

Acolher e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da mulher surda durante a gestação, parto e puerpério

Welcome and listen to the silence: nursing care from the perspective of deaf woman during pregnancy, childbirth and postpartum

Recibir y escuchar el silencio: el cuidado de enfermería desde la perspectiva de la mujer sorda durante el embarazo, parto y puerperio

Amanda de Andrade Costa¹; Sibylle Emilie Vogt²; Edna de Freitas Gomes Ruas³; Ana Paula Ferreira Holzmann⁴; Patrick Leonardo Nogueira da Silva⁵

Como citar este artigo:

Costa AA, Vogt SE, Ruas EFG, et al. Acolher e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da mulher surda durante a gestação, parto e puerpério. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):123-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v10i1.123-129>

ABSTRACT

Objective: to identify the perception of the deaf woman regarding nursing care during pregnancy, childbirth and postpartum. **Method:** this is a exploratory-descriptive study with a qualitative approach, carried out with nine deaf women of a northern city of Minas Gerais. It used a semi-structured interview in which the processing of data was through the Content Analysis. **Results:** deaf women faced difficulties in receiving assistance from the nursing staff during the perinatal period due to factors such as lack of preparation of professionals in the use of sign language; lack of interpreters in service; speakers who talk too fast; and the use of masks by professionals, making it difficult to read lips. **Conclusion:** the communication barrier is observed in the interaction between deaf women and health professionals, making it essential that both find ways to interact to ensure improved quality of care.

Descriptors: Deafness, Pregnancy, Nursing Care, Sign Language, Communication.

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher, Referência Técnica em imunização e investigação de óbitos materno-infantil da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais/SESMG, Superintendência Regional de Saúde – SRS, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: bandinhaandrade@gmail.com.

² Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica, Mestre em Enfermagem, Doutora em Saúde da Criança e da Mulher, Hospital Sofia Feldman/HSF, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: sibyllecamos@hotmail.com.

³ Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva, Professora Mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: efgomesruas@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira, Professora Mestre e Doutoranda do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: apaulah@uol.com.br.

⁵ Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família e Didática e Metodologia do Ensino Superior, Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: patrick_mocesep70@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção da mulher surda quanto aos cuidados de enfermagem durante a gestação, o parto e o puerpério. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizada com nove mulheres surdas de uma cidade do norte de Minas Gerais. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada na qual o tratamento dos dados se deu por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** as mulheres surdas enfrentaram dificuldades na assistência prestada pela equipe de enfermagem durante o período perinatal devido à fatores como: despreparo dos profissionais quanto ao uso da linguagem de sinais; ausência de intérpretes nos serviços; interlocutores que falam rápido demais; e uso de máscaras pelos profissionais, dificultando a leitura labial. **Conclusão:** a barreira de comunicação é verificada na interação entre surdas e profissionais de saúde, tornando-se indispensável que ambos encontrem formas de interagir para garantir uma assistência de melhor qualidade.

Descritores: Surdez, Gravidez, Cuidados de Enfermagem, Linguagem De Sinais, Comunicação.

RESUMEN

Objetivo: identificar la percepción de la mujer sorda y la atención de enfermería durante el embarazo, parto y puerperio. **Método:** se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con un enfoque cualitativo, realizado con nueve mujeres sordas de una ciudad del norte de Minas Gerais. Se utilizó una entrevista semiestructurada en la cual el tratamiento de los datos fue a través del análisis de contenido. **Resultados:** las mujeres sordas enfrentan dificultades para asistir al personal de enfermería durante el período perinatal debido a factores como la falta de preparación de los profesionales en el uso del lenguaje de signos; falta de intérpretes en servicio; oradores que hablan demasiado rápido; y el uso de máscaras por los profesionales, por lo que es difícil de leer los labios. **Conclusión:** la barrera de comunicación se verifica en la interacción entre sordos y profesionales de la salud, por lo que es esencial que tanto encontrar maneras de interactuar para garantizar una mejor calidad de la atención.

Descriptorios: Sordera, Embarazo, Atención de Enfermería, Lenguaje de Signos, Comunicación.

