

COMO CITAR:

Rodrigues IA, de Freitas ASF, Mororó IS, Ferreira Júnior AR, Moreira DP, Franco RG de FM. Percepções da mulher surda acerca do cuidado no sistema de saúde da gestação ao puerpério. Rev Contexto & Saúde, 2022;22(46):e12532

Percepções da Mulher Surda Acerca do Cuidado no Sistema de Saúde da Gestação Ao Puerpério

Isadora Araujo Rodrigues¹, Alisson Salatiek Ferreira de Freitas²,
Isabele Taumaturgo Mororó³, Antônio Rodrigues Ferreira Júnior⁴,
Deborah Pedrosa Moreira⁵, Rosana Gomes de Freitas Menezes Franco⁶

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção da mulher surda acerca do atendimento no sistema de saúde durante o processo de pré-natal, parto e puerpério. **Metodologia:** Estudo de campo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com nove mulheres surdas que foram acompanhadas nos serviços de saúde durante os períodos citados. A coleta de dados aconteceu por meio de plataforma *on-line*, gravada em áudio e vídeo. Para organização das informações utilizou-se a análise temática. **Resultados:** Os resultados mostram que em todo o ciclo gravídico-puerperal há presença da barreira de comunicação, resultando na falha da promoção do cuidado, quando estas mulheres necessitam de uma terceira pessoa como interlocutor devido à falta de profissionais intérpretes nas instituições de saúde. **Conclusão:** A falha na acessibilidade para as mulheres surdas durante o atendimento nos serviços de saúde coloca-as numa posição de fragilidade, na qual estas tornam-se ainda mais vulneráveis por não receberem cuidado integral dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: pessoas com deficiência auditiva; saúde da mulher; assistência integral à saúde; gravidez; obstetrícia; período pós-parto.

DEAF WOMEN'S PERCEPTIONS ABOUT CARE IN THE HEALTH SYSTEM FROM PREGNANCY TO PUERPERIUM

ABSTRACT

Objective: To understand the perception of deaf women about care in the health system during the prenatal, childbirth and postpartum process. **Methodology:** A descriptive field study with a qualitative approach, carried out with nine deaf women who were followed up at the health services during the aforementioned periods. Data collection took place through an online platform, recorded in audio and video. To organize the information, thematic analysis is used. **Results:** The results show that throughout the pregnancy-puerperal cycle there is the presence of a communication barrier, disclosed in the failure to promote care, where these women need a third person as an interlocutor due to the lack of professional interpreters in health institutions. **Conclusion:** The lack of accessibility for deaf women during care at health services puts them in a position of fragility, in which they become even more vulnerable because they do not receive comprehensive care by health professionals.

Keywords: persons with hearing impairments; women's health; comprehensive health care; pregnancy; midwifery; postpartum period.

Recebido em: 14/7/2021

Aceito em: 11/5/2022

¹ Autora correspondente: Universitário Christus (Unichristus). R. João Adolfo Gurgel, 133 – Cocó, Fortaleza/CE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9343809662749464>. <https://orcid.org/0000-0002-0691-3818>. isadorarodrigues52@gmail.com

² Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/8069130015881208>. <https://orcid.org/0000-0002-4547-5785>

³ Centro Universitário Christus (Unichristus). Fortaleza/CE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9203588552674910>. <https://orcid.org/0000-0002-0554-1303>

⁴ Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/0183840557232248>. <https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>

⁵ Centro Universitário Christus (Unichristus). Fortaleza/CE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7652842018944459>. <https://orcid.org/0000-0003-4313-2479>

⁶ Centro Universitário Christus (Unichristus). Fortaleza/CE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3346625650375331>. <https://orcid.org/0000-0002-7780-538X>

INTRODUÇÃO

No âmbito da atenção à saúde da mulher a demanda para a criação das políticas de saúde surge de situações que envolvem diversos aspectos da vida baseados em seus indicadores epidemiológicos e determinantes sociais de saúde, perpassando a atenção em distintos ciclos da vida, da infância à fase adulta, trazendo, porém, a peculiaridade do ciclo gravídico-puerperal, existindo políticas que buscam apoiar e assistir esse público em sua integralidade¹.

Em 2011 foi desenvolvida a Rede Cegonha, visando a coibir as intervenções desnecessárias e insuficientes, focada em estratégias exitosas para alcançar a redução da mortalidade materna e infantil, redução de violência obstétrica e promover uma melhor qualidade de vida ao binômio mãe-filho². Essa política brasileira articula-se buscando promover universalidade do acesso, assim como a integralidade e a igualdade da assistência em saúde em preservação da autonomia, previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7 da Lei nº 8.080 de 1990, como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Apesar de politicamente asseguradas por leis e decretos, a realidade da mulher é, por vezes, negligenciada, por fatores pessoais e políticos, como uma condição específica de saúde associada ao indivíduo, afetando o padrão de assistência dos profissionais, havendo a quebra dos princípios do SUS⁴, não exercendo o cuidado holístico e humanista preconizado, deixando-as à parte de informações ou intervenções necessárias para o desenvolvimento saudável na gestação/puerpério.

