

Profissionais da enfermagem surdos: experiências de interação social e comunicação na prática profissional*

Aline de Barros Campanelli Lima¹

 <https://orcid.org/0009-0009-9210-3392>

Bárbara Barrionuevo Bonini¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8732-0634>

Destaques: (1) A inclusão de pessoas com deficiência auditiva na enfermagem ainda é parcial. (2) A presença de profissionais surdos contribui para a conscientização sobre a surdez. (3) Essa presença auxilia na redução das desigualdades no acesso à saúde. (4) Com as devidas adaptações, a comunicação torna-se viável. (5) É fundamental a colaboração entre a sociedade e os profissionais da enfermagem surdos.

Objetivo: explorar a inclusão de profissionais da enfermagem surdos nas dimensões da acessibilidade atitudinal e comunicacional no ambiente de trabalho. **Método:** estudo qualitativo, transversal e descritivo, fundamentado na história da inclusão de pessoas com deficiência e nas sete dimensões da acessibilidade de Sasaki. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas *online* com profissionais da enfermagem surdos. A análise seguiu o método de Análise Temática de Braun e Clarke. **Resultados:** participaram oito profissionais, sendo seis enfermeiros e dois técnicos de enfermagem, com graus de perda auditiva de leve a profunda. Emergiram dois temas principais — Acessibilidades e Barreiras — e quatro subtemas: acessibilidades atitudinais (representatividade, apoio e convivência inclusiva) e comunicacionais (uso de estratégias adaptadas de comunicação); barreiras atitudinais (capacitismo, invisibilidade da surdez e discriminação) e comunicacionais (máscaras de proteção, ambientes ruidosos, uso da escrita e fadiga auditiva). Apesar de avanços pontuais, persistem barreiras estruturais e culturais que dificultam a plena inclusão desses profissionais. **Conclusão:** a inclusão de pessoas com deficiência auditiva na enfermagem ainda é parcial nas dimensões atitudinal e comunicacional. A presença desses profissionais contribui para a conscientização sobre a surdez, quebra de estigmas e fortalecimento de práticas de acessibilidade, essenciais para uma enfermagem mais diversa e equitativa.

Descritores: Surdez; Enfermagem; Inclusão Social; Prática Profissional; Interação Social; Comunicação.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Ser profissional da enfermagem e pessoa com deficiência auditiva: as experiências vividas durante a formação e o exercício profissional", apresentada ao Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Unidade Paulista II, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Lima ABC, Bonini BB. Deaf nursing professionals: experiences of social interaction and communication in professional practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4912 [cited ____]. Available from: _____.
https://doi.org/10.1590/1518-8345.8211.4912

ano mês dia

URL

Introdução

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD Contínua) de 2022, 1,2% da população total do País, ou seja, 2,51 milhões de brasileiros, possuem dificuldade para ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo⁽¹⁾. Entretanto, essa parcela populacional ainda encontra dificuldade de adentrar diversos espaços sociais, como o mercado de trabalho⁽¹⁾. A PNAD também aponta que, dos indivíduos com dificuldade para ouvir, 24,4% possuem uma ocupação. De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2023, o número de pessoas com deficiência auditiva (DA) no mercado de trabalho formal era de 113.471 trabalhadores, totalizando 0,21% do estoque total do país⁽¹⁾.

Esse cenário de baixa inserção se repete na área da saúde, assim como para aqueles que desejam adentrar na enfermagem⁽²⁾. Além disso, não há sequer dados estatísticos disponíveis sobre o número total de profissionais da enfermagem com surdez nas apurações dos órgãos da classe. Por fim, de acordo com o Censo da Educação Superior, entre os anos de 2010 e 2023, dos alunos que se graduaram em enfermagem, somente 0,04% tinham DA e 0,01% tinham surdez⁽³⁾.

Dessa forma, pouco se sabe sobre a realidade desses profissionais, sobre como é atuar na enfermagem e conviver com a DA ao mesmo tempo. Visto isso, buscou-se explorar a inclusão de profissionais da enfermagem surdos nas dimensões da acessibilidade atitudinal e comunicacional no ambiente de trabalho.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa⁽⁴⁾.

Referencial teórico

A Inclusão Social é um movimento em prol de pessoas com deficiência (PCD) que iniciou no fim do século 20 e início do 21. Seu objetivo é instituir uma sociedade verdadeiramente para todos, baseando-se em seis princípios: celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, igual importância das minorias e cidadania com qualidade de vida. Para isso, é necessária a cooperação entre sociedade e PCD⁽⁵⁾.