INTRODUÇÃO

A questão da inclusão de pessoas deficientes em todos os âmbitos da sociedade, ainda é muito incipiente no Brasil. Milhares de pessoas com algum tipo de deficiência estão sendo discriminadas nas comunidades em que vivem ou sendo excluídas do mercado de trabalho.¹ Em outros casos, os deficientes se auto excluem por se sentirem inferiores ou se isolam das pessoas consideradas normais e procuram conviver com aqueles que apresentam deficiência semelhante.²

Cada deficiência acaba acarretando um tipo de comportamento e suscitando diferentes formas de reações, preconceitos e inquietações por parte das pessoas que convivem com aqueles que apresentam deficiência semelhante. As deficiências físicas, tais como paralisias, ausência de visão ou de membros, causam imediatamente apreensão mais intensa por terem maior visibilidade. Já a deficiência mental e a auditiva, são pouco percebidas inicialmente pelas pessoas, mas causam mais estresse à medida que se toma consciência da realidade das mesmas.

O preconceito relacionado às pessoas “diferentes” vem sendo exaustivamente criticado por setores da sociedade.³ Dessa maneira, a palavra de ordem é “inclusão”, pois a sociedade percebeu que é preciso agregar benefícios às pessoas que, por algum motivo, não tem conseguido melhores resultados frente aos desafios da modernidade.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, 23,9% da população geral possui alguma deficiência, o que corresponde a 45,6 milhões de pessoas. Destes, 9,7 milhões apresentam alguma deficiência auditiva, e 347.481 declararam-se surdos. Quanto às mulheres, 4% daquelas com idade entre 15 e 64 anos possui algum grau de deficiência auditiva.⁴

A deficiência auditiva pode ser conceituada como sendo: “Perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da capacidade de compreender a fala através do ouvido. Manifesta-se como surdez leve ou moderada, que é a perda de até 70 decibéis e surdez severa ou profunda, que é a perda auditiva acima de 70 decibéis”.^{5:166}

Diante da dificuldade de comunicação dos surdos, surgiu a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), regulamentada pela Lei 10.436 de 24 de abril de 2002, com a finalidade de uniformizar os gestos emitidos pelos surdos no ato da comunicação.⁶ A LIBRAS pode ser entendida como uma sistematização dos sinais usados pelos deficientes auditivos, embora sob influência da cultura e do regionalismo no Brasil e em outros países.

Dentre as legislações que garantem os direitos da pessoa com deficiência auditiva, a Portaria nº 2.073/2004, no seu parágrafo primeiro, resolve “promover a ampla cobertura no atendimento aos pacientes portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva”.⁷ Porém, na assistência ao deficiente auditivo, não existem ações e nem profissionais específicos nas unidades de saúde.

Percebe-se que, a assistência à saúde ao cidadão surdo não se assemelha ao que as leis vigentes garantem, como: o direito de participar na tomada de decisões sobre sua saúde; direito à informação atualizada, relevante e compreensível sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, e de conhecer a identidade dos médicos, enfermeiros e demais envolvidos em seus cuidados, inclusive estudantes, residentes ou outros treinados; além do direito de ter intérprete quando seu idioma não é entendido.⁸

A mulher surda, por ser considerada incapacitada e, portanto, portadora de um corpo assexuado, tem o exercício da sua sexualidade questionado, sendo que, aos olhos da sociedade, o corpo dessa mulher é apenas portador de funções biológicas. A deficiente auditiva, além de ser discriminada por ser mulher, ainda sofre preconceitos e tratamento desigual pela sua deficiência, o que acrescenta ainda mais urgência à realização de estudos sobre a mulher surda em nossa sociedade.⁹

A maternidade atualmente está se tornando uma escolha consciente da mulher ouvinte ou surda. Num enfoque de

inclusão, fica claro que a surdez, por si só, não impede que a mulher opte por ser mãe.

