CAPÍTULO 11

ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL NA SAÚDE NO BRASIL: BARREIRAS, LIBRAS E ATENDIMENTO ÀS PESSOAS SURDAS

https://doi.org/10.68044/14x47e42

Jadilson Serafim [1]
Especialista em Libras pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), graduado em Pedagogia pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e em Letras – Libras pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI).

Stefânia Steves Da Silva Sena [2]
Doutoranda em Letras pela Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Rivaldo Pereira da Costa [3]
Especialista em Docência da Língua Brasileira de Sinais (Libras) pela UNITENSE e graduado em Letras-Libras pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Raphael Costa Ribeiro [4]
Mestrando em Letras Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA).

Vilmar Fernando Carvalho Ferreira de Almeida [5]
Mestre em Linguística na Universidade Federal Santa Catarina (UFSC).

Alessandro Sena De Oliveira [6]
Mestrando em Letras pela Universidade Federal do Tocantins (UFT).

RESUMO: Este artigo analisa a acessibilidade comunicacional no atendimento às pessoas surdas nos serviços de saúde brasileiros, com ênfase nas barreiras linguísticas, no uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras), na mediação por intérpretes e acompanhantes e na formação dos profissionais. Trata-se de estudo bibliográfico construído a partir de vinte artigos científicos nacionais publicados entre 2005 e 2025. A literatura evidencia que a ausência de comunicação direta em Libras compromete acolhimento, autonomia, privacidade, compreensão de diagnósticos, adesão terapêutica e acesso às informações de saúde. Estratégias como escrita, leitura labial, gestos e intermediação familiar são frequentes, porém, insuficientes quando utilizadas como substitutas da acessibilidade linguística. Estudos recentes indicam que essas dificuldades permanecem tanto no Sistema Único de Saúde quanto na rede privada. Conclui-se que a garantia do direito à saúde da população surda exige formação em Libras, serviços de interpretação, tecnologias acessíveis, comunicação visual e práticas institucionais bilíngues centradas no usuário surdo.

Palavras-chave: Acessibilidade comunicacional; Libras; Pessoas surdas; Serviços de saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde pressupõe mais do que a existência formal de serviços disponíveis à população. Para que o atendimento seja efetivamente acessível, é necessário que o usuário consiga ingressar no serviço, apresentar suas necessidades, compreender as informações recebidas, participar das decisões relacionadas à própria saúde e estabelecer uma relação de confiança com os profissionais responsáveis pelo cuidado. No caso das pessoas surdas que utilizam a Língua Brasileira de Sinais (Libras), esses processos estão diretamente relacionados à acessibilidade linguística e comunicacional, uma vez

que a ausência de uma língua compartilhada entre profissional e usuário pode transformar a própria comunicação em uma barreira de acesso à saúde.

A problemática não é recente no cenário brasileiro. Chaveiro e Barbosa (2005), ao investigarem a assistência à pessoa surda na área da saúde, já identificavam dificuldades de comunicação capazes de interferir na inclusão social e na construção do vínculo entre usuários surdos e profissionais. Para as autoras, a qualidade do encontro está relacionada à possibilidade de compreensão mútua. Conforme sintetizam, "o vínculo ocorre quando o cliente se sente compreendido" (Chaveiro; Barbosa, 2005, p. 417). Essa afirmação demonstra que a comunicação não corresponde a um componente secundário do atendimento, mas constitui uma dimensão fundamental do cuidado.

A língua utilizada durante o encontro entre usuário e profissional influencia a coleta de informações clínicas, a compreensão dos sintomas, o estabelecimento de hipóteses diagnósticas, a apresentação das possibilidades terapêuticas e a orientação sobre medicamentos, exames, prevenção e acompanhamento. Quando não existe uma língua comum entre as partes, são frequentemente acionados recursos alternativos, como escrita em língua portuguesa, gestos, mímicas, leitura labial ou mediação de familiares. Entretanto, essas estratégias não

necessariamente produzem uma comunicação plena e podem resultar em perdas significativas de informações.

Chaveiro, Porto e Barbosa (2009) demonstram que as barreiras comunicacionais existentes na relação entre o médico ouvinte e o paciente surdo podem comprometer tanto o vínculo quanto a própria assistência, com possíveis interferências no diagnóstico e no tratamento. A questão torna-se especialmente relevante porque a consulta em saúde depende de informações detalhadas, algumas delas subjetivas, íntimas ou difíceis de serem representadas por gestos improvisados. A comunicação precisa, portanto, possibilitar que a pessoa surda expresse seus sintomas, dúvidas, preocupações e necessidades sem ser reduzida a uma posição passiva.

No âmbito da Atenção Básica, Ianni e Pereira (2009) evidenciaram um descompasso entre os direitos formalmente reconhecidos às pessoas surdas, as expectativas desses usuários e aquilo que os serviços efetivamente conseguiam oferecer. As autoras consideram a comunidade surda também em sua dimensão sociolinguística e cultural, destacando a Libras como elemento central para compreender as especificidades de seu acesso à saúde. Desse ponto de vista, acessibilidade não pode ser interpretada exclusivamente em termos arquitetônicos ou físicos, pois as barreiras linguísticas podem inviabilizar o uso autônomo de um serviço mesmo quando o espaço físico é acessível.

A necessidade de considerar a comunicação como parte da atenção integral também aparece na investigação de Chaveiro *et al.* (2010). Ao analisarem o atendimento à pessoa surda usuária de língua de sinais sob a perspectiva dos profissionais de saúde, os autores identificaram a Libras como importante instrumento de comunicação e destacaram a atuação de tradutores e intérpretes. Ao mesmo tempo, verificaram que os profissionais não estavam suficientemente preparados para atender às necessidades comunicacionais das pessoas surdas. Portanto, a responsabilidade pela acessibilidade não deve ser transferida exclusivamente ao usuário, à sua família ou ao intérprete; trata-se também de uma responsabilidade institucional e profissional.

Na Atenção Primária, Tedesco e Junges (2013) chamam atenção para a dificuldade existente no próprio processo de acolhimento. Um modelo de atenção baseado em acolhida, vínculo e escuta qualificada encontra um desafio particular quando a equipe não dispõe de recursos linguísticos e comunicacionais adequados para interagir com uma pessoa surda. Os profissionais investigados pelos autores buscavam diferentes estratégias para enfrentar a situação, porém demonstravam desconforto e falta de formação específica. Dessa maneira, uma política orientada para o acolhimento pode permanecer limitada quando não considera a diversidade linguística existente entre os usuários do sistema.

Aragão *et al*. (2014), em estudo com adultos surdos, também demonstraram a centralidade dessa barreira. Os participantes relataram dificuldades na comunicação com profissionais de saúde, sendo a ajuda de familiares uma das alternativas mais utilizadas. A dependência de outra pessoa para viabilizar uma consulta, porém, modifica substancialmente a relação profissional-paciente. O usuário deixa de ocupar sozinho o centro do encontro clínico, passando a depender de uma terceira pessoa para explicar sua condição e receber as orientações.

Os efeitos dessa intermediação foram aprofundados por Oliveira, Celino e Costa (2015), que investigaram a percepção de pessoas surdas sobre a comunicação com profissionais da rede pública. As autoras observaram que diferentes estratégias utilizadas durante as consultas eram insuficientes para garantir assistência adequada, enquanto os participantes manifestavam preferência pela comunicação direta com profissionais capazes de utilizar língua de sinais. O problema envolve não somente compreensão linguística, mas também privacidade, independência e participação nas decisões sobre a própria saúde.

A acessibilidade comunicacional se relaciona ainda ao direito à informação em saúde. Oliveira *et al*. (2015) identificaram limitações no conhecimento dos participantes surdos sobre saúde e doença e mostraram que fontes informativas inacessíveis podem restringir a

compreensão sobre prevenção, cuidados e processos terapêuticos. Portanto, a discussão não deve se limitar ao momento da consulta. Campanhas públicas, conteúdos audiovisuais, materiais educativos, informações sobre funcionamento dos serviços e ações de promoção da saúde também precisam considerar as necessidades linguísticas e visuais da população surda.

