entre profissional-paciente¹⁷.

A comunicação é uma das principais ferramentas utilizadas pelo profissional da saúde para a garantia de um cuidado direcionado às demandas do paciente. No pré-natal, ela não apenas reduz o risco de complicações durante a gravidez por meio da identificação de fatores de riscos como também contribui com o trabalho da equipe que estará à frente da sala de parto por preparar a mulher para vivenciar esse momento¹⁸.

Se tratando do processo parturitivo, uma comunicação efetiva, além de melhorar o processo de parturição por promover o bem-estar da mulher dando a ela a confiança necessária para que possa vivenciar o parto de forma positiva, reduz a necessidade de intervenções obstétricas¹⁹. Em contrapartida, a ausência de uma comunicação efetiva entre profissional-paciente, por intermédio das barreiras de comunicação supracitadas, além de ter demonstrado gerar sentimentos negativos durante o parto, também mostrou interferir na capacidade de compreensão e autonomia das mulheres surdas sobre o seu papel dentro do processo de parturição.

Destaca-se que, as mulheres surdas desta pesquisa, vivenciaram o parto em tempos cronológicos diferentes, que variam de 2001 a 2021. No entanto, neste recorte de 20 anos, mesmo com a aprovação de diversas legislações que garantem o atendimento integral à saúde dessa comunidade, dentre elas a Lei nº 10.436, de 24 de Abril de 2002, o Decreto nº 5.626 de 22 de Dezembro de 2005^{14,20}, bem como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência por meio da Lei nº 113.146, de 6 de Julho de 2015²¹, não foi percebido mudanças no que tange a assistência, tendo em vista o discurso similar que as parturientes surdas apresentam, o que mostra uma inefetividade na aplicação das legislações supracitadas.

Observou-se, nesse estudo, que 73% das gestações vivenciadas pelas mulheres surdas tiveram como desfecho as cirurgias cesarianas, apontando uma tendência de intervenções obstétricas nesse público, que pode estar associada tanto a redução da capacidade da mulher surda em decidir livremente sobre a forma ao qual deseja dar à luz, quanto ao seu despreparo para vivenciar e contribuir com o processo natural do parto, mediante a falta de informação em que foi submetida durante todo ciclo gravídico, desde o pré-natal até a sala de parto.

A falta de informação, faz com que a mulher acredite que todos os procedimentos ao qual está sendo submetida são rotineiros, favorecendo a expropriação do corpo feminino, nesse sentido, as parturientes se tornam submissas a condutas que não entendem, mas que aceitam por acreditarem ser o melhor para ela e seu bebê²².

No estudo atual, todas as mulheres surdas possuíam como acompanhante um indivíduo ouvinte e a presença deste, apesar de ter gerado mais segurança para a parturiente e ter auxiliado na interação profissional-paciente, provocou prejuízos na autonomia e protagonismo da mulher surda, haja vista que, os profissionais se direcionaram apenas ao acompanhante.

Apenas 25% dos acompanhantes das mulheres surdas deste estudo possuíam boa fluência em Libras, diante disso, as informações e as condutas eram facilmente discutidas entre os profissionais e acompanhantes, mas o repasse dessas informações e a inclusão da parturiente surda nesse processo comunicacional era prejudicado. A presença desses ruídos na comunicação com a mulher surda fez com que o acompanhante assumisse o papel de interlocutor principal, retirando o direito dessas mulheres de serem as protagonistas do seu próprio parto.

A necessidade da presença de uma terceira pessoa para exercer o papel de intermediador, leva a pessoa surda a perder privacidade e independência. Quando o profissional conversa diretamente com o acompanhante ao invés de conversar com o paciente surdo, ela impede ou anula a participação da pessoa surda no seu próprio atendimento²³.

Nem sempre o acompanhante terá conhecimento suficiente sobre a língua de sinais para realizar a intermediação²³ e, mesmo que o acompanhante tenha domínio sobre a Libras, ele não desempenha o papel de intérprete já que para isto é necessário que haja uma qualificação profissional de maneira a interferir minimamente na mensagem a ser repassada¹⁷.

