CAPÍTULO 12

SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E DIREITOS LINGUÍSTICOS DA COMUNIDADE SURDA: ACESSIBILIDADE, LIBRAS E DESAFIOS NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

https://doi.org/10.68044/htkzwt51

Davi Pereira da Silva Júnior [1]
Graduação em Letras - Libras. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Brasil.

Rivaldo Pereira da Costa [2]
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 [3]
Mestrando em Letras Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA).

Stefânia Steves Da Silva Sena [4]
Doutoranda em Letras pela Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Amarildo João Espíndola [5]
Doutor em Literatura pela Universidade de Brasília (UnB).

RESUMO: Este artigo analisa as relações entre saúde, qualidade de vida, acessibilidade comunicacional e direitos linguísticos da comunidade surda brasileira, com ênfase no uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras) nos serviços de saúde. Trata-se de estudo bibliográfico, fundamentado em produções científicas nacionais sobre acesso ao Sistema Único de Saúde, comunicação entre profissionais e usuários surdos, autonomia, formação profissional, saúde mental e qualidade de vida. Os estudos evidenciam que barreiras linguísticas persistem em diferentes níveis de atenção, comprometendo compreensão diagnóstica, adesão ao tratamento, privacidade, independência e humanização do cuidado. Também apontam fragilidades na formação dos profissionais de saúde quanto à Libras e insuficiência de intérpretes. Conclui-se que a efetivação do direito à saúde exige reconhecer a comunidade surda como minoria linguística e cultural, ampliar a formação em Libras, garantir recursos de acessibilidade e organizar serviços capazes de oferecer atendimento direto, equitativo, integral e linguisticamente acessível em todo o território nacional brasileiro.

Palavras-chave: Saúde da pessoa surda; Qualidade de vida; Libras; Acessibilidade comunicacional; Direitos linguísticos.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde constitui uma dimensão fundamental da cidadania e está diretamente relacionado às condições concretas de acesso aos serviços, à disponibilidade de informações compreensíveis, à possibilidade de participação do usuário nas decisões terapêuticas e ao respeito às características sociais, culturais e linguísticas dos diferentes grupos populacionais. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado e vincula sua concretização à existência de políticas que garantam acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O próprio texto

constitucional também define a integralidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988).

Entretanto, a existência formal de um direito não significa necessariamente sua efetivação em condições de igualdade. Para a comunidade surda brasileira, particularmente para as pessoas que utilizam a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como principal língua de comunicação e interação social, o ingresso em serviços de saúde pode envolver obstáculos linguísticos, comunicacionais, informacionais, culturais e atitudinais. Esses obstáculos manifestam-se desde procedimentos aparentemente simples, como agendamento, recepção e chamada para consulta, até momentos de maior complexidade, como descrição de sintomas, realização de anamnese, compreensão de diagnóstico, consentimento para procedimentos, interpretação de prescrições e acompanhamento terapêutico.

Ianni e Pereira (2009, p. 89) identificam a comunidade surda como uma minoria sociolinguística e cultural usuária de Libras e demonstram que as dificuldades de acesso aos serviços de Atenção Básica não decorrem apenas da condição auditiva do sujeito. Elas são produzidas também pela organização do próprio sistema de saúde, que nem sempre dispõe de mecanismos capazes de responder às diferenças linguísticas existentes entre os cidadãos. As autoras encontraram dificuldades concretas no acesso às Unidades Básicas de Saúde e apontaram um descompasso entre as determinações jurídicas, as

expectativas das pessoas surdas e aquilo que os serviços conseguiam efetivamente oferecer.

Esse descompasso adquire especial relevância quando se reconhece que a Libras não pode ser compreendida simplesmente como um recurso auxiliar utilizado diante da impossibilidade de ouvir. A Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, reconheceu legalmente a Língua Brasileira de Sinais como meio de comunicação e expressão e definiu-a como um sistema linguístico de natureza visual-motora, dotado de estrutura gramatical própria e oriundo das comunidades de pessoas surdas brasileiras (Brasil, 2002). Além disso, o artigo 3º da referida legislação determina que instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde garantam atendimento e tratamento adequados às pessoas com deficiência auditiva.