Nascimento, Fortes e Kessler (2015) oferecem evidências expressivas dessa realidade. Entre os participantes do estudo, 86% nunca haviam sido atendidos por profissionais que conhecessem Libras, enquanto 45% já haviam desistido de um atendimento em razão de dificuldades comunicativas. Entre os obstáculos mencionados estavam problemas na sala de espera, dificuldades para compreender as explicações e ausência de intérpretes. Esses dados permitem perceber que a inacessibilidade pode produzir consequências práticas, inclusive a interrupção ou o abandono da busca por cuidados.

Neves, Felipe e Nunes (2016) igualmente identificaram número reduzido de profissionais capazes de utilizar Libras e baixa disponibilidade de intérpretes. As autoras relacionam essas condições à inacessibilidade de serviços e informações, bem como à dependência do usuário surdo em relação a outras pessoas. A autonomia, nesse contexto, torna-se questão central, pois a inexistência de recursos comunicacionais pode fazer com que adultos capazes de decidir sobre

a própria saúde permaneçam subordinados à presença e à interpretação de familiares.

Na pesquisa de Pires e Almeida (2016), os relatos de pessoas surdas revelaram ausência ou bloqueio da comunicação, necessidade de acompanhantes, desejo pela presença de intérpretes e percepção de despreparo profissional. Outro problema identificado foi o direcionamento das perguntas aos acompanhantes e não diretamente às pessoas surdas. Esse tipo de comportamento tende a reforçar uma relação assimétrica, porque o profissional passa a dialogar sobre o paciente na presença dele, sem necessariamente dialogar com ele.

A revisão integrativa de Souza et al. (2017) reforça a recorrência desses obstáculos. Ao analisarem estudos publicados sobre o acesso das pessoas surdas à saúde, os autores identificaram a barreira comunicacional como elemento predominante, associada ao desconhecimento de Libras pelos profissionais e à necessidade frequente de familiares ou intérpretes durante as consultas. Além da interação profissional-paciente, os problemas alcançam a compreensão do processo saúde-doença, a prevenção e a participação social das pessoas surdas.

O despreparo profissional também aparece no estudo de Gomes *et al*. (2017), realizado com médicos atuantes no Sistema Único de Saúde no Distrito Federal. Embora a grande maioria dos participantes já tivesse atendido algum paciente surdo e reconhecesse

a importância da Libras para a prática médica, somente um profissional relatou conhecimento básico da língua. Entre os sentimentos presentes durante os atendimentos predominaram incerteza e desconforto. Esse contraste entre reconhecer a importância da Libras e não possuir domínio comunicacional demonstra uma lacuna entre formação, consciência profissional e condições concretas de atendimento.

Karsten, Vianna e Silva (2017), ao analisarem a comunicação de adultos surdos com profissionais de saúde, evidenciaram novamente dois eixos fundamentais: a relação profissional-paciente e a autonomia. Para as autoras, conhecer Libras facilitaria a comunicação e contribuiria para que o usuário surdo tivesse maior protagonismo durante o cuidado. Desse modo, a acessibilidade linguística não deve ser entendida como benefício adicional, mas como componente da integralidade.

Em estudo envolvendo médicos, estudantes de Medicina e usuários surdos, Pereira et al. (2020) observaram efeitos importantes das falhas comunicacionais. Parte significativa dos participantes surdos relatou já ter deixado de procurar atendimento médico por medo de não ser compreendida ou por experiências de dor, desconforto e angústia. Os autores alertam ainda que problemas comunicacionais podem aumentar riscos de diagnósticos equivocados,

erros em prontuários, baixa adesão ao tratamento, sofrimento e insatisfação.

Ferreira e Brayner (2021), ao revisarem pesquisas sobre a temática, verificaram que a falta de profissionais capacitados em língua de sinais e a ausência de intérpretes continuavam sendo obstáculos importantes. As autoras defendem maior conscientização e formação de estudantes e trabalhadores da área de saúde, apontando a presença da Libras nos cursos de graduação como medida relevante para transformar progressivamente essa realidade.

A revisão de Vieira et al. (2023) demonstra que o problema continua presente em estudos mais recentes. Escrita e mímica figuraram entre as principais estratégias empregadas por profissionais, enquanto a Libras permaneceu pouco utilizada. A falta de qualificação apareceu como importante elemento relacionado à comunicação ineficaz, acompanhada de sentimentos como insegurança, incapacidade e bloqueio entre os próprios profissionais.

Rodrigues, Lago e Paz (2023), estudando o atendimento no SUS no interior da Bahia, identificaram ausência de capacitação, falta de estratégias sistemáticas de acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde, rara comunicação em Libras e reduzida disponibilidade de intérpretes. Os achados mostram a permanência de dificuldades descritas em pesquisas realizadas muitos anos antes, evidenciando que

o reconhecimento jurídico dos direitos linguísticos não produziu, por si só, transformação suficiente das práticas institucionais.

Essa permanência também é identificada em trabalhos de 2025. Roque, Jurdi e Castro-Silva (2025) destacam impactos psicossociais decorrentes de experiências negativas na Atenção Primária, incluindo sentimentos de isolamento, raiva e tristeza. Moraes et al. (2025), em pesquisa com 316 pessoas surdas usuárias de Libras, observaram avaliações negativas da comunicação com profissionais tanto na rede pública quanto na rede privada. Assim, a acessibilidade comunicacional não constitui problema restrito a determinada instituição ou nível de atenção, mas desafio que atravessa diferentes formas de organização da assistência.

Diante desse conjunto de evidências, o presente artigo tem como objetivo analisar a acessibilidade comunicacional no atendimento às pessoas surdas nos serviços de saúde brasileiros, enfatizando as barreiras linguísticas, o uso da Libras, a mediação de intérpretes e familiares, a autonomia dos usuários e a formação dos profissionais. O texto possui natureza bibliográfica e articula vinte artigos científicos nacionais publicados entre 2005 e 2025. A discussão encontra-se organizada em três eixos: acessibilidade comunicacional e direito à saúde; barreiras linguísticas e seus efeitos sobre autonomia, privacidade e cuidado; e formação profissional, humanização e estratégias para ampliação da acessibilidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

A acessibilidade comunicacional corresponde à possibilidade de receber, compreender, produzir e trocar informações por meios compatíveis com as características linguísticas e comunicacionais de cada sujeito. Nos serviços de saúde, essa dimensão assume especial importância porque as informações trocadas podem orientar decisões que afetam diretamente diagnóstico, tratamento, prevenção, uso de medicamentos e qualidade de vida.

Quando a pessoa surda utiliza Libras como sua principal língua de comunicação, oferecer assistência baseada exclusivamente na oralidade ou na escrita em português significa ignorar uma característica essencial do usuário. A diversidade linguística precisa ser incorporada à organização dos serviços para que princípios como universalidade, integralidade e equidade possam ser materializados no cotidiano.

Chaveiro e Barbosa (2005) já defendiam a necessidade de compreender a assistência à pessoa surda também como questão de inclusão social. O estudo mostrou que o estabelecimento do vínculo depende da possibilidade de comunicação entre profissional e usuário. A presença de intérprete pode ampliar essa possibilidade, mas as autoras também observaram que ela, isoladamente, não resolve integralmente a inclusão do sujeito no atendimento.

Essa constatação é importante porque evita reduzir toda a política de acessibilidade à contratação eventual de intérpretes. O intérprete desempenha papel fundamental quando profissional e usuário não compartilham a mesma língua, mas acessibilidade envolve igualmente preparação da equipe, organização da recepção, sistemas visuais de chamada, materiais informativos acessíveis, possibilidade de agendamento por canais compatíveis com a comunicação visual e respeito à pessoa surda como interlocutora principal.

Chaveiro, Porto e Barbosa (2009) situam a barreira linguística como elemento capaz de comprometer a relação médico-paciente. A comunicação não verbal e a língua de sinais tornam-se centrais na medida em que a entrevista clínica depende da produção e da interpretação de informações complexas. A inexistência de uma língua comum pode resultar em compreensão parcial dos sintomas e das orientações.