Entretanto, as práticas sociais em relação às PCD já atravessaram diferentes fases ao longo dos anos. Inicialmente, várias culturas praticavam a Exclusão Social de sujeitos com condições atípicas, os apartando,

institucionalizando-os ou até eliminando-os, uma vez que esses eram considerados inválidos. Em seguida, passaram a surgir entidades especializadas por tipo de deficiência, como escolas especiais, centros de habilitação e reabilitação, oficinas protegidas de trabalho, entre outros, dando início à Segregação Institucional. A partir de 1960, surgiu a Integração Social, na qual não se objetivava uma plena participação de indivíduos com deficiência nos setores sociais, mas simplesmente uma inserção deles nos espaços de convívio sem que adaptações adequadas fossem feitas. As PCD que passassem a participar ativamente da sociedade o fariam por meio de mérito pessoal, alcançando os padrões sociais definidos⁽⁵⁾.

Para Sassaki, existem sete dimensões da acessibilidade, elaboradas de forma a esclarecer a aplicação prática dos conceitos propostos no movimento da inclusão, auxiliando na identificação das barreiras de acessibilidade e mitigação dessas⁽⁶⁾. São elas: arquitetônica, atitudinal, comunicacional, instrumental, metodológica, natural e programática. Nesta investigação, destacam-se as dimensões atitudinal e comunicacional nos espaços de trabalho. A primeira versa sobre acesso sem barreiras resultantes de preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade com os demais⁽⁶⁻⁷⁾. Já a segunda versa sobre o acesso sem barreiras na comunicação em suas mais diferentes formas: escrita, verbal, gestual, Língua Brasileira de Sinais (Libras), facial, corporal, pessoalmente ou à distância, na saúde, e entre outros⁽⁵⁾.

Local e período da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas via *Zoom Meeting*, de 15 de agosto a 11 de dezembro de 2024. Durante as entrevistas, tanto os participantes como o entrevistador estavam em suas casas, em um cômodo com privacidade.

Participantes

Os participantes foram pessoas com surdez, com idade ≥ 18 anos, profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar) que possuíam inscrição ativa em conselho de classe e que estavam atuando em qualquer área relacionada à enfermagem. A técnica de amostragem utilizada foi a bola de neve⁽⁴⁾.

Instrumento de coleta de dados

Optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas via *Zoom Meeting*, conduzidas pela primeira autora, enquanto

aluna do mestrado profissional em enfermagem, com orientação da segunda autora, enquanto orientadora. Foi realizada uma entrevista-piloto, visto que esta era a primeira experiência da aluna, para testagem e possíveis ajustes.

A duração média das entrevistas foi de 40 minutos, incluindo a apresentação do entrevistador (nome e instituição), a explicação dos objetivos, o esclarecimento

de dúvidas, a resposta às perguntas e o encerramento. As conversas foram gravadas em vídeo e áudio utilizando o recurso da própria plataforma. Também foram tomadas notas das entrevistas, como impressões do entrevistador.

O roteiro das entrevistas foi elaborado em duas partes: caracterização demográfica e perguntas norteadoras (Figura 1).

Perguntas	Alternativas	
	Enfermeiro	Técnico de enfermagem
Qual sua categoria profissional?	Auxiliar de enfermagem	
Qual seu grau de surdez?	Leve	Moderado
	Severo	Profundo
Quando sua surdez se instalou?	Pré-lingual	Pós-lingual
Você é oralizado?	Sim	Não
Qual sua primeira língua?	Português	Libras
Você sabe Libras?	Sim	Não
Você utiliza aparelho auditivo?	Sim	Não
Você faz leitura labial?	Sim	Não
Idade:		
Cidade onde você trabalha:		
Ano de formação no curso técnico ou graduação:		
Tempo de atuação na enfermagem:		
Você trabalha em qual nível de atenção à saúde?	Nível primário	Nível secundário
	Nível terciário	
Seu trabalho é da iniciativa:	Pública	Privada
Como foi para você adentrar o mercado de trabalho sendo uma pessoa com surdez?		
Foi feita alguma adaptação para receber você onde você trabalhou/trabalha?		
Você considera que existem pontos positivos em ser um profissional da enfermagem com surdez? Se sim, quais?		
Você considera que existem desafios na atuação enquanto profissional da enfermagem com surdez? Se sim, quais?		

Figura 1 – Roteiro da entrevista

As entrevistas foram realizadas apenas uma vez com cada participante em data e hora de sua preferência. Apenas um participante, por se comunicar exclusivamente por meio de Libras, necessitou do acompanhamento de um intérprete.

Coleta de dados

Todo o banco de dados foi armazenado na plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCap).

Os intermediários iniciais, ou “sementes”, foram indivíduos com quem a pesquisadora já possuía contato prévio e que, inclusive, poderiam tornar-se participantes⁽⁴⁾. Para que pudessem convidar outros participantes, as sementes receberam uma mensagem específica sobre o projeto e um link para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite, o participante indicou três dias e horários para a realização

da entrevista e poderia apontar se haveria necessidade de intérprete de Libras durante a conversa.

Foi então solicitado que aqueles que aceitaram participar da pesquisa convidassem outras pessoas⁽⁴⁾. O encerramento da coleta foi definido quando não surgiram novos participantes, e entendeu-se que os dados obtidos já permitiam alcançar o objetivo proposto.