Um retrato da quebra dos princípios do SUS pode ser identificado diante da assistência às mulheres surdas devido à sua singularidade. Além dos desafios da gestação, estas apresentam sua condição de saúde, associada à perda auditiva, como um problema de ordem sensorial, o que as fazem possuir uma comunicação não verbal baseada em uma linguagem visual-gestual⁵, quando a captação da mensagem é realizada pelos olhos e emitida pelas mãos, conhecida como Língua Brasileira de Sinais (Libras).

A comunicação entre uma pessoa surda e um profissional ouvinte torna-se deficiente por não existir uma língua comum que os una, refletindo na presença da barreira de comunicação e configurando-se como um obstáculo na relação, comprometendo o processo de cuidado do usuário devido à falha da comunicação⁶. A pessoa surda enfrenta desafios ante a comunicação, havendo situações incapacitantes de uma comunicação ativa e de uma interação de forma adequada em situações em que a comunicação oral é necessária, colocando o surdo em desvantagem⁷.

Entendendo a comunicação como uma ferramenta essencial para a assistência ao paciente⁸, exercendo papel de instrumento básico do cuidado por meio da escuta ativa, esta é primordial na promoção do vínculo entre profissional-paciente⁹. A comunicação entre o profissional ouvinte e a gestante surda, entretanto, torna-se incompleta e incoerente em razão da barreira de comunicação existente entre eles¹⁰.



A atenção deficiente é resultado do preconceito da sociedade sobre a mulher surda, sendo tratada como portadora de um corpo assexuado, tendo o exercício da sua sexualidade questionada, sendo, aos olhos da sociedade, o corpo dessa mulher apenas portador de funções biológicas¹¹.

Apesar dos desafios, a escolha da maternidade tem se tornado consciente entre mulheres surdas. Em um enfoque de inclusão fica claro que a surdez, por si só, nesse contexto, não impede que a mulher opte por ser mãe, no entanto a maneira de expor seus sentimentos e desejos é por meio de gestos e expressões, sendo, por vezes, interpretada de forma errônea pelo ouvinte.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo compreender a percepção da mulher surda acerca do atendimento no sistema de saúde durante o processo de pré-natal, parto e puerpério.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva de caráter qualitativo, realizada durante o primeiro semestre de 2021 com mulheres surdas assistidas em uma clínica escola de atenção primária de instituição de Ensino Superior privada no município de Fortaleza/CE.

Para a escolha dos participantes utilizou-se como critérios de inclusão terem sido atendidas durante o pré-natal, parto e puerpério nos serviços do sistema de saúde; possuírem como condição de saúde a surdez; terem a Libras como língua primária; e que pariram nos últimos 4 anos completos. Os critérios de exclusão foram mulheres com surdez parcial e mulheres com idade menor a 18 anos.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade compôs-se uma amostra total de nove participantes. O contato das participantes foi adquirido mediante o registro da clínica escola supracitada. O convite e o esclarecimento dos objetivos e processos da pesquisa ocorreram por meio de um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas: o WhatsApp.

A coleta de dados aconteceu *on-line* pelo WhatsApp, pelo item de videochamadas, sendo as entrevistas gravadas em áudio e vídeo. O aplicativo foi escolhido por ser de fácil acesso e de uso rotineiro para troca de mensagens pelas entrevistadas, e todas apresentavam domínio no manuseio, não sendo necessário acessar nenhuma plataforma além do aplicativo, tampouco *links* ou *e-mail*.

As falas foram traduzidas por um profissional tradutor e intérprete de Libras/Língua Portuguesa subsequentemente à resposta da entrevistada. O roteiro da coleta constituiu-se de uma entrevista semiestruturada, com duração, em média, de 40 minutos, composta por questões que identificassem o perfil da mulher e seus aspectos sociodemográficos e questões que envolvessem suas concepções sobre o processo gravídico-puerperal e sua vivência nos serviços de saúde durante esse período.

A análise dos dados deu-se posteriormente às entrevistas, sendo transcritas as falas traduzidas pela intérprete e avaliadas por meio da caracterização dos



dados segundo Minayo¹², cujos resultados foram transcritos e verificados a partir da saturação das falas, de maneira que surgissem as categorias temáticas, tendo como análise final a articulação entre os dados coletados.

Complementado a análise de dados, fez-se uso da teoria “A representatividade do Eu na vida cotidiana”, defendida por Erving Goffman¹³, para melhor compreensão das falas. A utilização dessa teoria deu-se por fazer uma análise teórica filosófica e sociológica acerca do comportamento da sociedade diante das circunstâncias da comunicação na vida cotidiana.