Na tentativa de compreender o que estava sendo falado, as mulheres surdas participantes do estudo que possuíam habilidade de leitura orofacial tentaram realizá-la, mas não conseguiram em decorrência do uso da máscara por parte dos profissionais.

A máscara cirúrgica é um Equipamento de Proteção Individual (EPI) que tem o objetivo de proteger o profissional na iminência de procedimentos que possam culminar em respingos de sangue ou outros líquidos corpóreos nas mucosas oculares, nasais e bucais do profissional²⁴. Entretanto, o uso deste EPI, interfere na visualização do rosto, impedindo a adesão da estratégia de leitura orofacial.

Ressalta-se que, apesar da leitura labial ser uma estratégia utilizada pelas pessoas surdas, ela não é uma habilidade adquirida naturalmente, por tanto, nem todos os membros da comunidade a realizam. No mais, ela não demonstra ser uma estratégia tão eficiente, já que vários fonemas possuem um ponto de articulação similar que podem influenciar na compreensão errônea ou incompleta da informação²⁵.

No que se refere às estratégias de comunicação adotadas pelos profissionais durante a assistência, às mulheres surdas participantes deste estudo destacaram o uso predominante de gestos/mímicas seguido da escrita em português. Estudos similares também demonstram o uso predominante dessas estratégias por parte dos profissionais de saúde^{13,25,26}. Entretanto, esses métodos não demonstraram garantir uma melhora na qualidade da comunicação.

Das mulheres surdas participantes deste estudo, 50% destas possuíam ensino fundamental incompleto. A regressão linguística mostra que quanto menor o nível de escolaridade, maior a dificuldade de compreensão do português escrito¹³. Nesse caso, a estratégia de utilização do português escrito pode levar a interpretação distorcida ou incompleta da mensagem, assim como no uso dos gestos/mímicas que não levam em consideração o sistema linguístico que é próprio da língua de sinais.

Vale destacar que a falta de informação, a redução da autonomia da mulher, a ausência ou restrição do acompanhante, bem como a restrição de posição e movimento que até então foram evidenciadas na fala das mulheres surdas deste estudo, são umas das diferentes formas de violência obstétrica.

A violência obstétrica é definida como qualquer ato que cause dano à integridade física e psicológica das mulheres gestantes, em trabalho de parto ou no período puerperal, podendo ser realizada pela equipe do hospital, familiar ou acompanhante²². Todas as mulheres são suscetíveis a vivenciar este tipo de violência, principalmente, durante a parturição, entretanto, mulheres com baixo nível socioeconômico e educacional são mais predisponentes²².

Se tratando da mulher surda, a vulnerabilidade é ainda mais exacerbada em decorrência das barreiras comunicacionais que vivenciam na relação com os profissionais de saúde. Tendo em vista que, quando não há uma comunicação profissional-paciente eficaz e a mulher não é orientada de forma adequada, há maior probabilidade da mulher ser submetida a este tipo de violência²⁷.

O enfermeiro é o profissional que está constantemente em contato com a parturiente, a comunicação entre a mulher e este profissional é fundamental para o reconhecimento das suas necessidades, assim como imprescindível para o reconhecimento e minimização de violências que afetam a sexualidade e reprodutividade da mulher²⁸. Entretanto, se tratando da parturiente surda, sem o uso da língua de sinais, dificilmente o enfermeiro conseguirá realizar o seu papel, oferecendo uma assistência humanizada e, por conseguinte, livre de violência.

Nesse sentido, torna-se necessário que durante todo o processo parturitivo os enfermeiros viabilizem uma comunicação efetiva mediante o uso da língua de sinais de forma a garantir um atendimento humanizado, integral e igualitário às usuárias surdas, assegurando o seu direito de ter acesso às informações sobre a saúde, de compreender os procedimentos aos quais será submetida, de ter suas dúvidas esclarecidas e, conseqüentemente, de ser a protagonista do seu próprio parto, permitindo com que elas escolham conscientemente a forma que desejam vivenciar o parto e o nascimento do seu filho.