O reconhecimento jurídico da Libras representou importante conquista histórica da comunidade surda, sobretudo porque contribuiu para deslocar o debate de uma perspectiva exclusivamente clínico-terapêutica da surdez para uma compreensão que contempla dimensões linguísticas, culturais e sociais. Chaveiro *et al*. (2014, p. 102) observam que as transformações históricas na compreensão da surdez permitiram questionar sua interpretação exclusivamente como deficiência a ser corrigida, reconhecendo a existência de comunidades que compartilham línguas de sinais, modos de socialização e valores

culturais próprios. Para os autores, na área da saúde, a experiência da surdez precisa considerar essa dimensão visual, cultural e linguística.

Essa perspectiva possui implicações diretas para a qualidade do atendimento. Quando profissional e usuário não compartilham uma língua acessível, informações indispensáveis ao cuidado podem ser perdidas, incompreendidas ou interpretadas de maneira inadequada. Chaveiro, Porto e Barbosa (2009, p. 148) ressaltam que as informações recebidas pelo paciente contribuem para a relação médico-paciente, diminuem a sensação de isolamento e favorecem a participação no tratamento. Os autores também consideram que comunicar questões relativas ao diagnóstico e ao tratamento constitui dever profissional e direito do paciente.

A literatura brasileira examinada ao longo deste estudo demonstra que tais problemas persistem há décadas. Chaveiro e Barbosa (2004, p. 166) já argumentavam que o domínio da Libras era determinante para a formação discursiva de muitos sujeitos surdos e para que conseguissem descrever adequadamente seus problemas de saúde. O estudo concluiu que compreender o discurso da pessoa surda poderia melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados a essa população.

Em investigação posterior, Chaveiro e Barbosa (2005, p. 417-419) verificaram que o vínculo entre profissional e usuário surdo se fortalece quando o sujeito se sente compreendido. Ao mesmo tempo,

observaram que a presença de intérprete contribui para a comunicação, mas, isoladamente, não garante a inclusão. Isso significa que acessibilidade em saúde não deve ser reduzida à contratação eventual de um mediador linguístico: exige transformação da cultura institucional, formação das equipes, planejamento dos fluxos de atendimento e reconhecimento da autonomia das pessoas surdas.

Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006, p. 553) chegaram a resultado semelhante ao analisarem a percepção de pessoas com surdez severa ou profunda durante atendimentos de saúde. Os participantes não alcançavam comunicação efetiva, vivenciavam sentimentos negativos e apontavam a necessidade de intermediação linguística profissional. Os achados mostram que a barreira comunicacional interfere não apenas na transmissão objetiva de informações, mas também na experiência subjetiva do usuário diante do serviço.

A comunicação em saúde, portanto, não constitui elemento periférico. Ela integra o próprio processo terapêutico. Oliveira, Celino e Costa (2015, p. 307) verificaram, a partir de entrevistas com usuários surdos da rede pública, que estratégias utilizadas pelos profissionais eram insuficientes e que nem mesmo a presença de acompanhante oralizado assegurava assistência de qualidade. Os participantes manifestaram preferência pelo atendimento direto por profissionais

que conhecessem língua de sinais, condição associada à preservação da privacidade e da independência.

As barreiras comunicacionais também possuem efeitos potencialmente amplos sobre a qualidade de vida. Chaveiro *et al*. (2014, p. 101-102) destacam relações entre dificuldades de comunicação, isolamento social, sintomas de ansiedade e depressão e redução da qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, argumentam que instrumentos destinados a avaliar pessoas surdas usuárias de língua de sinais precisam ser linguística e culturalmente adaptados, pois avaliações realizadas exclusivamente em língua oral escrita podem não representar adequadamente aquilo que a pessoa surda compreende, sente ou pretende expressar.