O estudo foi realizado em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 466 de outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, responsável pelos princípios éticos e científicos fundamentais de pesquisas com seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus – Unichristus – e aprovado sob o parecer número 3.851.675.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes incluídas no estudo totalizaram nove mulheres surdas, identificadas pelo símbolo alfanumérico M (mulher) e numeração de um a nove, onde M1 refere-se a primeira entrevistada e M9 a última entrevistada do estudo. A média de idade das participantes foi de 27 anos. Seis participantes encontravam-se em união estável e três delas com o estado civil solteiras. Acerca da escolaridade, duas têm Ensino Fundamental incompleto, quatro têm Ensino Fundamental completo e três ensino Médio completo. Já a média de filhos foi de dois a cada entrevistada.

Sobre os dados sociodemográficos, estudos internacionais, como de Ganle et al.¹⁴, realizado na África Subsaariana, afirma que pessoas com deficiência são um dos grupos mais marginalizados e socialmente excluídos em muitos países, e essa marginalização transcende várias esferas: tendo menores realizações na educação, menos oportunidades econômicas e maiores taxas de pobreza do que as pessoas sem deficiência, assim como saúde mais precária.

O acompanhamento do pré-natal e consultas puerperais em todas as entrevistadas aconteceu em serviços públicos, como também o período do parto e nascimento em hospitais/maternidades públicas, tendo a via de parto como abdominal em seis das nove entrevistadas. Houve, entretanto, somente uma intercorrência por sofrimento fetal agudo, e as demais três entrevistadas pariram de parto via vaginal, sendo uma com intercorrência por trabalho de parto prematuro.

Novo et al.¹⁵ enfatizam a importância da escolha da via de parto pela mulher, levando em consideração, todavia, suas opiniões, anseios e expectativas, de forma independente das condições clínicas, obstétricas ou demais orientações provenientes da assistência pré-natal, e considerando também a opinião feminina refletindo sua autonomia, devendo estar acoplada e não sobreposta aos critérios clínicos. Compreende-se que se há deficiência na comunicação entre o profissional e a parturiente, isso reflete na perda da autonomia da mulher e decorre num protagonismo falho ante o processo de parturição.



Ainda sobre o perfil das entrevistadas em relação ao período gestacional, houve dificuldades para coletar os dados sobre a quantidade de consultas dos pré-natais realizados devido à entrevista ter acontecido em plataforma virtual, tendo o desafio da comunicação e entendimento sobre onde encontrar as informações exatas no cartão pré-natal, não tendo êxito nesse processo, tendo retorno apenas de duas das nove entrevistadas, que informaram a média de quatro consultas com enfermeiros e quatro consultas médicas durante o pré-natal.

Para proceder à análise dos dados houve a categorização destes, a qual resultou em duas categorias temáticas discutidas a seguir.

Acolher e Escutar o Silêncio: trazendo a voz para a existência do ser mulher surda

Durante as entrevistas realizadas foi observada a ausência da participação ativa das mulheres como protagonistas no processo das consultas de pré-natal, tendo sempre alguém responsável por se expressar e responder pelas mesmas, retirando seu lugar de fala, tendo como principais figuras ocupando este lugar os seus familiares, como se pode observar na fala da M6: *“Minha mãe sempre me acompanhava; eu não tinha esclarecimentos profundos em relação às minhas consultas, eram mais simples (...)”*; ou na presença de amigos próximos, como traz a fala da M8: *“(…) Era bem complicado pra mim em relação a isso. Eu sempre tinha que... Às vezes eu ia acompanhada com um amigo e, às vezes, sozinha... [...] Não conversava comigo diretamente”*. As falas refletem a dependência da mulher surda de uma terceira pessoa, sendo necessário um indivíduo intermediador para expressar seus sentimentos e falas.

Essa dependência, dentro do contexto estrutural de organização dos serviços de saúde em que a mulher surda se encontra, torna-se necessária por ser uma opção que minimiza o impacto da barreira de comunicação, porém apresenta pontos negativos para a assistência dessa mulher. Segundo Santos¹⁰, a barreira de comunicação obriga o surdo a ter alguém como intermediador, como amigos e/ou familiares.

Esse aspecto de dependência leva a uma quebra de comunicação eficaz por se esperar que a ausência de compreensão esteja presente na relação do ouvinte e do surdo. É nesse contexto que se torna evidente a necessidade de um suporte comunicativo, que se faz presente por meio do intermediador.

O ouvinte, ao assumir o papel de intermediador da comunicação, incorpora o ser surdo na sociedade expressando-se pelo não ouvinte, tornando este dependente da presença do outro. Esta ação furta a individualidade, a privacidade e o direito de decidir do surdo. Por muitas vezes o interlocutor toma para si o papel que vai para além de facilitar a comunicação, tornando-se o magistrado da vida do surdo¹⁵.