Os cuidados prestados durante a gravidez, o parto e o pós-parto devem ser redobrados e capazes de ajudar a mulher surda a transpor os obstáculos impostos pela limitação da escuta, da fala e da gravidez em si. O bom atendimento e a comunicação eficaz assumem proporção ainda maior que a normal, pois essa mãe enfrenta a dificuldade de não ser entendida pelos profissionais de saúde, que geralmente não estão preparados para estabelecerem um processo de comunicação adequado.¹⁰

Portanto, objetivou-se identificar a percepção da mulher surda sobre o cuidado recebido pela equipe de enfermagem no pré-natal, parto e puerpério, sob um enfoque de inclusão social.

MÉTODOS

Artigo do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Mulher intitulado “Acolher e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da gestante e parturiente surda” apresentada à Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU, do Hospital Universitário Clemente de Faria/Universidade Estadual de Montes Claros (HUCF/UNIMONTES). Montes Claros – MG, Brasil.2014.

Trata-se de uma investigação descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com nove mulheres surdas com idade entre 27 e 43 anos, cadastradas na Associação de Deficientes de Montes Claros – ADEMOC, residentes na área urbana de Montes Claros/MG que apresentaram histórico de gestação e que sabiam se comunicar através de LIBRAS. Desta forma, foram excluídas do estudo as mulheres que apesar de cadastradas na ADEMOC, não apresentavam as demais características para inclusão.

O fechamento da amostra se deu por saturação dos dados. Esse tipo de amostragem considera o número de sujeitos suficiente quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.¹¹

O uso da abordagem qualitativa justifica-se por esta permitir a busca do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações.¹¹

A coleta de dados foi feita a partir de entrevista semiestruturada composta por cinco questões que versavam sobre o tema e agendada previamente de acordo com a disponibilidade das entrevistadas, sendo a abordagem das mulheres intermediada por um intérprete com domínio de LIBRAS.

Após contato prévio para agendamento de data e hora, as entrevistas foram realizadas no período de agosto a outubro de 2014, nas residências das participantes e filmadas. Finalizada a coleta, os dados foram transcritos, organizados em categorias e, posteriormente, analisados conforme técnica de análise de conteúdo temático que consiste em descobrir os núcleos de

sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham significância para o objetivo analítico.¹²

Para garantir o anonimato, a privacidade e o sigilo da identidade das participantes, seus nomes foram substituídos pela letra “M” seguida do número que representa a ordem de realização das entrevistas (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8 e M9).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), com o Parecer nº 625.966/2014, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 26538414.2.0000.5146. As mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo nove mulheres surdas, cadastradas na ADEMOC, que declararam já ter passado pela experiência de parturição. As entrevistadas tinham entre 27 e 43 anos, sendo cinco mulheres solteiras, três casadas e uma em união estável. Em relação ao grau de escolaridade a maioria possui ensino médio completo (seis mulheres), uma possui curso superior completo, uma está cursando o ensino superior e apenas uma mulher possui o ensino fundamental. Das participantes, seis alegaram exercer alguma atividade formal de trabalho e três afirmaram se dedicar apenas às atividades do lar.

O número de surdas que declarou ser mãe solteira leva a refletir sobre a ineficiência das estratégias de planejamento familiar. A Política de Planejamento Familiar existe para todas as mulheres, mas as surdas não buscam os serviços por desconhecê-los ou, quando buscam, não são plenamente atendidas por dificuldades relacionadas à comunicação.¹³

O número de filhos vivos entre as entrevistadas variou entre uma e duas crianças, incluindo uma mulher que teve gêmeos. Nenhuma das crianças havia sido diagnosticada com surdez até o momento. Dentre as entrevistadas, três já tiveram duas gestações, e seis mulheres tiveram uma gestação, sendo que uma delas encontrava-se grávida do segundo filho no momento da pesquisa. Duas mulheres informaram história de um natimorto cada uma. Quanto ao tipo de parto, seis mulheres tiveram parto vaginal, sendo uma delas com auxílio de fórceps, e três foram submetidas à cesárea.