Foram registrados 17 acessos ao REDCap, mas apenas oito resultaram em entrevistas válidas. Oito acessos estavam incompletos a partir do TCLE e um participante foi excluído por não ser graduado em enfermagem, sendo orientado sobre os critérios de inclusão.

Análise dos dados

Primeiramente, as gravações das entrevistas foram anexadas ao *software* Transkriptor, que utiliza Inteligência

Artificial (IA) para realizar a transcrição de áudios em textos⁽⁸⁾. Contudo, para garantir a qualidade dos dados, todo material foi revisado diversas vezes para corrigir quaisquer falhas. As transcrições não foram devolvidas para os participantes.

Em conformidade com o conceito de Ciência Aberta, todo conjunto de dados deste artigo, isto é, as entrevistas na íntegra, está disponível no repositório SciELO Data sob o mesmo nome deste artigo, por meio do link <https://doi.org/10.48331/scielodata.OFSQFM>.

A análise dos dados foi feita segundo a análise temática de Braun e Clarke. Esse processo foi feito dentro da plataforma Taguette, uma ferramenta gratuita, que facilita na codificação, categorização, identificação de padrões e geração de relatórios⁽⁹⁾.

A familiarização com o banco de dados ocorreu durante a transcrição das entrevistas, seguida de leitura integral do material. As fases dois e três envolveram a criação de códigos e temas iniciais, com foco nas individualidades de cada entrevista. Na fase quatro, realizou-se uma nova análise para refinamento das categorias, considerando o conjunto das entrevistas. Observou-se então a relação das categorias com as sete dimensões da acessibilidade propostas por Sasaki, o que levou a uma nova análise para verificar a adequação dos achados a essas dimensões⁽¹⁰⁾.

Considerações éticas

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, CAAE: 77221424.0.0000.0071, n.º do parecer 6.885.669.

Os participantes foram identificados por meio de um código alfanumérico (p. ex. P1, P2...), omitindo-se quaisquer informações sensíveis das transcrições.

Resultados

Ao final, foram realizadas oito entrevistas. As idades dos participantes variaram entre 26 e 39 anos, com média de 31 anos. Seis participantes são enfermeiros e dois são técnicos de enfermagem.

Os graus de surdez relatados variaram de leve a profundo, sendo que apenas três adquiriram a condição antes de aprender a falar. Apenas um participante possuía a Libras como primeira língua e não o português. Este mesmo indivíduo era o único que se comunicava somente pela Língua Brasileira de Sinais.

Dois participantes informaram saber Libras, três relataram saber somente o básico e três não possuíam nenhum conhecimento deste idioma. Somente dois indivíduos não utilizavam aparelho auditivo, os outros cinco utilizavam em ambos os ouvidos. Todos os entrevistados

declararam fazer leitura labial, empregando esse recurso com pouca ou grande frequência, conforme suas necessidades.

Quanto à carreira dos participantes na enfermagem, o tempo de atuação variou de oito meses a 17 anos, com média de 6,8 anos. Quatro atuavam no setor terciário de atenção à saúde e um no secundário. Para três participantes, essa pergunta não se aplicou, pois um trabalhava em um segmento governamental da saúde e dois eram professores. Por fim, os participantes eram das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil.

Ao todo, a análise passou por três versões até que fosse atingido um resultado satisfatório. Das sete dimensões da acessibilidade⁽⁶⁾, somente cinco eram aplicáveis aos resultados obtidos nas entrevistas. Entretanto, o presente artigo objetiva discutir somente as dimensões atitudinal e comunicacional. Estas dimensões foram então divididas em acessibilidades e barreiras. É fundamental ressaltar que os temas foram construídos a partir dos resultados obtidos e não previamente estabelecidos. Além disso, as descrições finais destes foram baseadas nos conceitos apresentados por Sasaki e adaptadas conforme as necessidades da análise.

Os temas são Acessibilidades e Barreiras. O primeiro diz respeito aos relatos nos quais foi possível identificar contextos alinhados a esforços de inclusão. Já o segundo é relativo aos relatos em que foi possível identificar barreiras que dificultaram a inclusão.

Do primeiro tema derivam os subtemas Acessibilidades atitudinais, com 34 códigos, e Acessibilidades comunicacionais, com 40 códigos. Do tema Barreiras derivam os subtemas Barreiras atitudinais, com 19 códigos, e Barreiras comunicacionais, com 24 códigos.