Corroborando, Goffman¹³ defende que as ações são baseadas nas interpretações que o indivíduo tem da sociedade, trazendo reflexões do eu associado com o todo ao seu redor, refletindo no seu comportamento. A partir das suas interpretações, porém, em razão da presença do subjetivo em sua



relação de poder, o ouvinte assume a autonomia do surdo, podendo haver comunicação imprópria, estabelecida quando a ação decorre de uma definição equivocada da situação, causando confusão na compreensão e na necessidade do surdo.

Nas falas das mulheres surdas observa-se que esses intermediadores não dominam a Libras, como afirma a fala da M1: *“Toda vez que eu ia pra consulta, eu ia acompanhada da minha irmã. Minha irmã tem um pouco de conhecimento sobre Libras, né”*, o que torna a mediação falha, gerando a incerteza da promoção do cuidado realizado pelo profissional mediante as informações transmitidas por meio desta terceira pessoa.

Esse contexto torna a intermediação enigmática, gerando angústia ao sujeito surdo por não saber se foi compreendido pelo interlocutor e pelo profissional da saúde, como se observa na fala da M1: *“Eu estava muito preocupada por causa da comunicação. Alguns termos mais difíceis [...] Ai eu fiquei muito preocupada sim.”* Apesar, entretanto, da intermediação problemática, este auxílio na comunicação continuava a acontecer por ser o único disponível.

Para Goffman¹³, a comunicação imprópria, em virtude da má interpretação ou falta de compreensão da situação, proporciona uma coerção do indivíduo em sua sociedade por trazer situações constrangedoras e sentimentos negativos.

Evidenciou-se nas falas sentimentos como tristeza, invalidez e impotência, como em M5: *“Mas eu durante a consulta não tinha nada de comunicação de Libras, eu me sentia muito triste e preocupada.”*, deixando claro a frustração perante o seu atendimento, reflexo da comunicação falha, como traz M1: *“Comunicação não tinha. Se comunicava só com minha irmã, que os dois eram ouvintes”*; e M2: *“As consultas eu ficava muito na minha, eu não participava tanto. Falavam mais com a minha mãe e quando eu chegava em casa ela tentava me explicar algumas coisas. [...] Era muito difícil eu me comunicar com minha mãe. Eu não entendia muito bem, nem ela conseguia se comunicar muito bem comigo”*.

Percebe-se que a mulher é ausente no seu papel de protagonista, passando a ser dependente e frágil devido à falta de informações seguras e fundamentadas, ficando à parte do seu próprio cuidado, recebendo informações superficiais traduzidas de terceiros.

Segundo Santos¹⁰, a participação da família e/ou amigos, como intermediadores, pode ser apontada, em parte, como negativa, comprometendo a privacidade e a autonomia da mulher surda, podendo provocar, em algumas situações, constrangimento e omissão de informações por vergonha à exposição, inibindo a responsabilização do surdo sobre sua própria saúde, à medida que este transfere para outra pessoa o controle sobre as informações a respeito de si.

Além dos fatores citados, a própria barreira de comunicação existente com os profissionais de saúde coloca essa mulher num lugar de vulnerabilidade. Pode-se observar, em suas falas, o anseio por informações, sempre citando as consultas pré-natais como superficiais, quando as informações não eram claras em razão da presença da barreira de comunicação, a qual não era superada pela



presença da terceira pessoa, como se evidencia na fala da M5: *“Eu tinha dúvida sobre o parto [...] sobre alimentação; eu também queria saber alguns detalhes sobre a fome... Afff, como eu sentia fome”*.

A ausência do entendimento sobre informações básicas e orientações aprofundadas e fundamentadas, assim como sobre o parto, fragilizam o processo de cuidado, posto que as consultas de pré-natais possuem o intuito de promover a efetivação dos cuidados básicos por meio de orientações e, ainda, com ênfase no preparo da gestante para o parto¹⁶, reafirmado pela fala da M6: *“Eu não tinha esclarecimentos profundos em relação às minhas consultas, eram mais simples”*.

Segundo Adigun e Mngomezulu¹⁷, o período gestacional envolve a avaliação clínica do feto e da mãe por meio de uma comunicação clara e segura, que envolva informações úteis sobre serviços de saúde, exercícios e manutenção nutricional, a fim de prevenir o desenvolvimento de complicações relacionadas à gravidez e promovendo um parto fácil e seguro.

As consultas pré-natais, dentro da rede de atenção primária à saúde, têm como objetivo acolher, identificar riscos e orientar a mulher no seu processo gestacional. Segundo Travancas e Vargnes¹⁸, no pré-natal o profissional deve atuar como educador de saúde, buscando estimular a autonomia da mulher, preparando-a física e psicologicamente para o parto e maternidade e, como tal, precisando ser um momento de intenso aprendizado e troca de informações. Esse preparo atua na minimização do medo e insegurança do que está por vir, como trabalho de parto e puerpério, refletindo na evolução positiva durante esses momentos.