Essa discussão torna evidente que saúde e qualidade de vida não podem ser analisadas separadamente dos direitos linguísticos. O acesso à língua compreensível é condição para que o sujeito obtenha informações, manifeste sua vontade, compreenda riscos, participe das escolhas terapêuticas, mantenha sua privacidade e desenvolva práticas de autocuidado. A ausência de acessibilidade linguística pode transformar uma consulta potencialmente simples em situação de insegurança, dependência ou abandono.

Os dados mais recentes continuam indicando a permanência dessas dificuldades. Moraes *et al*. (2025, p. 1), em estudo realizado com 316 pessoas surdas usuárias de Libras da Região Metropolitana

de Campinas, identificaram avaliação negativa da comunicação com profissionais tanto na rede pública quanto na privada. Entre os participantes, 64,3% avaliaram negativamente a comunicação na rede pública e 67,6% fizeram a mesma avaliação na rede privada. Os autores concluem que ambos os setores apresentam carências de acessibilidade linguística e comunicacional, sobretudo em decorrência do desconhecimento de Libras pelos profissionais.

Desse modo, apesar dos avanços normativos ocorridos desde a Lei nº 10.436/2002 e do Decreto nº 5.626/2005, continua existindo distância significativa entre o reconhecimento formal da Libras e a experiência cotidiana dos usuários surdos nos serviços de saúde. A questão não consiste apenas em perguntar se existe um direito reconhecido, mas em investigar em que medida esse direito produz condições efetivas de acesso, comunicação, autonomia e cuidado.

Diante disso, o objetivo deste artigo é analisar, com base na produção científica nacional, as relações entre saúde, qualidade de vida e direitos linguísticos da comunidade surda, destacando as barreiras comunicacionais presentes nos serviços de saúde, os efeitos da ausência de acessibilidade sobre autonomia e qualidade do cuidado e a importância da Libras para a concretização do direito à saúde. Trata-se de estudo bibliográfico construído a partir de artigos científicos brasileiros que abordam comunicação em saúde, atenção básica, enfermagem, relação médico-paciente, gestação, saúde mental,

formação profissional, qualidade de vida e legislação relacionada à comunidade surda.

REFERENCIAL TEÓRICO

A discussão sobre saúde da comunidade surda exige inicialmente compreender que os sujeitos surdos não constituem um grupo homogêneo. Existem diferentes trajetórias de aquisição linguística, níveis de escolarização, formas de comunicação, vínculos comunitários e experiências familiares. Entretanto, para uma parcela significativa das pessoas surdas, a Libras constitui elemento central de interação, de produção de sentidos e de pertencimento cultural. Ignorar essa dimensão produz consequências diretas para as formas como políticas e serviços são planejados.

Chaveiro *et al.* (2014, p. 102) defendem que, no campo da saúde, a pessoa surda precisa ser compreendida para além do déficit auditivo, considerando identidade, cultura e experiência visual. Essa perspectiva não nega a possibilidade de existência de necessidades clínicas associadas à audição, mas impede que toda a existência do sujeito seja reduzida à busca por normalização auditiva. A saúde passa, desse modo, a ser pensada em articulação com comunicação, participação social, bem-estar psicológico, autonomia e relações interpessoais.

A relação entre língua e constituição do sujeito já havia sido ressaltada por Chaveiro e Barbosa (2004, p. 166). Ao compararem produções discursivas, as autoras identificaram a importância da Libras para a expressão organizada de experiências e para a descrição das necessidades relacionadas à saúde. A conclusão do estudo associa a compreensão da língua utilizada pelo usuário a um conhecimento mais amplo de sua identidade e, consequentemente, a melhores condições de assistência.

Nessa perspectiva, a comunicação não deve ser tratada como simples transmissão de palavras. Ela envolve condições para que profissional e usuário atribuam sentidos relativamente compartilhados às informações que circulam durante o encontro clínico. Diagnóstico, sintomas, histórico de saúde, dor, uso de medicamentos, procedimentos e expectativas terapêuticas precisam ser compreendidos por todas as partes envolvidas.