Essa problemática evidencia a necessidade de superar uma leitura em que a dificuldade de comunicação é atribuída exclusivamente à pessoa surda. Se um serviço é destinado à população e não oferece condições para que parte dela se comunique adequadamente, a barreira é também produzida pela organização institucional. Nessa perspectiva, a acessibilidade desloca o foco da suposta incapacidade individual para as condições oferecidas socialmente.

Ianni e Pereira (2009) contribuem para essa compreensão ao caracterizarem a comunidade surda como minoria sociolinguística e cultural usuária de Libras. Em seu estudo sobre a rede básica, as autoras observaram dificuldades de acesso às Unidades Básicas de Saúde e um descompasso entre determinações jurídicas, expectativas dos usuários e capacidade de resposta dos serviços. Dessa maneira, a legislação estabelece importante referência, porém sua efetivação exige mudanças práticas.

O reconhecimento da Libras ampliou a visibilidade dos direitos linguísticos das pessoas surdas. No entanto, conforme discutem Ferreira e Brayner (2021), mesmo após avanços normativos, a língua de sinais ainda não alcançou presença suficiente nos serviços de saúde. As autoras associam essa realidade ao desconhecimento e ao despreparo de profissionais, destacando a necessidade de mudanças formativas.

O atendimento em saúde também deve reconhecer que o português escrito pode constituir segunda língua para pessoas surdas sinalizantes. A utilização automática da escrita como alternativa à Libras pressupõe que todo usuário surdo tenha domínio suficiente da língua portuguesa para compreender terminologia médica, orientações terapêuticas e descrições complexas. Essa presunção não corresponde necessariamente à realidade.

Rodrigues, Lago e Paz (2023, p. 826) apresentam de forma particularmente clara a percepção de um participante surdo sobre essa questão: “O português é uma segunda língua para nós, é difícil. A nossa comunicação é visual, é mais fácil”. O relato reforça que disponibilizar papel e caneta não equivale automaticamente a garantir acessibilidade.

As diferenças estruturais entre Libras e português também precisam ser consideradas na produção de informações em saúde. A leitura de um texto técnico pode demandar conhecimentos linguísticos específicos, enquanto a apresentação da mesma informação em Libras pode favorecer compreensão mais direta para muitos sinalizantes. Assim, campanhas de prevenção, orientações sobre medicamentos, vacinação, saúde sexual, alimentação, doenças crônicas e funcionamento dos serviços devem incorporar recursos visuais e linguísticos adequados.

Oliveira *et al*. (2015) demonstraram que os participantes de sua pesquisa apresentavam conhecimentos limitados sobre determinadas dimensões do processo saúde-doença e associavam essa situação, entre outros fatores, a fontes de informação pouco eficientes. Isso mostra que a exclusão comunicacional não ocorre apenas dentro do consultório. Ela pode se iniciar antes da procura pelo serviço, quando informações de promoção e prevenção não são disponibilizadas em formatos acessíveis.

A falta de informação pode repercutir diretamente sobre decisões relacionadas à saúde. Conhecer sintomas, fatores de risco, medidas preventivas e formas de acesso ao sistema é importante para definir quando e onde procurar atendimento. Quando conteúdos permanecem inacessíveis linguisticamente, a pessoa surda encontra desvantagens na produção de conhecimentos sobre o próprio corpo e sobre os serviços disponíveis.

Souza *et al.* (2017) evidenciam esse problema em sua revisão integrativa. Os autores identificaram que a barreira comunicacional pode interferir na relação profissional-paciente e na compreensão do processo saúde-doença. Além disso, observaram limitações no acesso a informações de promoção e prevenção. A questão, portanto, não pode ser resumida à tradução pontual de palavras: exige condições sistemáticas para circulação de conhecimento.

Esse aspecto dialoga com a concepção de integralidade. A assistência integral não termina na resolução de uma queixa imediata. Ela envolve orientação, prevenção, acompanhamento, educação em saúde e consideração das particularidades sociais e culturais do usuário. Se a pessoa surda recebe um procedimento, mas não compreende plenamente o diagnóstico, os cuidados posteriores ou as formas de prevenção, a assistência pode ser tecnicamente executada sem alcançar integralidade.

Aragão *et al*. (2014), ao investigarem adultos surdos, verificaram dificuldades comunicacionais generalizadas durante o acesso aos serviços. A intermediação familiar aparecia com frequência como alternativa, indicando que parte dos usuários não conseguia utilizar o sistema de maneira independente. A acessibilidade precisa, portanto, ser analisada também pela possibilidade de procurar assistência sem depender obrigatoriamente da disponibilidade de terceiros.

A dependência é particularmente problemática quando o atendimento é urgente. Uma pessoa ouvinte pode dirigir-se sozinha a uma unidade de saúde, explicar sintomas e receber orientações. Para uma pessoa surda que não encontra profissionais capazes de utilizar Libras ou recursos institucionais de interpretação, a mesma situação pode exigir localizar previamente familiar ou amigo que esteja disponível para acompanhá-la.

Tedesco e Junges (2013) mostram que essas barreiras alcançam o acolhimento da Atenção Primária. A “escuta qualificada”, característica importante desse nível de atenção, torna-se limitada quando o usuário não utiliza a mesma modalidade linguística dos profissionais. Para enfrentar a situação, trabalhadores recorrem a ferramentas variadas, mas a falta de capacitação produz desconforto e insegurança.

Esse cenário demonstra que a acessibilidade deve ser planejada antes da chegada da pessoa surda. Não é adequado que cada atendimento dependa de improvisação. Uma política institucional pode prever, por exemplo, formação básica da equipe em Libras, mecanismos de interpretação presencial ou remota, canais digitais acessíveis para agendamento, sinalização visual e protocolos orientadores para situações de urgência.

A própria recepção do serviço merece atenção. A acessibilidade pode ser comprometida antes mesmo da consulta quando o sistema de chamada é exclusivamente sonoro. Nascimento, Fortes e Kessler (2015) identificaram a sala de espera entre as dificuldades relatadas pelos participantes. Isso demonstra que comunicação acessível envolve desde a chegada do usuário até a conclusão do atendimento.

A implementação de painéis visuais, mensagens escritas, sinalização clara e procedimentos de orientação da equipe pode reduzir obstáculos dessa natureza. Entretanto, esses recursos não substituem a necessidade de comunicação linguística adequada durante a consulta. A acessibilidade deve combinar diferentes estratégias segundo a necessidade de cada usuário.

Nesse sentido, não há oposição entre Libras, recursos visuais, tecnologias e interpretação profissional. Essas estratégias podem atuar de maneira complementar. A escolha deve ser centrada no usuário,

evitando pressupor que todas as pessoas surdas possuem as mesmas características comunicacionais. Há pessoas que usam Libras, pessoas oralizadas, usuários de tecnologias auditivas e sujeitos que mobilizam diferentes recursos. O cuidado precisa reconhecer essa heterogeneidade.

Moraes *et al*. (2025) concentraram sua investigação especificamente em adultos surdos usuários de Libras, contribuindo para evidenciar a situação de um grupo linguístico bem delimitado. Entre os 316 participantes, a maioria avaliou negativamente a comunicação com profissionais de saúde tanto na rede pública quanto na privada. Na rede pública, 64,3% classificaram essa comunicação como ruim; na rede particular, o percentual alcançou 67,6%.

Os resultados são significativos porque demonstram que a acessibilidade linguística não pode ser entendida apenas como problema do SUS. Embora políticas públicas sejam fundamentais, a barreira pode aparecer igualmente em serviços privados. Consequentemente, a formação profissional e a organização institucional precisam ser discutidas de maneira ampla em todo o sistema de saúde.

A comparação temporal entre Chaveiro e Barbosa (2005), Ianni e Pereira (2009), Rodrigues, Lago e Paz (2023) e Moraes *et al*. (2025) evidencia permanência de dificuldades por aproximadamente duas décadas. Houve avanços na produção científica, na visibilidade

social e no reconhecimento de direitos, porém os estudos continuam registrando insuficiência de Libras, intérpretes e estratégias institucionais.