O acolhimento dessa mulher dentro das redes de atenção à saúde, seja no aspecto da atenção primária à saúde ou hospitalar, no contexto da maternidade, é indispensável para o decorrer do seu cuidado, estando este acolhimento baseado na consolidação de relações firmadas na confiança entre os profissionais e usuárias do serviço de saúde.

Nessa perspectiva, a comunicação é caracterizada como indispensável para a execução do acolhimento, contribuindo para a resolubilidade do problema e a concretização e fortalecimento de vínculos, por meio de um canal de comunicação que permita um entendimento de ambas as partes para estabelecer um relacionamento e troca de informações seguras¹⁹.

É importante enfatizar que a comunicação é um instrumento decisivo na promoção de saúde por meio da identificação de problemas, podendo se caracterizar pela ausência de empatia ou assistência de baixa qualidade quando a compreensão é prejudicada²⁰. A problematização da barreira de comunicação entre surdo e ouvinte é devido às linguagens distintas, quando a língua primária do surdo é a Libras. Em uma sociedade na qual a língua oral é predominante e, portanto, as pessoas necessitam se adaptar a ela para se integrar no meio social, a população não está preparada para acolher o indivíduo surdo⁸, tendo impacto também nos profissionais de saúde.

Durante as entrevistas observou-se nas falas o relato da barreira de comunicação presente em todo o ciclo gravídico puerperal, não somente durante



o pré-natal, apesar da ênfase das barreiras de comunicação nas consultas, mas ocorrendo, também, durante o trabalho de parto e parto.

Quando falamos de parto humanizado nos referimos ao parto que respeite as escolhas da mulher, visando à autonomia e ao protagonismo, garantindo uma boa prática assistencial com respeito aos princípios da integralidade e acolhendo a parturiente de forma global, permitindo uma experiência positiva nesse processo. Segundo Cardoso²¹, durante o atendimento prestado à mulher é essencial a realização do acolhimento com empatia na abordagem humana, proporcionando segurança, conforto e escuta ativa.

Na fala da M8 – *“No parto também a mesma situação, sem comunicação acessível. [...] Como eu falei, é muito ruim... Muito ruim! Uma situação triste. Apesar de ser algo normal, comum de acontecer”* – nota-se a falha do atendimento baseado na humanização. Travancas e Vargnes¹⁸ afirmam que o acolhimento é fundamental para a humanização, uma vez que é a partir das atitudes dos profissionais que a mulher compreenderá os cuidados e poderá vir a amenizar o medo decorrente de todo o processo.

A escuta acolhedora às mulheres sobre a dor, suas inseguranças e suas diferentes formas de vivenciá-las e expressá-las, é o passo para iniciar a atenção humanizada e de qualidade, devendo ser realizada e respeitada por todos os profissionais de saúde¹⁸. Na fala da M7 lê-se: *“A minha irmã que me ajudou, ela me explicava tudo. Eu sozinha seria impossível [...] No trabalho de parto o doutor pediu pra eu ficar andando, mas é tanta dor, parecia que tava apertando, esmagando minhas costas. Eu chorava de dor, muita dor. Eu não conseguia, era muita dor. Gritava de dor”*.

A escassez de conhecimento sobre o próprio corpo e o processo fisiológico do trabalho de parto causa temor pelo desconhecido, dificultando lidar com a dor e seu processo, aumentando suas inseguranças. Um estudo, realizado na cidade do Cabo, mostra que as mulheres surdas se sentiam incapazes de comunicar a dor²².

Na teoria “A representação do Eu na vida cotidiana”¹³ o autor afirma que, muitas vezes, a relação entre uma pessoa em posição superior subjuga a pessoa em posição inferior, que traz para si a responsabilidade de se comportar em momentos que naturalizem a situação vivenciada para evitar atritos a seu subjugador. Ou seja, a mulher muitas vezes se ausenta de manifestar-se sobre o processo de controle do seu corpo e aceita seu papel de mero receptor das ações e comandos dados para que o processo do parto ocorra.

As falas da M2 – *“(...) Eu fui parir sozinha, minha família, minha mãe na segunda gestação, na hora do parto, não pôde me acompanhar. [...] Não conseguia expressar meus sentimentos; eu ficava mais na minha, calada, reprimida, por não saber como me expressar”* – e M9 – *“Eu tava com medo, com tanto receio, porque minha mãe não podia ir comigo”* – sugerem a dependência de um mediador para a comunicação entre o profissional e a mulher surda. A ausência desse personagem faz a mulher sentir-se subjugada e incapaz de expressar suas necessidades.



Segundo Gomes et al.²³, a presença do acompanhante durante o parto e nascimento é uma ação convergente à humanização da atenção à saúde, sendo considerada uma prática dignificante no cuidado à mulher durante o parto.