Chaveiro, Porto e Barbosa (2009, p. 149) sintetizam essa centralidade ao afirmarem: **"A Língua de Sinais não é uma escolha, é a língua da comunidade surda"**. A afirmação deve ser contextualizada pelo reconhecimento da diversidade existente entre as pessoas surdas, mas evidencia que, para os usuários que têm a Libras como primeira ou principal língua, recorrer exclusivamente ao português escrito não equivale a oferecer comunicação plenamente acessível.

O português escrito pode funcionar como estratégia complementar para determinadas pessoas, mas não deve ser pressuposto como recurso universal. Chaveiro, Porto e Barbosa (2009, p. 149) observam que o português pode ocupar posição de segunda língua para sujeitos que adquiriram inicialmente uma língua de sinais. Em depoimento reproduzido pelos autores, uma pessoa surda diferencia a facilidade de entender o horário escrito de um medicamento da dificuldade de compreender, pela escrita, explicações complexas sobre doença e finalidade terapêutica.

Essa distinção é especialmente importante porque a linguagem utilizada nos serviços de saúde frequentemente apresenta vocabulário técnico, conceitos abstratos e estruturas discursivas pouco familiares mesmo para muitos usuários ouvintes. Pressupor que a escrita resolverá automaticamente a comunicação com todas as pessoas surdas pode resultar em uma falsa impressão de acessibilidade.

Dizeu e Caporali (2005 *apud* Oliveira; Celino; Costa, 2015, p. 309) argumentam que, em uma sociedade predominantemente organizada pela língua oral, a população tende a não estar preparada para acolher adequadamente o indivíduo surdo. Nessa situação, não é o corpo surdo isoladamente que explica as dificuldades de participação, mas a distância entre sua experiência linguística e os modos de funcionamento estruturados pela maioria ouvinte. Trata-se, neste artigo, de ***citação de citação***, pois o trabalho original é

mencionado a partir da fonte efetivamente consultada de Oliveira, Celino e Costa (2015).

As consequências dessa organização social também aparecem nos estudos sobre qualidade de vida. Chaveiro *et al*. (2014, p. 101) verificam, em revisão integrativa, que dificuldades de comunicação podem estar relacionadas ao aumento do isolamento social e à presença de sintomas de ansiedade e depressão. Os autores ressaltam que pessoas que enfrentam repetidamente problemas para interagir podem evitar novas relações sociais, circunstância que afeta diferentes dimensões da qualidade de vida.

A qualidade de vida relacionada à saúde envolve, portanto, elementos que ultrapassam indicadores biológicos. A experiência de conseguir circular pelos espaços sociais, comunicar necessidades, receber informação acessível e estabelecer vínculos constitui parte do bem-estar. Quando a pessoa depende constantemente de terceiros para realizar ações que outros cidadãos desempenham de maneira independente, sua autonomia pode ser reduzida.

Os resultados sistematizados por Chaveiro *et al*. (2014, p. 105-107) mostram ainda relações entre condições comunicativas, sofrimento psicológico, autoestima, satisfação com a vida e participação social. A própria revisão chama a atenção para a necessidade de interpretar tais resultados levando em consideração diferenças entre pessoas surdas usuárias de língua de sinais e pessoas

com deficiência auditiva que seguem outros modos de comunicação. Essa distinção impede generalizações indevidas sobre a experiência da surdez.

Além da assistência propriamente dita, a acessibilidade linguística é necessária na produção de conhecimento científico sobre saúde e qualidade de vida. Chaveiro *et al*. (2014, p. 112) destacam que instrumentos originalmente elaborados em línguas orais podem não produzir avaliações confiáveis quando aplicados diretamente a participantes cuja língua principal é uma língua de sinais. Para os autores, a tradução e adaptação dos instrumentos para modalidade espaço-visual, frequentemente com utilização de vídeos, constitui etapa essencial para garantir compreensão das perguntas e validade dos resultados.