Acessibilidades atitudinais

Demonstram atitudes e comportamentos favoráveis à inclusão, como representatividade, apoio e convivência em igualdade. Alguns exemplos de códigos são:

No final, eu disse "[...] eu sou enfermeira dele, mas que eu também sou deficiente auditiva." [...]. Os avós daquela criança chegaram e disseram, "A DA não vai impedir o meu neto de ser quem ele quiser." (P6)

[...] eu acho que quando a pessoa quer e tem outras pessoas que ajudam e que adaptam, sempre é possível. (P5)

Muitas vezes, as meninas [equipe de enfermagem] falavam para mim que só depois que tiveram contato comigo que elas souberam como elas agiriam com esses pacientes [com DA], com a família desses pacientes. (P6)

[...] hoje todos os meus pacientes, quando eu falo, "Eu sou deficiente auditiva [...]", todos eles super aceitaram. (P6)

Eu acredito que eu não teria o nível de empatia que eu tenho hoje se eu não tivesse tido essa condição. (P1)

Acessibilidades comunicacionais

Demonstram o estabelecimento da comunicação entre o participante e outros profissionais, pacientes e suas famílias, por meio da adoção de diferentes estratégias. Alguns exemplos de códigos são:

[...] quando eu cheguei no setor, eu tive que dizer para todo mundo [...] "Eu não escuto bem, se você quiser falar comigo, fala comigo de frente ou toca em mim, que aí eu consigo falar com você, porque se você falar comigo de costas, eu não vou conseguir entender." (P1)

[...] eu falei assim, "Olha, já que você acha que a minha DA está impactando assim, então, a partir de agora, eu solicito que você me passe todo o plantão de todos os pacientes por escrito." (P5)

Eu fui atender um paciente e perguntei se ele poderia tirar a máscara, ficar só com a viseira [protetor facial transparente] e a gente manter a distância. Ele ficou com medo, mas tirou. (P2)

Quando eu vou me comunicar com pessoas idosas, eu uso mais gestos, porque eles já são idosos e aí não conseguem ler por conta da visão. (P7)

Barreiras atitudinais

Demonstram atitudes e comportamentos desfavoráveis à inclusão, como capacitismo, invisibilidade da surdez e discriminação. Alguns exemplos de códigos são:

E no âmbito do trabalho também, porque infelizmente há um capacitismo que as pessoas acham que, porque você é pessoa com uma deficiência, você é incapaz ou menos. [...] Não tem tanta habilidade como alguém ouvinte. (P1)

Acho que precisa ter mais abrangência na hora de receber a gente, e não menosprezar, porque apesar de não parecer, eu ainda sou um deficiente. (P3)

Eu soube [...] que houve colegas que perguntaram se eu podia ir para outro setor porque eu não ia conseguir estar naquele setor sendo que eu era uma pessoa que não escuta. (P1)

Então eu tive algumas dificuldades, realmente, com essas questões [compreensão dos outros profissionais da saúde quanto a DA] e eu pedi ajuda da coordenação. Foi bem atendido? Não necessariamente. (P3)

[...] teve uma paciente que queria aferir a pressão [...] e ela falou, "Nossa, só tem uma enfermeira no ambulatório e ainda me põe uma surda?". (P5)

Militar sobre isso é cansativo, muito cansativo. (P2)

Barreiras comunicacionais

Demonstram barreiras comunicacionais ocasionadas ou agravadas pela DA, como o uso de máscaras de proteção, ambientes ruidosos, uso da escrita e fadiga auditiva. Alguns exemplos de códigos são:

[...] é um ambiente [hospital] que estava todo mundo de máscara, então o meu poder de ler lábios acabou ali. (P3)

Aparelho auditivo nunca vai ser um ouvido. O aparelho aumenta muito todos os sons, todos! Então o barulho do ar-condicionado, para mim, vai ser muito alto, mas o barulho da voz, para mim, não vai ser alto. (P3)

[...] eu vejo que ainda tem uma certa barreira. Por exemplo, eu trabalho dentro da hemodinâmica, e a gente sabe que [...] tem barulhos. Tem alarme de bomba, alarme de monitor, alarme do cardioversor [...]. (P6)

Além disso, você sabe que surdos escrevem, muitas vezes, um Português de estrangeiro. Não é o Português convencional como todo mundo escreve. (P7)

[...] uma pessoa que não escuta bem e é profissional da saúde, lamentavelmente, já é uma pessoa muito mais ansiosa e cansada. [...] porque a gente faz um esforço maior do que as outras pessoas para entender as informações [...]. (P4)

O meu desafio maior é trabalhar nos setores mais confusos, tipo UTI e emergência, áreas que têm muito movimento, onde as pessoas não têm tempo de parar, muitas vezes, para conversar comigo, para dar atenção. (P7)

Discussão

A discussão dos temas foi organizada por dimensão. Inicialmente, serão apresentadas as formas de acessibilidade observadas, seguidas das respectivas barreiras em cada uma delas. Essa estrutura permite comparar os dois cenários de forma direta, possibilitando uma visualização mais clara e integrada de cada dimensão analisada.

Acessibilidades atitudinais

Um tema frequente nos relatos foram cenários de representatividade. Também conhecida como representação identitária, consiste em pessoas que atuam como referência de uma população, visto que possuem características similares às dos indivíduos representados⁽¹¹⁾. A presença desses indivíduos nas esferas sociais aumenta a conscientização da sociedade sobre PCD e a inclusão, como indicado na interação do P6 com a família de uma criança.