A garantia de acessibilidade comunicacional exige, portanto, deslocar a discussão de medidas pontuais para uma concepção de direito linguístico. Nessa concepção, compreender e ser compreendido durante o atendimento constitui condição para o exercício do direito à saúde. Não basta estar fisicamente presente em uma unidade; é necessário participar linguisticamente do cuidado.

As barreiras comunicacionais relatadas pelas pessoas surdas aparecem sob diferentes formas: desconhecimento de Libras pelos profissionais, utilização inadequada da escrita, dependência de leitura labial, ausência de intérpretes, necessidade de acompanhantes, dificuldades na sala de espera, ausência de informações visuais e atitudes profissionais que dirigem a comunicação à terceira pessoa em vez de ao próprio usuário.

Nascimento, Fortes e Kessler (2015) identificaram situação particularmente relevante: 86% dos participantes nunca haviam sido atendidos por profissional que conhecesse Libras e 45% já haviam desistido de algum atendimento em razão das dificuldades comunicacionais. Os dados indicam que a barreira não provoca somente desconforto, podendo determinar a própria decisão de permanecer ou não no serviço.

A desistência de atendimento representa risco concreto à saúde. Quando o usuário abandona uma consulta, adia a procura pelo serviço ou espera até que a condição se agrave porque teme não conseguir se comunicar, a inacessibilidade linguística deixa de ser somente uma questão administrativa e passa a interferir diretamente na possibilidade de prevenção e tratamento oportuno.

Souza *et al*. (2017) observaram em sua revisão que dificuldades de comunicação podem contribuir para o adiamento da busca por atendimento e para menor utilização da Atenção Primária. O problema tende a ser mais grave em emergências, quando decisões precisam ser tomadas rapidamente e há menor tempo para encontrar formas alternativas de comunicação.

A utilização de gestos e mímicas é uma das estratégias frequentemente mobilizadas. Embora possa auxiliar em situações simples, gesticular não é equivalente a utilizar Libras. A Língua Brasileira de Sinais possui estrutura linguística própria e capacidade para expressar conteúdos complexos. Reduzir a comunicação com a pessoa surda a mímicas improvisadas significa limitar a quantidade e a precisão das informações que podem ser transmitidas.

A leitura labial também apresenta limitações. Nem todas as pessoas surdas dominam essa estratégia e nem todas as palavras são visualmente distinguíveis por movimentos articulatórios. Além disso, fatores como iluminação, posicionamento do profissional, uso de

máscaras e velocidade da fala podem dificultar ainda mais a compreensão.

A escrita em língua portuguesa igualmente precisa ser utilizada com cautela. Para muitas pessoas surdas sinalizantes, a Libras é primeira língua e o português escrito é segunda língua. Dessa maneira, escrever orientações médicas complexas ou utilizar termos técnicos não garante que a mensagem seja plenamente compreendida.

Vieira *et al*. (2023) identificaram em sua revisão que a escrita e a mímica permaneciam entre as estratégias mais usadas pelos profissionais, enquanto Libras estava entre as menos utilizadas. A revisão também apontou baixa utilização de intérpretes. Esse padrão revela uma tendência de substituir acessibilidade linguística por estratégias improvisadas.

Rodrigues, Lago e Paz (2023) encontraram quadro semelhante no SUS. Entre os participantes surdos, a maioria relatou nunca ter sido atendida em sua língua. A escrita aparecia como recurso frequente, apesar das dificuldades que o português pode representar para usuários cuja primeira língua é Libras.

A necessidade de uma terceira pessoa surge justamente diante da inexistência de comunicação direta. Aragão *et al.* (2014) verificaram que o auxílio de familiares era alternativa utilizada de maneira expressiva pelos participantes. Embora a presença de um

familiar possa oferecer segurança, ela não deve ser confundida com uma solução institucional adequada.

O familiar não necessariamente possui formação para interpretar conteúdos clínicos, conhecimento de terminologia médica ou capacidade de traduzir com precisão informações complexas. Além disso, sua presença pode modificar aquilo que o usuário está disposto a revelar. Questões de saúde sexual, violência, saúde mental, uso de substâncias ou conflitos familiares, por exemplo, podem demandar privacidade.

Oliveira, Celino e Costa (2015) demonstraram que o acompanhante oralizado ocupa frequentemente o papel de interlocutor no atendimento. Entretanto, os participantes expressaram preferência por comunicação direta com profissionais que conhecessem língua de sinais justamente para preservar independência e privacidade.

A discussão evidencia uma diferença essencial entre apoio escolhido e dependência compulsória. Qualquer usuário pode desejar estar acompanhado durante uma consulta. O problema ocorre quando a pessoa surda somente consegue receber atendimento se estiver acompanhada, mesmo desejando comparecer sozinha. Nesse caso, a presença de terceiros deixa de ser escolha e passa a funcionar como condição imposta pela inacessibilidade do serviço.

Nascimento, Fortes e Kessler (2015, p. 247) sintetizam as consequências dessa situação:

> Enquanto os intérpretes não são disponibilizados no sistema de saúde, o surdo deixa de exercer a sua autonomia, tendo seu direito à saúde violado. O mesmo depende de amigos e familiares para acompanhá-lo nas consultas, deixando de procurar atendimento quando estes não estão disponíveis. Por meio deste estudo, também foi possível perceber que a estratégia de comunicação mais apontada como a que promoveria o cuidado no atendimento à saúde da pessoa surda, assim como a humanização do atendimento seria o uso da Libras no serviço de saúde.

A citação evidencia que a comunicação afeta simultaneamente acesso, autonomia e humanização. Quando o serviço transfere ao usuário a obrigação de providenciar alguém que possa interpretar, cria uma desigualdade que não é experimentada da mesma maneira pelo paciente ouvinte.

Neves, Felipe e Nunes (2016) identificaram a dependência de familiares em diferentes momentos do cuidado, incluindo transporte, comunicação e compreensão do tratamento. A situação alcançava também informações sobre medicamentos, gerando dependência para compreender finalidade e modo de uso.

No estudo, alguns participantes relataram dificuldade ou impossibilidade de procurar atendimento sozinhos. Os autores citam pesquisa anterior na qual a experiência também foi observada. Assim, cumprindo a utilização de citação de citação, destaca-se que Bentes *et a*l. (2011 *apud* Neves; Felipe; Nunes, 2016, p. 161) observaram que somente um dos doze participantes de sua pesquisa buscou

atendimento sem acompanhante, não obtendo sucesso na interação com o profissional e retornando sem o serviço necessário.

Esse exemplo demonstra claramente como a barreira linguística pode converter uma necessidade de saúde em situação de exclusão prática. O indivíduo consegue chegar ao estabelecimento, mas não consegue acessar efetivamente aquilo que o serviço oferece. A presença física, portanto, não significa acesso integral.

Karsten, Vianna e Silva (2017) também analisam a comunicação sob a perspectiva da autonomia. Seus participantes utilizavam Libras como principal forma de comunicação e relatavam experiências em unidades públicas e privadas. As autoras concluem que a dificuldade de comunicação constitui barreira e que o conhecimento de Libras pela equipe facilitaria a relação profissional-paciente.

A autonomia em saúde envolve capacidade de compreender informações, avaliar alternativas e manifestar escolhas. Para que ela exista, a informação precisa estar linguisticamente acessível. Assinar um documento sem compreender plenamente seu conteúdo ou concordar com tratamento intermediado por alguém não constitui o mesmo grau de participação que discutir diretamente benefícios, riscos e alternativas.

Pires e Almeida (2016) encontraram um problema adicional: profissionais frequentemente dirigiam suas perguntas ao

acompanhante, em vez de se comunicar com o usuário surdo. Os relatos dos participantes demonstravam insegurança e indignação diante dessa conduta. A pessoa surda permanecia presente, porém era simbolicamente deslocada do centro da consulta.

Tal prática pode decorrer de uma tentativa do profissional de tornar a interação mais rápida, mas produz consequência ética importante. O usuário passa a ser tratado como objeto de informações trocadas entre ouvintes, e não como sujeito do cuidado. Mesmo quando há intérprete, o profissional deve manter contato visual e direcionar sua comunicação à pessoa surda.