Estudos descrevem que as razões mais frequentes de busca ao serviço de saúde por pessoas com surdez severa ou profunda são: dor de cabeça, dor de estômago, motivos relacionados à gestação, dor de ouvido e tosse.¹⁴ Logo, discutir questões relativas à assistência prestada a mulher surda no período perinatal é relevante para que o profissional de saúde esteja preparado para lidar com as particularidades das surdas.

Existem profissionais de saúde que associam a deficiência auditiva a outras deficiências e acabam por considerar a mulher surda civilmente incapaz para gerar um filho. Essas mulheres por vezes são submetidas a tratamentos para esterilização sem seu livre e consciente consentimento, pois ficam limitadas devido à falta de comunicação eficiente com os familiares e profissionais de saúde.¹³ Tal fato é inconsistente, uma vez que as entrevistadas cuidam de seus filhos de maneira independente e impedir que uma mulher surda decida se quer ou não gerar filhos deve ser considerado desrespeito aos direitos humanos.

Sabe-se que a escolha da mulher em relação ao tipo de parto, assim como sua satisfação com todo o processo, está relacionada ao fato de possuir informações e ter controle sobre o evento, ao grau de relaxamento e às opiniões positivas sobre a equipe que prestou assistência, de forma cuidadosa e afetuosa, além da presença de um acompanhante. Quanto ao tipo de parto, o número de mulheres da amostra que foram submetidas à cesariana reflete o alto índice de cesáreas realizadas em todo o Brasil, atingindo 52% dos nascimentos em geral, quando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de no máximo 15%.¹⁵

A assistência prestada pelos profissionais de saúde à gestação, parto e nascimento de mulheres surdas caracteriza-se por uma relação impessoal, no qual os profissionais estão distanciados. As relações são assimétricas, baseadas na pouca comunicação, além do uso de terminologias técnicas que dificultam a compreensão das mulheres.¹³

Os dados foram analisados e originaram duas categorias: atuação da equipe de enfermagem no processo do cuidar; barreiras na comunicação com a equipe de enfermagem.

Atuação da equipe de enfermagem no processo do cuidar

Foi unânime o relato das participantes sobre o pouco contato com a equipe de enfermagem durante a gestação. O pré-natal das mulheres surdas foi realizado pelo(a) médico(a), apesar de apenas uma entrevistada apresentar gestação de alto risco devido a hipertensão. Uma entrevistada informou ter realizado na gestação o exame preventivo de câncer de colo do útero com a enfermeira da Estratégia de Saúde da Família.

“Meu pré-natal foi com a médica pelo convenio. Nunca tive contato com o enfermeiro da ESF” (M2).

“A médica me atendia. A enfermeira fez minha prevenção. Quando cheguei lá ela só pegou minha identidade e preencheu um papel, me deu uma camisola e mostrou a cama. Deitei e ela fez o exame. Senti medo porque ela não me explicou o que ia fazer” (M7).

“O agente de saúde vinha em casa marcar a consulta. Não fiz consulta com a enfermeira porque tive pressão alta e só o médico podia cuidar disso” (M1).

Durante o parto e puerpério, as mulheres também declararam o contato restrito com a equipe de enfermagem. Algumas entrevistadas não souberam informar se foram atendidas por algum componente da equipe de enfermagem durante toda sua estadia no hospital e outras afirmaram ter recebido poucas orientações que eram mais direcionadas ao pré-parto e à amamentação.

“O pessoal da enfermagem ia no quarto só as vezes e perguntava como tava. Eu sentia muita sede, mas não conseguia explicar” (M6).

“No parto não lembro se teve enfermeira. Acho que não!” (M7).

A amamentação é um item de cunho educativo e assistencial a ser trabalhado desde o pré-natal e estendida ao parto e puerpério, pois auxilia e esclarece às mulheres sobre a importância e o direito de usufruírem da prática do contato e do aleitamento materno precoces. No entanto, pela fala de uma das entrevistadas, subentende-se que as poucas tentativas de auxiliar na amamentação foram ineficazes diante da dificuldade de comunicação.¹⁶

“A enfermeira foi no quarto e fez mímica pra tentar explicar como eu ia dar mamar. Colocou a boca do bebê no peito e ficou lá até ele pegar, mas quando chegou em casa eu não sabia fazer como ela fez e meu peito feriu” (M9).