Por vezes, pacientes são afligidos por condições que podem ser vividas pelos próprios profissionais que lhes ofertam cuidado. Ou seja, a inclusão e a diversidade na saúde trazem ganhos substanciais no cuidado e na experiência do paciente⁽¹²⁾. Importa destacar, ainda, que a presença de profissionais cuja língua e cultura sejam iguais às de seus pacientes colabora com a redução das desigualdades de acesso à saúde. Adicionalmente, auxilia nesse processo por promover a educação e a conscientização dos demais profissionais sobre PCD⁽¹³⁾.

Outro ponto constantemente destacado foi a importância e o valor de receber apoio dos demais profissionais e das coordenações das instituições. Esse apoio, especialmente quando feito de forma genuína e não por considerar o indivíduo incapaz ou por pena, promove no profissional com deficiência maior autoconfiança e estabilidade⁽¹⁴⁾. Sassaki afirma que uma das consequências da inclusão é que este processo acaba por beneficiar não somente ao indivíduo com deficiência, mas também a comunidade⁽⁵⁻⁶⁾, como exemplificado pelos participantes 5 e 6.

Quanto aos pacientes e à aceitação deles em receber cuidados ofertados por um profissional da saúde com DA, embora existam relatos de recepção negativa, a maioria dos entrevistados relatou cenários positivos, como exemplificado por P6. Em uma investigação composta por profissionais da saúde com DA de diferentes áreas, evidenciou-se que, geralmente, os pacientes demonstravam reações neutras ou positivas ao atendimento desses profissionais⁽¹²⁾.

Além disso, uma característica que se relaciona com o cuidado ofertado é a empatia do profissional com seus pacientes. Um estudo demonstrou que estudantes de medicina com diferentes deficiências tinham menores chances de terem baixos níveis de empatia⁽¹⁵⁾, característica apontada pelo P1 como um ponto positivo que a surdez trouxe para sua atuação na enfermagem. Sendo assim, os achados de ambos os estudos estão em concordância com os resultados obtidos nesta investigação.

Barreiras atitudinais

Qualquer indivíduo pode enfrentar desafios no mercado de trabalho. Entretanto, aqueles com deficiência experienciam o *minority tax*, que, em tradução livre, seria “taxa para minorias”. Isso significa que, além das responsabilidades e dificuldades naturais desse ambiente, PCD lidam com entraves adicionais devido ao preconceito, isolamento, exclusão, entre outros⁽¹²⁾.

Um dos componentes desse fenômeno é o capacitismo. Este termo refere-se a julgar e discriminar uma pessoa com base nas capacidades corporais e mentais dela e usar isso para classificá-la como incapaz⁽²⁾. Infelizmente, alguns entrevistados, assim como P1, relataram ter experienciado esse fenômeno. É importante ressaltar que se trata de um constructo estrutural da sociedade, resultado de um sistema histórico de políticas, instituições e normas sociais, que desvalorizam e marginalizam PCD⁽²⁾. Os relatos indicam que ele pode partir de iniciativa institucional, como, por exemplo, não fornecendo acessibilidade comunicacional, ou pode ser em âmbito individual, mediante atitudes negativas como, por exemplo, utilizando linguagem discriminatória.

Estudos sobre discriminação e capacitismo sofridos por profissionais da saúde com deficiência comprovam que este

cenário é recorrente. Além disso, pode desencorajar estas pessoas a atuarem no sistema de saúde, ou até impactar seu bem-estar⁽²⁾. Felizmente, no caso dos participantes desta pesquisa, embora tenha gerado certo aborrecimento, não houve maiores complicações oriundas de atitudes capacitistas.

Outro fator relevante, é a invisibilidade da DA. Não se pode distinguir um indivíduo com DA das demais pessoas, a menos que este decida revelar esta informação. Por vezes, o uso de implantes auditivos é um dos únicos meios de tornar visível esta característica⁽¹⁶⁾. Um dos entrevistados (P3) relatou que, por conta da invisibilidade da surdez, outras pessoas tiveram uma percepção equivocada de que a DA gera mínimos impactos em sua vida profissional.

Esse relato evidencia que a invisibilidade da surdez pode gerar formas sutis de negação da deficiência, reforçando o capacitismo e criando obstáculos adicionais para a plena inclusão de PCD auditiva na sociedade.

Outro entrave, componente do *minority tax*, e um dos mais importantes, é a discriminação. Vários relatos sobre discriminação foram reportados sobre diversas interações, com outros profissionais da saúde (P1), coordenação das instituições (P3), pacientes e suas famílias (P5).