Nesse contexto, a M7 comenta: *“O médico do pré-natal me falou sobre eu ter direito de ter alguém pra me acompanhar na hora do parto, me ajudar na comunicação, tanto que no hospital, quando disseram que não podia acompanhante eu disse que não podia tá sozinha, porque eu era surda, eu precisava me comunicar”*, enfatizando que quando há o entendimento da informação, refletindo na comunicação segura, a mulher consegue pôr em prática o aprendizado e ter pleno vigor do seu direito, assegurado no Brasil pela Lei 11.108, que garante como um direito da parturiente a presença do acompanhante, e pela Portaria 1.459, que instituiu a Rede Cegonha.²⁸

A superficialidade do cuidado no pós-parto é explícito na fala da M6: *“Eu não tive informações nenhuma no pós-parto. Quando eu fui, só perguntavam se tava tudo bem e eu dizia que tava tudo bem e só isso”*. Percebe-se a escassez de informações durante o pós-parto, posto ser um momento que deve ter atenção especial em razão dos riscos para intercorrências e necessidade do conhecimento para o exercício do autocuidado e o reconhecimento de sinais de alerta ou alterações do corpo, e também quanto às dúvidas acerca dos cuidados com o bebê e consigo mesma.

Nas falas de M4 – *Eu não entendia muito bem o que é que tava acontecendo comigo [...] Não sabia muito o porquê eu tava passando por essas coisas* – e M7 – *“Eu tinha medo até de derrubar minha bebê”* – percebe-se o desconhecimento sobre a fase puerperal em seu contexto biológico e fisiológico, e também nota-se a imaturidade no cuidado prestado ao bebê, colocando o binômio em situação de vulnerabilidade, observadas as situações a que estes estão expostos pela falta de informações que resulta no risco de falha do cuidado. No âmbito da atenção primária à saúde, a visita domiciliar no pós-parto é um momento ideal e oportuno para identificação precoce de agravos à saúde materna e do recém-nascido, empregando um olhar holístico sobre o binômio mãe-filho, assim como para seu núcleo familiar, objetivando detectar sinais que possam evoluir para agravos importantes²⁴.

A falha na comunicação estimula que essas mulheres busquem informações em outros meios de comunicação, como internet ou familiares e conhecidos, como também a própria comunidade surda²⁵, não garantindo que as informações que serão adquiridas tenham fundamento e segurança, como afirma M7 ao informar que quem a orientou sobre os cuidados pós-parto e com o bebê foi sua própria irmã: *“(...) Quem me deu informações foi a minha irmã. Então minha irmã que falou pra mim os cuidados que eu tinha que ter”*.

Identificando sua segregação no contexto dos serviços de saúde, a comunidade surda tende a compartilhar suas experiências e incertezas com outros surdos, relatando dúvidas sobre a fase vivenciada, pois possuem restrição de acesso aos meios de informação qualificados²⁵, recebem informações de familiares ou buscam estas em mídias sociais, sendo informações inseguras, acarretando vivências duvidosas e não recomendáveis, com ações errôneas e prejudiciais a si ou ao bebê.



A falta de informação e assistência por parte dos profissionais fragiliza o êxito da amamentação, causando, por vezes, o desmame precoce, trazendo prejuízos ao desenvolvimento físico e intelectual das crianças²⁶.

Segundo Corrêa et al.²⁷, o puerpério ocorre na continuidade do cuidado, quando as informações compartilhadas sobre este momento devem ser oriundas desde as consultas pré-natais já preparando a mulher, assim como também esta deve receber informações durante o período de internação hospitalar após o parto, sendo um período crítico de transições biológicas, psicológicas, comportamentais e socioculturais que exigem a necessidade do entendimento e ajuste à nova realidade. As informações compartilhadas no puerpério são importantes para a propagação do conhecimento e entendimento da mulher em seu novo ciclo, promovendo autonomia e responsabilidade para consigo e seu bebê.

Direitos e Movimentos para o Exercício da Cidadã Surda

A inclusão da comunidade surda na sociedade ouvinte é um processo de luta pelos direitos e deveres do cidadão surdo e todos os que são aspirantes do movimento. O direito à saúde é um dos eixos que são trabalhados como necessidade de inclusão, tendo a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência, em suas diretrizes, proposto a promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência bem como a sua assistência integral à saúde e sua prevenção, além de sua ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência, buscando desenvolver a capacitação de recursos humanos²⁸.

A presença da barreira de comunicação traz a essa mulher o sentimento de exclusão ao cuidado pelo profissional de saúde, como afirma M9: “É muito ruim você não tá inserida no seu próprio atendimento; *então é isso, acho que falta acessibilidade*”. A fala evidencia os impactos negativos na vida dessa mulher e no seu desenvolvimento materno, assim como traz impacto significativo na saúde pública, sendo considerado a garantia da acessibilidade uma falha no sistema de saúde.