Através do relato de uma das mulheres infere-se que houve divergências entre profissionais da enfermagem ao realizar orientações.

“Orientaram a caminhar na hora do parto, mas foi difícil porque uma enfermeira dizia que podia e a outra me mandava deitar” (M4).

A gestação é um dos momentos na vida em que a mulher vivencia uma gama de sentimentos. Sente alegria quando a gestação foi desejada e, se não esperada pode apresentar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes entre as mulheres.¹⁷ Nas gestantes não verbais esses sentimentos, bons e ruins, se intensificam pela dificuldade de estabelecer diálogo para expor dúvidas e apreensões e para receber as devidas orientações.

Um atendimento obstétrico adequado de pré-natal prepara a mulher para a maternidade como um todo. Neste período a mulher recebe orientações sobre hábitos nutricionais, de higiene, exercícios, modificações corpóreas, prevenção de doenças gestacionais, entre outras.¹⁸ Todas essas orientações podem ser realizadas através da consulta de enfermagem, que é uma atividade independente, realizada privativamente pelo

enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante, seja ela surda ou ouvinte.

De acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde.^{18,19} O total de consultas deverá ser de, no mínimo, seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, sendo que as situações consideradas de risco devem ser necessariamente encaminhadas a um serviço de referência, devendo a unidade básica de saúde continuar responsável pelo seguimento da gestante na atenção primária.¹⁵ Ressalta-se que a surdez em qualquer nível não é considerada um fator de risco gestacional. Logo não se justifica o fato das gestantes, incluindo aquela que relatou hipertensão, ter sido acompanhada apenas por profissionais da medicina.

Durante todo o trabalho de parto, os profissionais da enfermagem devem estabelecer uma parceria com a mulher a fim de esclarecer os procedimentos realizados e conduzir sua participação para minimizar o temor do parto e dar segurança.²⁰ No entanto, o que percebe-se nos relatos das mulheres surdas é a relação de poder exercida pelo profissional, quando se dirige à mulher com descaso, cerceando-lhe a liberdade de expressão, sem dar à parturiente o espaço de manifestar seus sentimentos.

“Na hora do parto, a enfermeira que já tinha ido no quarto antes, empurrou minha barriga, mas eu nem reclamei porque achei que era normal fazer isso” (M5).

Após o nascimento começam a surgir dúvidas que podem ser sanadas com orientações adquiridas no pré-natal, no entanto, novas dúvidas naturalmente tendem a aparecer.²¹ A atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher surda no período puerperal faz-se muito importante para a identificação de complicações puerperais, assim como para fornecer subsídios que permitam à mulher obter autonomia em sua saúde por meio do autocuidado e segurança no cuidado com o recém-nascido. Porém, o que se constatou foi uma lacuna nesse processo de cuidar, levando a mulher surda a deparar-se com uma série de dúvidas e dificuldades para desempenhar o papel materno.

Barreiras na comunicação com a equipe de enfermagem

A maioria das entrevistadas declarou não encontrar nenhuma facilidade na comunicação com a equipe de enfermagem no período perinatal. Das três mulheres que referiram alguma facilidade, a comunicação estava relacionada a fatores pessoais e até à contribuição de colegas de quarto no hospital, e não a atitudes dos profissionais que as atenderam.

“A facilidade foi ter minha sogra comigo e saber fazer a leitura labial” (M6).

“Tudo só não foi mais difícil porque escrevi umas palavras e ela entendeu mais ou menos” (M4).

“Foi mais fácil porque a mulher que estava na cama ao meu lado no quarto sabia comunicar por mímica e me ensinava algumas coisas” (M5).

Quanto às barreiras na comunicação com a equipe, as mulheres apontaram a falta de intérprete de libras nos serviços, a dependência de um familiar durante os atendimentos, o desconhecimento dos profissionais sobre noções de LIBRAS, a rapidez com que os profissionais se expressavam oralmente e o uso de máscaras pelos profissionais.