Esses relatos são um reflexo da falta de PCD nos espaços sociais e da ignorância das pessoas quanto a estes indivíduos. Existem diversos estereótipos sobre as capacidades de um surdo, como ser menos inteligente, ter menos capacidade comunicacional, não ter habilidades sociais, não ter capacidade para escrever, entre outros⁽¹²⁾. Sassaki propõe que um dos principais meios para lidar com a discriminação é a educação quanto à diversidade e a inclusão de PCD em todas as esferas da sociedade. Uma das recomendações são programas de sensibilização destinados a funcionários, que têm demonstrado resultados positivos na redução de barreiras atitudinais no ambiente de trabalho⁽⁶⁾.

Por fim, é fundamental ressaltar que esta conscientização precisa ser feita a partir da iniciativa das organizações, uma vez que, frequentemente, cabe somente ao indivíduo com deficiência fazer essa educação *in loco*, advogando por si mesmo^(6,12). A necessidade de realizar autoadvocacia é um dos componentes do *minority tax* e, por ser uma demanda constante, torna-se exaustiva⁽¹²⁾, como mencionado pelo P2. Nesse sentido, vale lembrar que a inclusão verdadeira requer a colaboração e esforço mútuo entre PCD e sociedade⁽⁵⁾.

Acessibilidades comunicacionais

Um eixo temático importante identificado foi a incorporação de estratégias comunicacionais por parte das outras pessoas, conforme as necessidades específicas expressadas por cada participante, como exemplificado pelo P1. É possível identificar que, em determinadas situações,

pequenas ações e de fácil implementação, como posicionar-se de frente ao conversar com uma pessoa surda, podem tornar a comunicação acessível. Entretanto, cabe a ressalva de que observou-se novamente que recai sobre as PCD a necessidade de conscientizar e instruir as demais pessoas sobre os métodos que existem para gerar inclusão, visto que muitos não possuem esse conhecimento^(5,12). Reforçando, portanto, a assimetria no empenho feito para que exista inclusão, assim como descrito por Sassaki em suas análises sobre práticas integrativas⁽⁵⁻⁶⁾.

Uma especificidade da rotina de profissionais de enfermagem é a passagem de plantão, que geralmente é feita verbalmente. Entretanto, foi feita uma adequação na forma de transmissão das informações após o entrevistado P5 relatar ter dificuldades com esse processo, visto que o cenário era de múltiplas pessoas falando ao mesmo tempo.

Este exemplo reafirma o que foi apresentado em um estudo sobre pessoas com perda auditiva unilateral, que ressaltou que ambientes ruidosos prejudicam a capacidade do indivíduo de compreensão da fala⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Além disso, em um cenário como o descrito pelo participante, com múltiplas pessoas falando ao mesmo tempo, fazer a leitura labial de todos não é possível. Sendo assim, mudanças como a mencionada podem trazer mais segurança para o profissional e para o paciente, visto que uma comunicação efetiva é crucial para o cuidado adequado⁽¹⁹⁾.

Por fim, os entrevistados relataram algumas estratégias que desenvolveram para estabelecer comunicações efetivas com seus pacientes, como, por exemplo, a leitura labial e gestos no caso do P2 e P7, respectivamente. Estudos apresentam outras estratégias utilizadas por profissionais da saúde com surdez para estabelecer comunicação com seus pacientes. Alguns exemplos são: sistemas de microfones, máscaras inclusivas mesmo que não padronizadas, intérpretes, cartões explicativos e aplicativos de transcrição simultânea de texto⁽¹⁹⁾.

É possível inferir que a escolha da estratégia utilizada depende de múltiplos fatores, como disponibilidade dos recursos, necessidades do profissional com DA e especificidades de cada paciente. Desta forma, não há como estabelecer um método ideal padronizado. Sendo assim, devem estar disponíveis diversas formas de comunicação, para que o profissional possa escolher as que melhor se aplicam a cada caso.

Barreiras comunicacionais

Diversos ambientes de atuação da enfermagem envolvem o uso da máscara de proteção na maior parte do tempo. Durante a pandemia da Covid-19, esse uso tornou-se ainda mais necessário, e ocorreu em situações nas quais, no dia a dia, não era corriqueiro, gerando impactos significativos para PCD auditiva⁽²⁰⁾.

Como exemplificado por P6, o uso da máscara impacta na habilidade do indivíduo de fazer leitura labial, que muitas vezes é um complemento da comunicação. No caso de surdos que utilizam Libras, o uso da máscara impede a percepção das expressões faciais, que são importantes na língua de sinais⁽²⁰⁾. Dessa forma, o uso das máscaras gerou maiores níveis de estresse e ansiedade em profissionais da saúde com DA. Alguns participantes ressaltaram que isso os deixou receosos com o futuro na carreira, levando-os a questionar se precisariam mudar de profissão, uma vez que essa barreira parecia impossível de ser vencida. Portanto, essa barreira também prejudicou o senso de autonomia, independência e pertencimento desses profissionais, favorecendo sensação de isolamento e incapacidade de demonstrar competência profissional⁽²⁰⁾.