Limitações do estudo

No âmbito científico, ainda são escassos os estudos que retratam a perspectiva das mulheres surdas sobre os atendimentos em saúde, o que denota a necessidade de ampliar as pesquisas nessa área para que se conheça as reais necessidades dessa população, não apenas no ciclo gravídico-puerperal, mas durante todos os ciclos da vida.

Ressalta-se que o estudo enfrentou algumas limitações, como: encontrar mulheres surdas que tivessem vivenciado o parto nos referidos locais das pesquisas, e o baixo nível de escolaridade das participantes que pode ter contribuído para uma avaliação menos rigorosa dos atendimentos à sua saúde.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a existência de barreiras de comunicação entre os profissionais enfermeiros e médicos e as mulheres surdas durante a assistência ao parto, sendo ocasionadas pela falta de conhecimento dos profissionais sobre a Língua Brasileira de Sinais, a ausência do profissional intérprete no contexto hospitalar, o acompanhante como principal interlocutor na comunicação e o uso da máscara como impedidor da leitura orofacial por parte das mulheres surdas que possuíam essa habilidade.

Na tentativa de promover uma comunicação com a mulher surda, os profissionais utilizaram gestos/mímicas, a escrita em português e a oralização, entretanto, essas estratégias não demonstraram ser eficazes para o estabelecimento de uma comunicação efetiva.

Nesse sentido, torna-se necessário que os gestores assegurem a capacitação e a educação continuada dos profissionais da área da saúde que prestam assistência direta a parturiente para que seja viabilizado o uso e a difusão da língua de sinais, garantindo um atendimento humanizado, integral e igualitário, assegurando com que as mulheres surdas vivenciem o parto e o nascimento de forma positiva.

Ademais, é fundamental que haja a inserção da disciplina de Libras na grade curricular obrigatória nos cursos da área da saúde para que todos os acadêmicos, em especial da enfermagem, sejam sensibilizados o mais precocemente possível quanto a importância da utilização da língua de sinais para o atendimento integral às necessidades de saúde da pessoa surda.

REFERÊNCIAS

1. Trindade CD, Cardoso LS, Costa VZ da, Rosa LS, Pozzobon DM, Trindade LR, et al. Nursing Team: communication in pregnant women care. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020 [cited 2024 Dec 5]; 3(1):551-62. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhvr3n1-043>.
2. Ferreira DRC, Alves FAP, Silva EMA, Linhares FMP, Araújo GKN. Assistance to deaf manager: communication barriers found by the health team. *Saúde em Redes.* 2019 [cited 2024 Dec 5]; 5(3):3142. Available from: <https://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2234>.
3. Yonemotu BPR, Vieira CM. Diversidade e comunicação: percepções de surdos sobre atividade de educação em saúde realizada por estudantes de medicina. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2020 [cited 2024 Dec 5]; 14(2):e1827. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1827>.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE; 2010 [cited 2024 Dec 12]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1998 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
6. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal; 1990 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>.
7. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO; 2006.
8. Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO; 2006.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Santos FM dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *REVEDUC.* 2012 [cited 2024 Dec 5]; 6(1):383-7. Available from: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>.
11. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev esc enferm USP.* 2018 [cited 2024 Dec 5]; 52:e03353. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.
12. Torres EF, Mazzoni AA, Mello AG de. Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educ Pesqui.* 2007 [cited 2024 Dec 5]; 33(2):369-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000200013>.
13. Santos AS, Portes AJF. Perceptions of deaf subjects about communication in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019 [cited 2024 Dec 5]; 27:e3127. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>.
14. Brasil. Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, 22 de dezembro de 2005. Brasília: Senado Federal; 2005 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm.
15. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Portaria Nº 434, de 25 de julho de 2023. Dispõe sobre o reconhecimento de Centrais de Interpretação de Libras (CILs) mantidas por Estados, pelo Distrito Federal e por Municípios. Brasil; Diário Oficial da União; 2023 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-434-de-25-de-julho-de-2023-498834124>.
16. Brasil. Lei nº 12.319, de 1º de setembro de 2010. Regulamenta a profissão de tradutor, intérprete e guia-intérprete da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Brasília: Senado Federal; 2010 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12319.htm.
17. Campello ARS, Lira DS, Andrade LC. O tradutor e intérprete de Libras: atuações e considerações. Itapiranga: Schreiber; 2022.
18. Sehnem GD, Saldanha LS, Arboit J, Ribeiro AC, Paula FM. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. *Rev. Enf. Ref.* 2020 [cited 2024 Dec 12]; serV(1): e19050. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19050>.
19. Beserra GL, Oliveira PMP, Pagliuca LMF, Almeida PC, Anjos SJSB, Barbosa AS. Verbal communication of the parturient nurse's dyad in the active phase of labor. *Rev Bras Enferm.* 2020 [cited 2024 Dec 5]; 73(5):e20190266. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>.
20. Brasil. Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília: Senado Federal; 2002 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm.
21. Brasil. Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Senado Federal; 2015 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.
22. Souza ACAT, Lucas PHCS, Lana TC, Lindner SR, Amorim T, Felisbino-Mendes MS. Obstetric violence: integrative review. *Rev. Enferm. UERJ.* 2019 [cited 2024 Dec 5]; 27:e45746. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>.