“As enfermeiras não sabem libras e não tem paciência. No hospital, minha sogra contou que uma delas reclamou que eu tava fazendo muito barulho na hora do parto e ficou nervosa” (M6).

“É difícil ter que levar minha mãe em todo lugar que eu vou. Os profissionais deviam saber a LIBRAS” (M5).

“Às vezes eu nem ia na consulta com o médico. Queria um interprete disponível, porque as pessoas que conheço tem outros compromissos” (M8).

“Foi difícil amamentar. Meu filho só mamou dois meses, meu leite secou e eu não entendia as explicações da moça do postinho” (M3).

“Eu sei fazer leitura labial, mas com a máscara e com a rapidez que eles falavam eu não conseguia” (M2).

Entre as barreiras, as entrevistadas que passaram pela experiência de ter filhos natimortos ou com algum problema de saúde informaram a dificuldade para entender o que havia acontecido com as crianças.

“Quando a minha filha morreu só fiquei sabendo um dia depois porque ninguém sabia me explicar. Nem cheguei a vê-la” (M3).

“Só fiquei sabendo que meu filho tinha morrido quando a mulher da enfermagem veio conversar com minha irmã no quarto e eu fiz leitura labial. Fiquei triste e curiosa para saber o que tinha acontecido” (M7).

“Fiquei sabendo do lábio leporino ainda na gestação e pesquisei na internet, mas no hospital ninguém veio me explicar melhor. Minha avó disse pra eu não ficar triste porque assim como eu era surda e consegui vencer, meu bebê também ficaria bem” (M4).

A comunicação é indicativa de qualidade de vida, portanto, quando os profissionais sabem comunicar-se com as

surdas, promovem uma assistência na área de saúde humanizada e focalizada no contexto de uma sociedade inclusiva.²²

A legislação estabelece que as instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem realizar atendimento e tratamento adequado às pessoas surdas, mas percebe-se que a ausência do profissional intérprete em LIBRAS nos serviços de saúde transfere aos familiares e amigos das mulheres surdas a responsabilidade de acompanhá-las em consultas clínicas. Apesar de representar auxílio, o acompanhante pode tornar-se um problema quando não permite que a surda participe ativamente da conversa, pois é ele quem explica ao profissional a dificuldade apresentada pela mulher e recebe as orientações, limitando a individualidade necessária e minimizando as oportunidades da cliente em expor suas dúvidas.^{23,24}

Para ter uma assistência de enfermagem satisfatória é preciso saber da importância da comunicação entre a equipe e a cliente como sustentação e sistematização do desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, independente das especialidades da área da saúde, permitindo a personalização da assistência e, ao mesmo tempo, o oferecimento do cuidado necessário, competente e humanizado.

Percebe-se que não é só a surda que encontra barreiras ao procurar o serviço de saúde, mas as mulheres ouvintes e o profissional de enfermagem que a atende também. Estudo realizado com 78 mulheres em maternidade do Ceará mostra que as puérperas destacam como motivos de insatisfação a demora no atendimento e as dificuldades ou negligência na comunicação, uma vez que, além de os profissionais usarem de uma linguagem de difícil entendimento, são muitas informações e desencontros nos conteúdos.²⁵ Quando não existe uma comunicação efetiva, não há como auxiliar a mulher a resolver seus problemas e minimizar conflitos.

Em geral, o sentimento dos enfermeiros e dos demais profissionais ao lidar com a surda é de frustrações, impotência e impaciência, por não conseguirem manter uma comunicação, seja através da linguagem gestual ou da leitura labial, havendo assim a tendência de transferirem a responsabilidade da comunicação para os familiares, muitas vezes passando despercebidas a angústia e as dificuldades que as usuárias sofrem.²⁶

Em relação ao uso da escrita para comunicação, a linguagem de sinais tem gramática e vocabulário diferentes da linguagem portuguesa escrita e, dessa maneira, uma pessoa que nasceu surda no Brasil, pode ser fluente em LIBRAS e não dominar o português escrito, sendo de grande importância que os profissionais de saúde sejam capacitados em linguagem de sinais com educação continuada para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada.^{27,28}