Outro fator que prejudica a comunicação é a percepção auditiva em ambientes ruidosos. Alguns exemplos onde isso ocorre, segundo os participantes, seriam centros cirúrgicos, emergências, UTIs, hemodinâmicas, entre outros. Frequentemente, indivíduos em uso de próteses auditivas referem ter dificuldade com a discriminação auditiva da fala em ambientes acusticamente desafiadores. Nestas instâncias, cabe ao indivíduo dispender maior esforço cognitivo para discernir a fala dos demais ruídos. Este esforço requer uma carga de concentração alta, que deixa de ser destinada a outras atividades⁽²¹⁾.

Quanto à utilização da escrita como estratégia comunicacional, é importante ressaltar que, embora possa auxiliar em algumas situações, este método pode não ser totalmente efetivo. Aqueles indivíduos com surdez que têm o português escrito como segunda língua podem apresentar dificuldades com esta modalidade de comunicação, devido às diferenças semânticas e gramaticais da Libras e do português⁽¹⁹⁾. No caso de indivíduos com DA que tenham o português como primeira língua, é posto que estes podem apresentar dificuldades no aprendizado da língua, falada e escrita, em decorrência da DA⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Em vista disso, a comunicação por escrito não deve ser considerada como meio principal de estabelecer uma comunicação efetiva com um indivíduo com surdez⁽¹⁹⁾.

Considerando todas essas barreiras comunicacionais, participantes como P4 relataram sentir cansaço mental resultante do esforço contínuo para conseguir se comunicar. A fadiga auditiva também é relatada por outros indivíduos com surdez após estarem em ambientes ruidosos, que demandam interatividade e, portanto, maior carga cognitiva e de concentração. Como resultado, pode levar a maiores níveis de estresse⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Entretanto, este cansaço mental não foi a única consequência identificada nas barreiras comunicacionais. Foi relatado por participantes como P7 que determinadas áreas de

atuação da enfermagem passaram a ser consideradas como inviáveis para profissionais com DA, devido às barreiras encontradas, especialmente as de comunicação.

Este relato exemplifica a fase de integração, uma vez que pessoas com DA estão adentrando ambientes sem receber as adaptações necessárias. Desse modo, estes indivíduos precisam se adaptar como podem⁽⁴⁾. É comum que, mesmo que de maneira não intencional, instituições acabem desencorajando estes indivíduos a atuarem em subespecialidades. Isso se deve tanto por não fornecerem as adaptações necessárias, como também pela própria crença de que estes indivíduos não deveriam ou não teriam capacidade para estar em espaços de contato com o paciente, ou onde a comunicação deve ser rápida. Contudo, com os recursos necessários, é possível que pessoas com DA desempenhem sua profissão com qualidade e segurança⁽¹²⁾.

Este estudo apresentou como limitação um número de participantes inferior ao esperado, visto que se tinha como estimativa 15 indivíduos. Entretanto, esta dificuldade já era prevista dado as limitações de acesso a essa população⁽²²⁾. De qualquer forma, acredita-se que foi possível obter resultados significativos sobre a temática e trazer um olhar inovador sobre a atuação de profissionais da enfermagem surdos, visto que qualquer proposta feita sobre PCD deve envolver as próprias.

Conclusão

Ao comparar o conceito de inclusão apresentado por Sassaki e as experiências dos participantes, é possível compreender que, nas dimensões de acessibilidade atitudinal e comunicacional, a inclusão plena de pessoas com DA na enfermagem ainda está distante de ser concretizada. A ignorância da sociedade sobre PCD e os meios que existem para mitigar barreiras configuram-se como uma das principais causas dos desafios identificados.

Entretanto, relatos positivos demonstram que esta é uma realidade em construção. Para isso, vale ressaltar que é imperativo que a sociedade assuma um papel mais ativo no processo de inclusão de PCD, de forma que não recaia somente sobre elas.

Por outro lado, a presença de PCD auditiva na enfermagem contribui para a conscientização da sociedade sobre PCD, mostrando que a deficiência não impede a atuação na enfermagem, quebrando estigmas e preconceitos e reforçando a importância da implementação de estratégias de acessibilidade. Por consequência, essa presença auxilia na redução das desigualdades no acesso à saúde para outras pessoas com deficiência. Na dimensão comunicacional, é possível compreender que, com as devidas adaptações, a comunicação torna-se viável para

os profissionais desempenharem suas atribuições com segurança, autonomia e menores níveis de esforço mental.