A função do intérprete é possibilitar o trânsito linguístico entre as partes, não substituir a relação profissional-paciente. Por isso, a presença desse profissional deve estar associada a protocolos éticos, confidencialidade e preparação da equipe para atuar em consultas mediadas linguisticamente.

O intérprete também não elimina a necessidade de profissionais conhecerem elementos básicos da cultura e da comunicação surda. Chaveiro *et al*. (2010) ressaltam tanto a relevância da Libras quanto a atuação do tradutor-intérprete, mas constatam insuficiente preparação dos profissionais. Uma equipe sensibilizada consegue organizar melhor o espaço, dirigir-se ao usuário, respeitar turnos comunicacionais e utilizar recursos visuais de maneira complementar.

Na investigação de Pereira *et al*. (2020), acompanhantes constituíam uma das estratégias mais apontadas por profissionais, estudantes e usuários. Os autores identificaram ainda que 55,5% dos participantes surdos mencionaram já ter deixado de procurar o médico por medo de não serem compreendidos ou relataram problemas como dor, desconforto ou angústia.

A consequência clínica da falha comunicacional não deve ser subestimada. Pereira *et al*. (2020) alertam para riscos como diagnósticos equivocados, erros de prontuário, constrangimentos, não adesão ao tratamento e sofrimento do usuário. A precisão comunicacional é, portanto, também questão de segurança do paciente.

Se um profissional não compreende corretamente a descrição de uma dor, duração de sintomas, alergias, medicamentos utilizados ou antecedentes clínicos, aumenta a possibilidade de informações importantes não serem registradas. Do mesmo modo, se o usuário não compreende posologia, contraindicações ou orientações para retorno, a continuidade do tratamento pode ser comprometida.

Neves, Felipe e Nunes (2016) chamam atenção especificamente para dificuldades relacionadas a medicamentos e acesso ao farmacêutico. Participantes relataram dependência de familiares para compreender o uso dos medicamentos e pouco contato direto com profissionais farmacêuticos. A acessibilidade

comunicacional, assim, atravessa várias profissões da saúde e não somente o atendimento médico.

Oliveira *et al*. (2015) expandem a análise para o acesso à informação. Os participantes relataram limitações nas fontes disponíveis e reivindicavam mais oportunidades para aprender sobre saúde. A falta de acessibilidade em televisão, materiais educativos e outras mídias restringe a circulação de conhecimentos importantes para decisões cotidianas.

A literatura citada dentro desse estudo também demonstra como fontes informais podem assumir papel importante quando os canais formais não são acessíveis. No formato de citação indireta, Kritzinger (2011 *apud* Oliveira *et al*., 2015, p. 556) considera que informações transmitidas dentro da própria comunidade surda podem desempenhar função relevante, mas, quando constituem a principal fonte disponível, existe risco de lacunas e imprecisões, reforçando a necessidade de produção de informações acessíveis e confiáveis.

Esse dado não significa desvalorizar a circulação de conhecimento dentro da comunidade surda. Ao contrário, evidencia a importância de incluir pessoas surdas também como produtoras e mediadoras de educação em saúde, especialmente em conteúdos elaborados diretamente em Libras. O problema está em obrigar a população a recorrer quase exclusivamente a redes informais porque

os serviços e meios institucionais permanecem linguisticamente inacessíveis.

A tecnologia oferece possibilidades relevantes nesse cenário. Serviços de interpretação por videochamada, canais de atendimento em Libras, materiais audiovisuais com tradução, legendas e sistemas digitais de agendamento podem complementar a assistência presencial. Entretanto, a adoção tecnológica deve evitar criar novas barreiras relacionadas ao acesso à internet, equipamentos ou alfabetização digital.

Roque, Jurdi e Castro-Silva (2025) discutem experiências em que a acessibilidade permanece precária mesmo diante da existência de políticas e serviços específicos. Os autores observam efeitos psicossociais decorrentes de atendimentos malsucedidos, com relatos de isolamento, raiva e tristeza. Isso demonstra que a comunicação não é apenas um mecanismo técnico; ela também interfere na experiência de reconhecimento social e dignidade.

Quando uma pessoa procura atendimento em situação de vulnerabilidade e não consegue explicar o que sente, o problema pode ser vivenciado como desconsideração de sua condição linguística e de sua cidadania. Experiências repetidas desse tipo podem gerar desconfiança e afastamento do serviço.

A Atenção Primária deveria funcionar como porta de entrada e espaço de vínculo longitudinal. Quando a barreira comunicacional

afasta a pessoa surda desse nível de atenção, perde-se a oportunidade de acompanhamento contínuo, prevenção e detecção precoce. O usuário pode passar a procurar atendimento somente quando os problemas se tornam urgentes.

Moraes *et al*. (2025) apresentam dados recentes que confirmam a dimensão estrutural do problema. Entre os 255 participantes que utilizavam o SUS, apenas pequena parcela avaliou a comunicação como boa em razão de o profissional saber Libras. Parte considerável relatou comunicação ruim por não conseguir comunicar-se, por precisar utilizar português escrito ou por ser obrigada a oralizar. Na rede particular, o padrão permaneceu semelhante.

Os resultados reforçam a ideia de que acessibilidade linguística deve fazer parte de parâmetros de qualidade dos serviços. Indicadores podem avaliar, por exemplo, existência de profissionais com formação em Libras, disponibilidade de intérpretes, tempo para acionamento do serviço de interpretação, acessibilidade do agendamento, existência de chamadas visuais e avaliação de satisfação de usuários surdos.

Também é importante incluir a própria comunidade surda na avaliação dos serviços. Estratégias elaboradas exclusivamente por ouvintes podem não corresponder às prioridades dos usuários. A participação de pessoas surdas na formulação de protocolos, materiais e políticas aumenta a possibilidade de construção de soluções adequadas às experiências concretas.

A acessibilidade deve ser construída com a pessoa surda e não apenas para ela. Essa perspectiva desloca o usuário da posição de destinatário passivo para a condição de participante da elaboração das políticas de cuidado.

A recorrência das barreiras comunicacionais identificadas ao longo de aproximadamente duas décadas de pesquisas brasileiras conduz inevitavelmente à discussão sobre formação profissional. A literatura mostra que muitos trabalhadores reconhecem a importância da comunicação com pessoas surdas, mas não tiveram oportunidades suficientes de desenvolver conhecimentos linguísticos e culturais durante sua formação.

Chaveiro *et al*. (2010), ao investigarem profissionais de diferentes áreas da saúde, verificaram que eles não estavam suficientemente preparados para cuidar de pessoas surdas usuárias de língua de sinais. A Libras foi reconhecida como instrumento relevante, mas o conhecimento necessário para utilizá-la não estava presente de maneira satisfatória.

O problema não deve ser analisado somente como responsabilidade individual do trabalhador. Se a formação universitária e os programas institucionais de educação permanente não abordam adequadamente a atenção à população surda, o profissional chega ao serviço sem os instrumentos necessários. A

solução exige ações simultâneas nas instituições formadoras e nos estabelecimentos de saúde.

Gomes *et al*. (2017) fornecem dados particularmente significativos. Entre os 101 médicos participantes da pesquisa, pertencentes a diferentes especialidades e atuantes no SUS do Distrito Federal, 92,1% já haviam atendido um paciente surdo e 76,2% consideravam importante conhecer Libras. Entretanto, apenas um relatou conhecimento básico da língua. A maioria reconhecia a relevância do tema sem possuir formação capaz de responder adequadamente à situação.

O estudo também identificou sentimentos de incerteza e desconforto durante os atendimentos. Esses sentimentos não afetam apenas os profissionais; podem repercutir na interação e ser percebidos pelo usuário. Quando o trabalhador não sabe como agir, pode abreviar a consulta, dirigir-se ao acompanhante ou recorrer a estratégias inadequadas.

A formação deve incluir não somente vocabulário básico de Libras, mas também aspectos relacionados à cultura surda, diversidade linguística, comunicação visual e direitos do usuário. Um curso isolado e breve não torna necessariamente o profissional fluente. Entretanto, pode produzir sensibilização, conhecimentos iniciais e capacidade de utilizar estratégias mais adequadas enquanto serviços de interpretação e outros recursos são disponibilizados.