Visto que algumas surdas fazem leitura labial, o que ajuda muito no processo de comunicação profissional-surda, profissionais da equipe de enfermagem deve olhar diretamente para a mulher enquanto fala pausadamente e devem ainda evitar esconder seu rosto e lábios com as mãos, cabelos, objetos e máscaras cirúrgicas.²⁸

Durante as entrevistas, espontaneamente, as mulheres deram sugestões para facilitar a comunicação e melhorar o atendimento recebido nos serviços de saúde.

“Ter um intérprete é interessante, mas o melhor seria se todos os profissionais soubessem conversar com a gente sem precisar de mediadores.” (M3).

“Seria bom que pelo menos um profissional da equipe soubesse conversar com a gente. Os médicos passam pouco tempo com a gente. As enfermeiras ficam mais tempo, por isso deveriam ser capacitadas” (M2).

“Ter um profissional interprete é melhor porque se levamos alguém temos medo de fofocas, de contarem nossa intimidade para a comunidade surda” (M8).

A presença do intérprete de Libras nos serviços de saúde já está prevista em Lei, embora, ao que parece, não venha sendo cumprida. A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, conhecida como Lei de Acessibilidade, em seu Capítulo VII (Da acessibilidade nos sistemas de comunicação e sinalização), artigo 18 dispõe que: “O Poder Público programará a formação de profissionais intérpretes de escrita em braile, língua de sinais e de guias-intérpretes, para facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa portadora de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação”.²⁹

O Serviço Único de Saúde (SUS) precisa proporcionar acessibilidade de comunicação para surdos em qualquer unidade de atendimento, pois sendo o direito à saúde universal, é necessário que os entes federativos cumpram as normas de acessibilidade nos serviços de saúde e que os profissionais conscientizem-se das medidas que devem ser tomadas para oferecer uma melhor assistência.²²

As surdas valorizam a presença do intérprete para melhorar a comunicação, mas com algumas ressalvas como desconfiança, constrangimento de se expor frente ao intérprete, sentimento de piedade e dificuldade de encontrar intérpretes disponíveis.²²

Uma sugestão interessante é a educação continuada em LIBRAS, ou seja, os profissionais teriam a oportunidade de aprender a língua de sinais, seria continuamente atualizada e acompanhada quanto ao desempenho na troca de informações com a surda através da LIBRAS.²⁴

CONCLUSÃO

A comunicação é um dos instrumentos principais na assistência à mulher surda durante a gestação, parto e puerpério e também é a maior dificuldade da equipe de enfermagem com essa clientela. Ter a capacidade de interpretar e compreender como se constroem as relações humanas que produzem o envolvimento certamente nos permitirá uma assistência que atenda às expectativas da mulher e dê a ela a percepção do pertencimento, da reciprocidade e do respeito. Através

dos relatos das mulheres surdas percebe-se o pouco contato com a equipe de enfermagem durante o período perinatal, sendo que as clientes enfrentaram dificuldades na assistência prestada pelos (as) profissionais devido a fatores como: des-preparo dos profissionais quanto ao uso da LIBRAS, ausência de intérpretes nos serviços, interlocutores que falam rápido demais e uso de máscaras pelos profissionais, dificultando a leitura labial.

A insatisfação das surdas com os atendimentos prestados não é geral, pois alguns profissionais tentaram programar maneiras de relacionar-se eficazmente no intuito de proporcionar o bem estar e transmitir maior confiança, seja através de mímica ou da comunicação escrita. A barreira de comunicação é verificada na interação entre surdas-profissionais de saúde, tornando-se indispensável que ambos encontrem formas de interagir para garantir uma assistência de melhor qualidade. A comunicação verbal ou não verbal faz parte da existência humana, cabendo à equipe de enfermagem utilizá-la para oferecer um atendimento satisfatório às gestantes, parturientes e puérperas. As mudanças são difíceis e lentas, porém algumas propostas podem ser colocadas em prática de imediato, como levar a discussão acerca da comunicação com não verbais aos espaços de prática de saúde.