Agradecimentos

Agradecemos ao Hélio Fonseca de Araújo pela interpretação de Libras na fase de coleta de dados.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: pessoas com deficiência 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [cited 2025 Mai 10]. 41 p. Available from: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf
2. Lindsay S, Fuentes K, Ragunathan S, Lamaj L, Dyson J. Ableism within health care professions: a systematic review of the experiences and impact of discrimination against health care providers with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2023;45(17):2715-31. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2107086>
3. Ministério da Educação (BR), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Estatísticas censo da educação superior [Internet]. Brasília-DF: INEP; 2023 [cited 2025 Mai 10]. Available from: <https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/inep-data/estatisticas-censo-da-educacao-superior>
4. Campos CJG, Saidel MGB. Sampling in qualitative research: concepts and applications to the health field. *Rev Pesq Quali.* 2022;10(25):404-24. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
5. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8. ed. Rio de Janeiro: WVA; 1997.
6. Sassaki RK. As sete dimensões da acessibilidade. São Paulo: Larvatus Prodeo; 2019.
7. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2015 Jul 7 [cited 2025 May 10];Seção 1:1. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
8. Transkriptor. Transcrever áudio para texto [Internet]. Middletown: Transkriptor; c2021-2023 [cited 2025 Jun 26]. Available from: <https://transkriptor.com/pt-br/>
9. Rampin R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *J Open Source Softw.* 2021;6(68):3522. <https://doi.org/10.21105/joss.03522>
10. Rosa LS, Mackedanz LF. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. *Atos Pesq Educ.* 2021;16:e8574. <https://doi.org/10.7867/1809-0354.2021v16e8574>

11. Dess C. Notes on the concept of representativeness. *Urdimento*. 2022;1(43):e0206. <https://doi.org/10.5965/1414573101432022e0206>
12. Aldalur A, Hall WC, DeAndrea-Lazarus IA. No Taxation Without Representation: Addressing the "Deaf Tax" in Academic Medicine. *Acad Med*. 2022;97(8):1123-7. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004685>
13. Moreland CJ, Meeks LM, Nahid M, Panzer K, Fancher TL. Exploring accommodations along the education to employment pathway for deaf and hard of hearing healthcare professionals. *BMC Med Educ*. 2022;22:345. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03403-w>
14. Mayer Y, Shalev M, Nimmon L, Krupa T, Bulk LY, Battalova A, et al. Social support experiences of students and clinicians with disabilities in health professions. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2023;28(2):477-97. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10169-9>
15. Meeks LM, Pereira-Lima K, Plegue M, Jain NR, Stergiopoulos E, Stauffer C, et al. Disability, program access, empathy and burnout in US medical students: a national study. *Med Educ*. 2023;57(6):523-34. <https://doi.org/10.1111/medu.14995>
16. Lo CY, Clay-Williams R, Elks B, Warren C, Rapport F. The (in)visibility of deafness: identity, stigma, quality of life and the potential role of totally implantable cochlear implants. *Health Expect*. 2024;27(3):e14060. <https://doi.org/10.1111/hex.14060>
17. Aldè M, Zanetti D, Ambrosetti U, Monaco E, Gasbarre AM, Pignataro L, et al. Unilateral sensorineural hearing loss in children: etiology, audiological characteristics, and treatment. *Children*. 2024;11(3):324. <https://doi.org/10.3390/children11030324>
18. Apa E, Nocini R, Ciorba A, Sacchetto L, Gherpelli C, Monzani D, et al. Psychological distress and social adjustment of a working adult population with single-sided deafness. *Audiol Res*. 2024;14(6):1105-13. <https://doi.org/10.3390/audiolres14060091>
19. Grote H, Izagaren F. Covid-19: the communication needs of D/deaf healthcare workers and patients are being forgotten. *BMJ*. 2020;369:m2372. <https://doi.org/10.3390/audiolres14060091>
20. Gutierrez-Sigut E, Lamarche VM, Rowley K, Lago EF, Pardo-Guijarro MJ, Saenz I, et al. How do face masks impact communication amongst deaf/HoH people? *Cogn Res Princ Implic*. 2022;7(1):81. <https://doi.org/10.1186/s41235-022-00431-4>
21. Winneke AH, Schulte M, Vormann M, Latzel M. Effect of directional microphone technology in hearing aids on neural correlates of listening and memory effort: an electroencephalographic study. *Trends Hear*. 2020;24:2331216520948410. <https://doi.org/10.1177/2331216520948410>
22. Krawczyk T, Piasecki J, Wasylewski M, Waligóra M. Ethics of research engagement with Deaf people: a qualitative evidence synthesis. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2024;29(4):443-55. <https://doi.org/10.1093/jdsade/enae024>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas: Aline de Barros Campanelli Lima, Bárbara Barrionuevo Bonini.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Aline de Barros Campanelli Lima.
Supervisão e gestão do projeto: Bárbara Barrionuevo Bonini.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

O conjunto de dados deste artigo está disponível na página da RLAE no repositório SciELO Data, no link <https://doi.org/10.48331/scielodata.0FSQFM>.

Recebido: 29.07.2025
 Aceito: 07.01.2026

Editora Associada:
 Andrea Bernardes

Autora correspondente:
 Aline de Barros Campanelli Lima
 E-mail: alineaclima@outlook.com
 <https://orcid.org/0009-0009-9210-3392>

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
 Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.