Ferreira e Brayner (2021) defendem o incentivo à inserção de Libras na formação dos cursos da área da saúde. A discussão curricular é relevante porque permite que futuros profissionais tenham contato com o tema antes de enfrentar situações reais de atendimento. O conhecimento pode ser articulado a atividades práticas, simulações e participação de professores e usuários surdos.

A formação ministrada com participação efetiva de pessoas surdas também contribui para superar uma visão exclusivamente biomédica da surdez. Em vez de considerar apenas perda auditiva e reabilitação, o profissional passa a compreender que parte da população surda se reconhece por meio de uma língua visual e de experiências culturais compartilhadas.

Rodrigues, Lago e Paz (2023) destacam que a formação em saúde precisa ultrapassar uma compreensão exclusivamente biomédica da surdez. Para um atendimento cultural e linguisticamente responsivo, é necessário compreender as características da comunidade surda e desenvolver competências comunicacionais adequadas.

Os resultados obtidos no interior da Bahia evidenciam as consequências de lacunas formativas: pouca comunicação em Libras, ausência de capacitação e reduzida disponibilidade de intérpretes. Os participantes surdos expressaram sentimento de insegurança, medo e angústia, relacionando-os diretamente à falta de comunicação.

Vieira *et al.* (2023) reforçam a dimensão formativa em revisão integrativa. A falta de qualificação profissional foi identificada em 81,25% dos estudos analisados como importante motivo para ausência de comunicação efetiva. Além disso, 56,25% dos estudos registraram sentimentos negativos entre profissionais diante das dificuldades comunicacionais.

As estratégias mais frequentes incluíram escrita, leitura labial e mímica, enquanto Libras e tecnologias de comunicação apareceram de modo menos expressivo. Esses achados demonstram que, sem formação e planejamento institucional, o profissional tende a recorrer aos recursos imediatamente disponíveis, ainda que sejam limitados.

A educação permanente no serviço apresenta, portanto, papel fundamental. Mesmo profissionais formados há muitos anos podem desenvolver novas competências. Programas periódicos podem incluir noções de Libras, orientações sobre atendimento com intérprete, comunicação visual, ética, diversidade da população surda e uso de tecnologias acessíveis.

A capacitação, contudo, não deve ser utilizada como justificativa para transferir toda a responsabilidade a cada trabalhador. A gestão precisa garantir condições materiais e organizacionais. Um profissional pode aprender Libras básica, mas determinados atendimentos exigem vocabulário especializado e alto nível de fluência, tornando necessária a presença de intérprete qualificado.

A humanização constitui outro eixo essencial. Nascimento, Fortes e Kessler (2015) argumentam que a comunicação pode atuar como dispositivo de humanização. O cuidado humanizado requer reconhecer singularidades e valorizar o encontro com o usuário. Para a pessoa surda, isso significa respeitar sua forma de comunicação e não exigir adaptação unilateral ao padrão ouvinte.

A postura profissional faz diferença mesmo quando não há fluência em Libras. Manter contato visual, dirigir-se à pessoa surda e não ao acompanhante, verificar qual estratégia de comunicação ela prefere, evitar falar enquanto desvia o rosto, usar materiais visuais e confirmar a compreensão são práticas que podem melhorar a interação.

No entanto, boas atitudes não substituem recursos linguísticos. A humanização não deve servir como conceito abstrato para justificar improvisações. Um atendimento cordial, mas incompreensível, continua sendo inacessível.

Pires e Almeida (2016) demonstram essa questão ao registrar que os participantes não alcançavam comunicação efetiva e percebiam despreparo profissional. A necessidade de direcionar perguntas ao próprio usuário, permitir sua expressão e reduzir dependência do acompanhante deve fazer parte das orientações de atendimento.

Karsten, Vianna e Silva (2017) associam a melhoria comunicacional à promoção da autonomia. Quando existe

comunicação direta, a pessoa surda participa ativamente do encontro, pode questionar, confirmar informações e expressar preferências. A integralidade, portanto, está diretamente relacionada ao reconhecimento do sujeito como protagonista.

Pereira et al. (2020) propõem pensar estratégias multimodais. Os autores verificaram que diferentes grupos mobilizavam leitura labial, escrita, mímica, Libras e acompanhantes, mas tais estratégias não eram suficientemente resolutivas. Isso demonstra a necessidade de planejamento que combine recursos segundo as características do usuário.

Uma política de acessibilidade comunicacional na saúde pode ser estruturada em diferentes níveis. O primeiro corresponde à formação permanente dos trabalhadores e à sensibilização sobre direitos linguísticos. O segundo envolve disponibilidade de intérpretes presenciais ou remotos. O terceiro refere-se à organização visual do serviço, incluindo chamadas, sinalização e materiais. O quarto diz respeito às tecnologias de comunicação. O quinto consiste na participação direta de pessoas surdas no planejamento, monitoramento e avaliação.

Os sistemas de chamada constituem exemplo de mudança relativamente simples, mas importante. Se o paciente depende de ouvir seu nome, senha ou número, o serviço estabelece barreira antes da

consulta. Painéis visuais e mensagens no celular podem tornar essa etapa independente.

O agendamento também precisa ser considerado. Telefonemas de voz não podem constituir o único canal. Mensagens de texto, aplicativos, plataformas de vídeo em Libras e outros meios digitais ampliam a autonomia.

Na consulta, a presença de um intérprete profissional deve ser disponibilizada sempre que necessária e desejada pelo usuário. Sistemas remotos podem auxiliar quando não há intérprete presencial, desde que a conexão, o equipamento, o posicionamento da câmera e a privacidade sejam adequados.

Em urgências, protocolos precisam prever acesso rápido à interpretação. A necessidade de procurar familiares ou esperar longos períodos para iniciar comunicação pode comprometer a segurança do paciente.

Nos materiais de educação em saúde, conteúdos em Libras precisam ser pensados desde a elaboração e não acrescentados apenas de maneira residual. A linguagem visual também permite uso de ilustrações, animações e exemplos adequados ao conteúdo.

Oliveira *et al*. (2015) mostraram a importância das fontes de informação no desenvolvimento do conhecimento em saúde. A existência de materiais acessíveis favorece não apenas o atendimento individual, mas a promoção da saúde coletiva.

A produção de vídeos em Libras por instituições públicas, hospitais e unidades de saúde pode incluir temas como vacinação, doenças crônicas, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, prevenção do câncer, alimentação e funcionamento do SUS. Pessoas surdas devem participar da elaboração e validação linguística desses materiais.

Além da tradução, é necessário considerar adequação cultural. Uma tradução literal de português para Libras pode não ser suficiente se o conteúdo original estiver estruturado de maneira pouco visual ou utilizar conceitos não explicados. A acessibilidade deve ser concebida desde o planejamento da mensagem.

A expansão de recursos tecnológicos também não elimina a necessidade de profissionais surdos nos campos da saúde. A presença de trabalhadores surdos pode contribuir para diversificação das equipes, produção de conhecimentos e revisão das práticas institucionais. A representatividade profissional amplia a possibilidade de que políticas sejam construídas com diferentes experiências linguísticas.

Roque, Jurdi e Castro-Silva (2025) enfatizam a importância do protagonismo surdo em pesquisas e políticas. Os autores mostram que práticas profissionais que reconheçam o usuário como cidadão apontam caminhos para inclusão efetiva. A superação de barreiras,

portanto, depende também de ouvir as pessoas diretamente afetadas por elas.

Os efeitos psicossociais das experiências negativas merecem atenção. Isolamento, medo, raiva e tristeza não são consequências marginais, pois podem modificar a relação futura com os serviços. Um paciente que vivenciou sucessivos episódios de incompreensão pode evitar novas consultas, comprometendo vínculo e longitudinalidade do cuidado.

Moraes *et al.* (2025) demonstram que, mesmo em cenário recente, a comunicação continua sendo avaliada negativamente por grande parcela dos usuários de Libras. A probabilidade reduzida de boa comunicação apontada pelos autores demonstra que medidas isoladas ainda não foram suficientes.