Vale ressaltar que a exclusão dos surdos no processo de comunicação que envolvem a troca verbal de ideias ou pensamentos em discursos sociais ou de saúde, potencializa as experiências traumáticas associadas à surdez⁷.

O anseio dessas mulheres pela acessibilidade na comunicação é vigoroso, dando ênfase na fala da M5: “Minha vontade maior era que tivesse comunicação em Libras”. e complementa M7: “*Sabe, é um direito. Nós temos o direito de comunicação acessível, perguntar e explicar para nós. Então durante a consulta eu tinha dúvidas (...)*”. Destaca-se que essas mulheres têm conhecimento do seu pleno direito à integralidade do cuidado, como afirma a M9: “*mas nós surdos também temos os nossos direitos e nossa forma própria de se comunicar e nós exigimos essa comunicação diferente que precisa também ser vista*”.

Existe, todavia, a barreira de comunicação que fragiliza a expressão de sua vontade, demonstração e luta pelos seus direitos, sendo necessária a transferência dessa manifestação para terceiros, observado esse aspecto na fala da M7: “*(...) quem me acompanhou foi minha tia e eu percebi que ela tava lutando por mim, pelos meus direitos no hospital*”.



O acesso à saúde pela mulher surda em seu ciclo gravídico puerperal, assim como por qualquer outra pessoa com deficiência auditiva, está assegurado desde a aprovação da lei brasileira nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que propõe a implantação da Libras nas instituições públicas de saúde e a garantia do atendimento e tratamento adequados aos portadores de deficiência auditiva²⁸.

Para Goffman¹³, “uma representação é socializada, moldada e modificada para se ajustar à compreensão e às expectativas da sociedade em que é apresentada.” Ou seja, a busca pelo reconhecimento do ser surdo com representação dos seus direitos, nada mais é que a busca pelo reconhecimento do ser cidadão na sociedade em que vive.

Somente o acesso perante as leis, entretanto, não é suficiente quando é necessário uma terceira pessoa envolvida para responder e se expressar pelo indivíduo. Para a população surda é preciso um intermediador para que aconteça o cuidado, sendo este o profissional tradutor e intérprete de Libras/ Língua Portuguesa.

O intérprete é o intermediador ideal para participar nesse processo com o sujeito surdo, porém a ausência desses profissionais dentro das unidades de saúde é a realidade vigente¹⁷, podendo ser observado na fala da M7: “(...) *Mas como isso não tinha pra mim (o intérprete), eu chamava algum familiar ou tinha que pagar pra ir um intérprete junto comigo*”. A gestante teria de arcar com o custo da contratação de um profissional, que está previsto pela Lei, para que tenha um atendimento digno, ou comunicar-se com a Prefeitura da cidade para solicitar a presença do profissional, que não é tarefa fácil e raramente respondida. Continua a M7: “*Aí tínhamos que entrar em contato com a Prefeitura e ela solicitar que o intérprete vá até o local para que tenha a comunicação. Então são muito difíceis essas barreiras*”.

Associando a fala das mulheres sobre a ausência do intérprete nos serviços de saúde, Mitra et al.²⁹ relatam em estudo em que apenas 17% das mulheres surdas recebem um intérprete de linguagem de sinais, tendo, então, uma comunicação eficaz raramente alcançada. Nesse contexto, o principal obstáculo enfrentado pela comunidade surda é a falta de conhecimento dos profissionais sobre a Libras e a escassez de intérpretes nos serviços de saúde, deixando-os à parte de sistemas informativos e acessíveis, aumentando sua vulnerabilidade¹⁰.

Como limitações do estudo, este apresenta a população restrita com realidades da mesma região, sendo necessários estudos em mais ampla escala sobre a temática, assim como a presença do intérprete e tradutor de Libras, podendo este ter viés de sinônimos durante o processo de tradução para a língua portuguesa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que a acessibilidade ante a mulher no seu contexto gravídico-puerperal é precária, estando esta vulnerável e fragilizada durante um momento em que o apoio é fundamental devido às alterações de aspectos físicos, psicológicos e sociais, trazendo dúvidas e anseios bem como a frustração de não conseguirem sanar suas dúvidas nos serviços de saúde. Este



problema é potencializado pela barreira de comunicação que age de forma divergente para a concretização desse cuidado, ficando as mulheres à parte do que lhes é assegurado por lei.

Para que se possa evoluir no contexto da assistência no pré-natal, no nascimento ou no puerpério, é preciso uma mudança de visão, sensibilizando os profissionais pela busca do respeito à individualidade, ao protagonismo da mulher no parto e à cultura, crenças e vontades da gestante. Assim, é necessária a capacitação dos mesmos em linguagem de sinais ou, no mínimo, a garantia da presença do profissional intérprete para que haja a efetivação do cuidado de excelente qualidade.