No âmbito científico ainda são incipientes os estudos envolvendo a análise da utilização das ações e serviços de saúde pela mulher surda no período perinatal, o que sinaliza a necessidade de maiores investigações nesta linha de estudo a fim de produzir conhecimento e subsídios para as ações políticas.

REFERENCIAS

1. Maciel MRC. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. São Paulo Perspec. 2000;14(2):51-6.
2. Pagliuca LMF, Fiuza NLG, Rebouças CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):411-8.
3. Santos AFF, Ninci APA, Cagnan A, Faria DM, Forato MC, Duarte RE et al. A linguagem na construção de identidades: o surdo e o Down. Língua Literatura Ensino. 2007;2(1):397-402.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
5. Santos EM, Shiratori K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. Rev Eletr Enferm.2004;6(1):68-76.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a língua brasileira de sinais e dá outras providências. Brasília, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, 2004.
8. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
9. Martins CR. A mulher surda na comunidade de surdos. Educ Ciênc Cult. 2008;13(2):41-9.
10. Silva IA, Gotardo GIB. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. Cienc Cuid Saúde. 2007;6(2):245-51.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70, 2009.
13. Pinheiro Filho TRC, Silva Filho JCB, Gonçalves ER, Dantas AMM, Hyppólito SB. Análise do conhecimento sobre DSTs e planejamento familiar entre deficientes auditivos e ouvintes de uma escola pública de Fortaleza. Rev Bras Educ Espec. 2010;16(1):137-50.
14. Freire DB, Gigante LP, Béria JU, Palazzo LS, Figueiredo ACL, Raymann BCW. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(4):889-97.
15. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.
16. D'Artibale EF, Bercini LO. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. Texto Contexto Enferm. 2014;23(1):109-17.
17. Araújo MDS, Okasaki ELFJ. A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal. Rev Enferm UNISA. 2007;8(1):47-9.
18. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: SAS, 2012.
19. Brasil. Minas Gerais. Conselho Regional de Enfermagem. Legislação e normas. Belo Horizonte: COREN-MG, 2013.
20. Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Rev Latino-Am Enferm. 2002;10(4):485-92.
21. Garcia ESGF, Leite EPRC, Nogueira DA. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. Rev Enferm UFPE online. 2013;7(10):5923-8.
22. Chaveiro N, Barbosa MA, Porto CC. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3): 578-83.
23. Teijo FP, García-Ruise S. Necesidad sentida de las mujeres sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario. Cult Cuid. 2010;14(28):49-56.
24. Oliveira HR, Lopes KS, Pinto NMM. Percepção da equipe de enfermagem acerca da assistência prestada ao deficiente auditivo. Rev Enferm Integr. 2009;2(1):165-75.
25. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):479-87.
26. Gomes V, Soares MC, Muniz RM, Silva JRS. Vivência do enfermeiro ao cuidar surdos e/ou portadores de deficiência auditiva. Enferm Glob. 2009;8(3):1-10.
27. Silva PS, Basso NAS, Fernandes SRCM. A enfermagem e a utilização da língua brasileira de sinais no atendimento ao deficiente auditivo. Rev UNINGÁ. 2014;17(1):5-12.
28. Aguiar FS, Marcucci RMB. Uso da linguagem brasileira de sinais (LIBRAS) na comunicação enfermeiro-paciente portador de deficiência auditiva. Rev Enferm UNISA. 2009;10(2):144-8.
29. Costa LSM, Almeida RCN, Mayworn MC, Alves PTF, Bulhões PAM, Pinheiro VM. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. Rev Bras Clín Med. 2009;7:166-70.

Recebido em: 06/09/2016

Revisões requeridas: 05/05/2017

Aprovado em: 04/01/2017

Publicado em: 08/01/2018

Autor para correspondência:

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Av. Doutor Sidney Chaves, 1171, apto 102, bloco H, Edgar

Pereira

Montes Claros/MG, Brasil

CEP: 39400-648