Os dados também indicam que o desafio está presente na rede privada. Consequentemente, políticas de acessibilidade precisam alcançar hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios, farmácias e serviços diagnósticos, independentemente da natureza jurídica.

Essa constatação reforça a necessidade de compreender acessibilidade comunicacional como requisito de qualidade assistencial. Assim como estabelecimentos desenvolvem protocolos de segurança, identificação e prevenção de eventos adversos, também podem estabelecer protocolos para comunicação com usuários que utilizam Libras.

Esses protocolos devem evitar padronização excessiva. A primeira pergunta pode ser justamente sobre a forma de comunicação preferida pelo paciente. Nem toda pessoa surda usa Libras, assim como nem toda pessoa que usa Libras prefere os mesmos recursos adicionais.

A individualização do cuidado exige escutar essa preferência. Ao mesmo tempo, o serviço precisa estar preparado para oferecer opções reais. Perguntar ao usuário como prefere se comunicar é insuficiente se não houver intérprete, recursos digitais ou profissionais capazes de atender sua escolha.

A formação profissional e a organização do serviço são, desse modo, dimensões inseparáveis. A primeira amplia a capacidade das pessoas; a segunda cria as condições institucionais necessárias para que essa capacidade se transforme em prática.

A comparação dos estudos analisados permite identificar persistência histórica. Chaveiro e Barbosa (2005) já apontavam dificuldades de comunicação e dependência de intérpretes. Ianni e Pereira (2009) registravam descompasso entre direitos e realidade da Atenção Básica. Tedesco e Junges (2013) encontravam falta de formação no acolhimento. Nascimento, Fortes e Kessler (2015) verificavam desistência de atendimento. Gomes *et al*. (2017) revelavam baixo conhecimento de Libras entre médicos. Rodrigues, Lago e Paz (2023) identificavam rara comunicação em Libras nas

UBS. Moraes *et al*. (2025) continuam encontrando avaliações majoritariamente negativas.

Essa continuidade demonstra que a solução precisa assumir caráter estrutural. Acessibilidade não pode depender de iniciativas pessoais de um profissional interessado em Libras ou de um familiar disponível. É necessário incorporá-la à gestão.

O planejamento das ações deve considerar recursos humanos, tecnologia, financiamento, educação permanente e monitoramento. Serviços podem mapear número de profissionais com conhecimento de Libras, estabelecer fluxo para intérpretes, avaliar barreiras físicas e comunicacionais e incluir perguntas específicas sobre acessibilidade em pesquisas de satisfação.

As instituições formadoras, por sua vez, precisam ampliar experiências que aproximem estudantes da comunidade surda. O contato apenas teórico com legislação ou sinais básicos pode ser insuficiente. Atividades práticas supervisionadas permitem compreender como a comunicação interfere no raciocínio clínico e na relação terapêutica.

Gomes *et al*. (2017) mostram que a maioria dos médicos considerava a Libras importante, o que sugere existência de abertura para qualificação. Transformar essa percepção em aprendizagem efetiva exige oportunidades formativas estruturadas.

Ferreira e Brayner (2021) também apontam a necessidade de conscientização e capacitação. A formação deve ser vista como investimento na qualidade e na equidade da assistência e não como elemento periférico.

Vieira *et al.* (2023) demonstram que a falta de qualificação permanece fortemente presente na literatura. A mudança curricular e a educação permanente, portanto, precisam ocorrer de maneira articulada.

Além disso, serviços precisam evitar que a dificuldade comunicacional seja interpretada como falha da própria pessoa surda. A responsabilidade pela comunicação é compartilhada, e o sistema deve oferecer meios que tornem possível o diálogo.

Essa perspectiva é compatível com o princípio da equidade: tratar igualmente indivíduos em condições comunicacionais distintas pode reproduzir desigualdade. Para alcançar resultado equitativo, pode ser necessário disponibilizar recursos diferenciados.

A acessibilidade comunicacional na saúde deve ser compreendida, em síntese, como articulação entre direito linguístico, segurança do paciente, humanização, autonomia e integralidade. A ausência de comunicação adequada afeta todas essas dimensões simultaneamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos vinte artigos científicos nacionais permite concluir que a acessibilidade comunicacional permanece como importante desafio para o atendimento das pessoas surdas nos serviços de saúde brasileiros. Embora os estudos estejam distribuídos entre 2005 e 2025 e tenham sido realizados em diferentes contextos, existe considerável convergência entre seus achados: desconhecimento de Libras pelos profissionais, dependência de acompanhantes, baixa disponibilidade de intérpretes, uso insuficiente de estratégias visuais e limitações na formação dos trabalhadores.

A barreira comunicacional não corresponde apenas à dificuldade de conversar durante uma consulta. Seus efeitos alcançam acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, precisão das informações clínicas, diagnóstico, compreensão do tratamento, uso seguro de medicamentos, prevenção, educação em saúde, privacidade e autonomia.

Os estudos analisados demonstram que diferentes estratégias são utilizadas para contornar a inexistência de uma língua comum entre profissional e usuário. Escrita em português, leitura labial, gestos, mímicas e presença de familiares aparecem repetidamente nas pesquisas. Embora esses recursos possam auxiliar em determinadas circunstâncias, não devem ser tratados como substitutos universais da acessibilidade em Libras.

Particularmente para pessoas surdas que possuem a Libras como primeira língua, o português escrito pode não oferecer o mesmo nível de compreensão. A utilização de terminologia técnica e explicações complexas pode produzir interpretações parciais. Da mesma maneira, leitura labial e mímicas possuem limitações para transmitir conteúdos clínicos detalhados.

A presença de familiares merece atenção especial. Ela pode ser desejada pelo usuário e oferecer apoio emocional, porém torna-se problemática quando constitui a única possibilidade de atendimento. Dependência obrigatória compromete autonomia, confidencialidade e possibilidade de tratar de assuntos particulares.

O intérprete profissional representa recurso fundamental para usuários que necessitam mediação linguística. Entretanto, sua presença deve ser integrada a uma política mais ampla. Disponibilizar intérprete sem preparar profissionais, adequar sistemas de chamada, criar canais acessíveis de agendamento e oferecer informações visuais significa resolver apenas parte do problema.

A formação em Libras aparece de maneira recorrente nos estudos como uma das estratégias necessárias. O conhecimento da língua pode favorecer vínculo e atendimento, mas a formação deve igualmente abordar cultura surda, diversidade comunicacional, ética, atuação com intérpretes e direitos linguísticos.

A inclusão de Libras na formação dos profissionais de saúde pode constituir passo importante, especialmente quando acompanhada por experiências práticas e participação de pessoas surdas. Paralelamente, trabalhadores já inseridos nos serviços precisam ter acesso a programas permanentes de capacitação.

As instituições de saúde possuem responsabilidade central. A acessibilidade não deve depender apenas de iniciativas individuais. Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, clínicas, laboratórios, farmácias e demais estabelecimentos devem prever protocolos, recursos humanos e tecnologias compatíveis com o atendimento linguística e comunicacionalmente acessível.

Tecnologias digitais oferecem oportunidades importantes. Sistemas de interpretação remota, videochamadas, aplicativos, mensagens, painéis visuais e conteúdos audiovisuais em Libras podem ampliar a independência. Contudo, seu uso deve garantir privacidade, qualidade da imagem, conexão adequada e alternativas para usuários que não tenham acesso digital.

As informações de promoção e prevenção também precisam tornar-se acessíveis. A saúde da pessoa surda não pode ser pensada somente quando ela chega ao consultório. Campanhas, orientações, materiais públicos e programas educativos precisam incluir Libras e recursos visuais desde sua concepção.

Um dos achados mais relevantes do conjunto analisado é a permanência histórica das mesmas barreiras. Estudos do início dos anos 2000 já relatavam falta de comunicação e dependência de terceiros. Pesquisas de 2023 e 2025 continuam registrando pouca utilização de Libras, despreparo profissional e avaliações negativas da comunicação. Essa continuidade demonstra que reconhecimento jurídico e produção científica, embora fundamentais, precisam ser acompanhados por mudanças institucionais sistemáticas.