23. Lopez MH, Griebeler WR, Vergara LGL. Barreiras de acessibilidade enfrentadas por pessoas surdas no setor de serviços: uma revisão integrativa da literatura. *Saber Humano*. 2020 [cited 2024 Dec 5]; 10(17):165-91. DOI: <https://doi.org/10.18815/sh.2020v10n17.456>.
24. Galeno JA, Freire FAM, Carvalho GTO, Silva MCG, Mouta AAN, Beltrão RPL, et al. Indispensabilidade do uso de equipamentos de proteção individual. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2021 [cited 2024 Dec 5]; 25(5):541-45. DOI: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n5-esp.p541-545>.
25. Rezende RF, Guerra LB, Carvalho SA da S. Satisfaction of deaf patients with the health care. *Rev CEFAC*. 2020; 22(5):e8119. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20202258119>.
26. Pereira AAC, Passarin NP, Nishida FS, Garcez VF. “Meu sonho é ser compreendido”: uma análise da interação médico-paciente surdo durante assistência à saúde. *Rev bras educ med*. 2020 [cited 2024 Dec 5]; 44(4):e121. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200028>.
27. Silva TM, Sousa KHJF, Oliveira ADS, Amorim FCM, Almeida CAPL. Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paul Enferm*. 2020 [cited 2024 Dec 5]; 33:eAPE20190146. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01466>.
28. Alencar AJC, Silva AA, Gonçalves MM, Silva DMR, Silva MCT. Nursing Care during Humanized Natural Childbirth. *Id on Line Rev. Mult.Psic*. 2019 [cited 2024 Dec 5]; 13(47) 376-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i47.2025>.

Contribuições dos autores

Concepção, G.C.S., A.A.P.S., I.G.S.B., M.E.T.L.S., A.R.L. e G.V.O.M.; metodologia, G.C.S.; software, G.C.S.; validação, G.C.S., A.A.P.S., I.G.S.B., M.E.T.L.S., A.R.L., e G.V.O.M. e A.A.P.S; análise formal, G.C.S. e A.A.P.S.; investigação, G.C.S.; curadoria de dados, G.C.S.; redação, G.C.S.; revisão e edição, G.C.S., A.A.P.S., I.G.S.B., M.E.T.L.S., A.R.L. e G.V.O.M.; visualização, G.C.S.; supervisão, A.A.P.S.; administração do projeto, A.A.P.S. e G.C.S. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Declaramos que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito Principais barreiras comunicacionais enfrentadas pela mulher surda durante o trabalho de parto.