Dessa forma, é possível apoiar as mulheres surdas e ajudá-las a receber informações para contribuir com os seus conhecimentos para prestarem o cuidado aos seus filhos e também seu autocuidado, alcançando o empoderamento sobre seu corpo e suas vontades, minimizando medos, ansiedades e temores por meio da comunicação efetiva, clara e segura, tendo gozo pleno do seu direito como mulher e cidadã.

REFERÊNCIAS

- ¹ Ferreira VC et al. Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação médica: agravos no contexto de pandemia. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2020;44(Suppl 01). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200402>
- ² Bittencourt SDA. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/ Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc. Saúde Coletiva*. mar 2021;26 (3).
- ³ Gomez CM. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* jun. 2018;23(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.0492208>
- ⁴ Souza MFNS et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Rev. Cefac*. maio/jun. 2017;19(3):395-405.
- ⁵ Silva CM, Silva DNH. Libras na educação de surdos: o que dizem os profissionais da escola? *Psicologia Escolar e Educacional*. jan./abr. 2016;20(1): 33-43.
- ⁶ Lopes MP, Vianna NG, Silva, EM. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Revista Saúde e Pesquisa*. maio/ago. 2017;10(2):212-221. ISSN 1983-1870-e-ISSN 2176-9206
- ⁷ Adigun OT, Akinrinoye O, Obilor HN. Including the Excluded in Antenatal Care: A Systematic Review of Concerns for D/deaf Pregnant Women. *Behav Sci (Basel)*. 2021;11(5):67. Published 2021 May 1. DOI: 10.3390/bs11050067
- ⁸ Oliveira YCA, Celino SDM, Costa GMC. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [Online]*. 2015;25(1).
- ⁹ Arpini DM et al. Recursos metodológicos de investigação em psicologia no âmbito da saúde materno-infantil. *Contextos Clínicos*, maio/ago. 2018;11(2).
- ¹⁰ Santos AS, Portes AJF. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>
- ¹¹ 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*. jan./mar. 2018;10(1):123-129.
- ¹² Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.



- ¹³ Goffman E. A representação do Eu na vida cotidiana. 10. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
- ¹⁴ Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva na África Subsaariana: Uma revisão sistemática. *PLoS One*. out. 2020;15(10):e0238585. DOI: 10.1371/journal.pone.0238585
- ¹⁵ Novo JLVG et al. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. *Rev Fac Ciênc Méd*. 2017;19(2):67-71. DOI: 10.23925/1984-4840.2017v19i2a4
- ¹⁶ Melo DSA et al. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev Enferm UFPE on-line*. fev. 2016;10(Supl. 2):814-20.
- ¹⁷ Adigun OT, Mngomezulu TP. “They Forget I’m Deaf”: Exploring the Experience and Perception of Deaf Pregnant Women Attending Antenatal Clinics/Care. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):96. DOI: 10.5334/aogh.2942
- ¹⁸ Travancas LJ, Vargnes OMC. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*. 2020;10(e96):1-24. DOI: 10.5902/2179769241385
- ¹⁹ Sousa EM, Almeida MAPT. Atendimento ao surdo na atenção básica: perspectiva da equipe multidisciplinar. *Id On Line Rev. Psic*. jan. 2017;10(33).
- ²⁰ Coriolano-Marinus, MWL et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc*. 2014;23(4):1.356-1.369.
- ²¹ Cardoso, CD et al. A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. *REAS/EJCH*. 2020;Sup.(41):e2442. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2442.2020>
- ²² Gichane MW, Heap M, Fontes M, London L. “They must understand we are people”: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disabil Health J*. 2017;10(3):434-439. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.03.016
- ²³ Gomes IEM et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*. 2019;9(e61):1-18. DOI: 10.5902/2179769234170
- ²⁴ Honorato, MB et al. Avaliação da assistência puerperal no âmbito da atenção básica. *REAS/EJCH*. 2020;12(11):e4992. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4992>
- ²⁵ Lobo MC. Adolescente surdo e os conflitos da idade: o olhar da psicologia. *Revista NEP (Núcleo de Estudos Paranaenses)*. dez. 2016;2(5):132-143. ISSN 2447-5548
- ²⁶ Lopes ALS et al. Percepção das puérperas acerca das orientações de enfermagem quanto ao aleitamento materno. *Braz. J. of Develop*. jul. 2020;6(7):50.581-50.596. ISSN 2525-8761
- ²⁷ Corrêa MSM et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(3):e00136215.
- ²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
- ²⁹ Mitra M, McKee MM, Akobirshoev I et al. Pregnancy, Birth, and Infant Outcomes Among Women Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Am J Prev Med*. 2020;58(3):418-426. DOI: 10.1016/j.amepre.2019.10.012



Todo conteúdo da Revista Contexto & Saúde está
sob Licença Creative Commons CC - By 4.0