Outro aspecto importante é que as dificuldades não se restringem ao SUS. Evidências recentes mostram problemas comunicacionais também nos serviços privados, indicando que a acessibilidade linguística deve ser tratada como requisito geral de qualidade da assistência à saúde.

Para modificar esse cenário, recomenda-se que políticas e práticas sejam elaboradas com participação direta das pessoas surdas. Usuários surdos precisam ser reconhecidos como sujeitos capazes de identificar barreiras, avaliar serviços e propor soluções. O protagonismo da comunidade surda pode contribuir para evitar políticas construídas exclusivamente a partir da perspectiva ouvinte.

A comunicação direta deve ser considerada objetivo prioritário sempre que possível. Quando houver necessidade de interpretação, o profissional deve continuar direcionando sua atenção ao paciente,

mantendo-o como interlocutor principal e preservando sua capacidade decisória.

Conclui-se que a garantia do direito à saúde das pessoas surdas depende da compreensão de que Libras e acessibilidade comunicacional não constituem elementos acessórios ou favores institucionais. São condições fundamentais para acolhimento, segurança, autonomia, dignidade e integralidade do cuidado.

Garantir que a pessoa surda possa entrar em um serviço, comunicar sua necessidade em uma língua acessível, compreender as orientações, manifestar dúvidas, decidir sobre sua saúde e retornar ao serviço com confiança significa transformar formalmente o direito à saúde em experiência concreta de cidadania.

Dessa forma, ampliar a acessibilidade comunicacional na saúde brasileira exige investimento contínuo em formação profissional, Libras, intérpretes, tecnologias, materiais visuais, organização institucional e participação da comunidade surda. Somente pela combinação dessas medidas será possível reduzir as desigualdades linguísticas que ainda atravessam o atendimento e construir serviços efetivamente acessíveis, humanizados e comprometidos com a diversidade das pessoas que os utilizam.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Jamilly da Silva; MAGALHÃES, Isabella Medeiros de Oliveira; COURA, Alexsandro Silva; SILVA, Arthur Felipe Rodrigues; CRUZ, Giovanna Karinny Pereira; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de. Acesso e comunicação de adultos surdos: uma voz silenciada nos serviços de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2014. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p1. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/2989. Acesso em: 3 jul. 2026.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 417-422, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jWkbsrPtGBnkwZ6njsDPkjz/. Acesso em: 7 jul. 2026.

CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; BARBOSA, Maria Alves. Relação do paciente surdo com o médico. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 147-150, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rboto/a/g8Y96kcNmtxPLZTHh9Zh5bB/. Acesso em: 11 jul. 2026.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno; MUNARI, Denise Bouttelet; MEDEIROS, Marcelo; DUARTE, Soraya Bianca Reis. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 639-645, 2010. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20359. Acesso em: 15 jul. 2026.

FERREIRA, Nicole Lira Melo; BRAYNER, Izabelly Correia dos Santos. O acesso da comunidade surda aos serviços de saúde: mãos

que falam. **Temas em Educação e Saúde**, Araraquara, v. 17, e021016, 2021. DOI: 10.26673/tes.v17i00.15169. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/15169. Acesso em: 19 jul. 2026.

GOMES, Letícia Ferreira; MACHADO, Fernanda Cordeiro; LOPES, Mayara Melo; OLIVEIRA, Raiane Soares; MEDEIROS-HOLANDA, Bruno; SILVA, Luciana Bonifácio; BARLETTA, Janaína Bianca; KANDRATAVICIUS, Ludmyla. Conhecimento de Libras pelos médicos do Distrito Federal e atendimento ao paciente surdo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 390-396, 2017. DOI: 10.1590/1981-52712015v41n3RB20160076. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/7p5MzMWXfLLgFN8CMHL6WHh/. Acesso em: 23 jul. 2026.

IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da comunidade surda à rede básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 89-92, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gPyFKXDJZ4sTSqMtfVgBzSF/. Acesso em: 27 jul. 2026.

KARSTEN, Raphaela Marques Lopes; VIANNA, Núbia Garcia; SILVA, Eliete Maria. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 213-221, maio/ago. 2017. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5883. Acesso em: 30 jul. 2026.

MORAES, Rafael Rodrigues de; PEREIRA, Laura Sabrinny de Sá; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; PICO, Giovana Astolfi; VIANNA, Nubia Garcia. Surdos que se comunicam por meio da língua de sinais: a complexidade do acesso aos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 9,

e00211524, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT00211524. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/f7xLDvF3cHXKJhzJBLTndLh/. Acesso em: 2 ago. 2026.

NASCIMENTO, Gicélia Barreto; FORTES, Luciana de Oliveira; KESSLER, Themis Maria. Estratégias de comunicação como dispositivo para o atendimento humanizado em saúde da pessoa surda. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 241-250, jul./dez. 2015. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15121. Acesso em: 5 ago. 2026.

NEVES, Dayane Bevilaqua; FELIPE, Ilana Mirian Almeida; NUNES, Serlyjane Penha Hermano. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. **Infarma – Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 157-165, 2016. DOI: 10.14450/2318-9312.v28.e3.a2016.pp157-165. Disponível em: https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/1713. Acesso em: 8 ago. 2026.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 307-320, 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000100017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/xnMSZYLXkdcx8z7kFBX3Bpz/. Acesso em: 11 ago. 2026.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54,

p. 549-560, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0265. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/W7G9YkCGbYHcgtfjZkKytrt/. Acesso em: 14 ago. 2026.

PEREIRA, Antonio Augusto Claudio; PASSARIN, Nayara de Paula; NISHIDA, Fernanda Shizue; GARCEZ, Valéria Ferreira. “Meu sonho é ser compreendido”: uma análise da interação médico-paciente surdo durante assistência à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, e121, 2020. DOI: 10.1590/1981-5271v44.4-20200028. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/jWsw9bn6YC8Lj3C6Wxp48LB/. Acesso em: 17 ago. 2026.

PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 68-77, 2016. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v5i1.912. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/912. Acesso em: 20 ago. 2026.

RODRIGUES, Gabriela Santos; LAGO, Danúsia Cardoso; PAZ, Nayra Marinho Silva. Sistema Único de Saúde: acessibilidade das pessoas surdas no interior da Bahia. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 815-834, out./dez. 2023. DOI: 10.29397/reciis.v17iAhead-of-Print.3518. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/. Acesso em: 23 ago. 2026.

ROQUE, Nicolle Alves; JURDI, Andrea Perosa Saigh; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Dilemas da vivência da comunidade surda no acesso à Atenção Primária à Saúde: uma perspectiva psicossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, e240467, 2025. DOI: 10.1590/interface.240467. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/icse/a/HKZnRhNCJpDFqq8TQgRSStN/. Acesso em: 25 ago. 2026.

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de; ARAÚJO, Amanda Miranda Brito; SANDES, Luiza Fernandes Fonseca; FREITAS, Daniel Antunes; SOARES, Wellington Danilo; VIANNA, Raquel Schwenck de Mello; SOUSA, Árlen Almeida Duarte de. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 395-405, maio/jun. 2017. DOI: 10.1590/1982-0216201719317116. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcefac/a/Lr7dq73TcmLt3GSsxv3H75J/. Acesso em: 27 ago. 2026.

TEDESCO, Janaina dos Reis; JUNGES, José Roque. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1685-1689, ago. 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00166212. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/5Y3x8GJpdRBzmfFwdMWTDdc/. Acesso em: 29 ago. 2026.

VIEIRA, Domisy de Araújo; SILVA, Liliane Faria da; MACHADO, Maria Estela Diniz; BRANDÃO, Euzeli da Silva; CHAGAS, Herleis Maria de Almeida. Estratégias de comunicação dos profissionais de saúde com pessoas com deficiência auditiva: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, e84359, 2023. DOI: 10.1590/ce.v28i0.84359. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/9rkPbrfdhm6LYDfgTgqq7dM/. Acesso em: 31 ago. 2026.