Esse aspecto possui consequências metodológicas e éticas. Uma pesquisa sobre qualidade de vida de pessoas surdas que utilize exclusivamente questionários complexos em português pode acabar medindo, ao menos parcialmente, a proficiência dos participantes em língua portuguesa em vez de avaliar precisamente o fenômeno pretendido. A acessibilidade científica deve, portanto, estar presente desde a elaboração dos instrumentos até a divulgação dos resultados.

A Lei Brasileira de Inclusão reforça essa compreensão ao reconhecer como barreiras comunicacionais os obstáculos que dificultam ou impossibilitam expressão e recebimento de mensagens

e ao incluir expressamente a Libras entre as formas de comunicação. A legislação também relaciona tecnologia assistiva à autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Brasil, 2015).

A dimensão da saúde mental oferece outro exemplo da interdependência entre língua e cuidado. Santo, Silva e Mendonça (2020, p. 856-862), ao discutirem a Libras em um serviço de saúde mental, verificaram que o desconhecimento da língua pelo profissional constituía uma barreira concreta à produção de cuidado integral. O estudo defende a redução das barreiras comunicacionais como condição para organizar práticas que reconheçam diferentes formas de estar e participar no mundo.

No âmbito da saúde mental, essa necessidade ganha ainda maior intensidade porque o diagnóstico e o acompanhamento terapêutico dependem fortemente da linguagem. Sentimentos, pensamentos, experiências, medos, conflitos e sofrimentos subjetivos não podem ser adequadamente compreendidos por meio de comunicação extremamente limitada. Uma prática que não garanta língua acessível corre o risco de interpretar inadequadamente comportamentos, produzir diagnósticos equivocados ou limitar o protagonismo do usuário no tratamento.

A mesma relação entre comunicação e qualidade de cuidado aparece na atenção à gestante surda. Ferreira *et al.* (2019, p. 31-42) observaram que 90% dos profissionais participantes da pesquisa não

possuíam conhecimento em Libras; 75% reconheciam a existência de barreiras comunicacionais e apenas 5% mencionaram Libras como método utilizado. Entre aqueles que consideravam inadequada a assistência oferecida, 96,6% entendiam que ela poderia ser suficiente ou adequada caso os profissionais conhecessem Libras.

O atendimento à gestante evidencia como a falta de acessibilidade pode ocorrer em situações nas quais as informações possuem forte impacto sobre segurança e autonomia: exames, sinais de risco, evolução da gestação, trabalho de parto, medicamentos, consentimento e cuidados com o recém-nascido. Nesses contextos, depender inteiramente de gestos improvisados ou de um acompanhante não profissional pode gerar lacunas que ultrapassam o desconforto comunicativo e atingem diretamente a qualidade e a segurança da assistência.

Ferreira *et al*. (2019, p. 37-38) observam ainda que a presença de familiares ou acompanhantes atuando como intérpretes pode reduzir a privacidade e interferir no sigilo entre paciente e profissional. A disponibilidade de outra pessoa também passa a determinar a possibilidade de comparecimento às consultas, aumentando o risco de desistência ou interrupção do acompanhamento.

Logo, qualidade de vida da comunidade surda deve ser analisada a partir de múltiplas dimensões. Não basta considerar a presença ou ausência de doenças. É necessário avaliar as

oportunidades de comunicação, pertencimento, participação, autonomia, acesso à informação e exercício dos direitos. A saúde integral implica reconhecer que barreiras produzidas socialmente podem agravar sofrimento, limitar acesso a serviços e diminuir as possibilidades de condução independente da própria vida.

A acessibilidade comunicacional constitui um dos principais desafios identificados pela produção científica nacional sobre saúde da pessoa surda. Embora os estudos tenham sido realizados em diferentes regiões, períodos e contextos assistenciais, seus resultados apresentam forte convergência: profissionais frequentemente não dominam Libras, intérpretes não estão regularmente disponíveis, recursos improvisados substituem uma comunicação linguisticamente acessível e usuários passam a depender de familiares ou acompanhantes.

Chaveiro, Barbosa e Porto (2008, p. 578-583), em revisão da literatura sobre atendimento à pessoa surda por profissionais da saúde, organizaram a problemática em torno das barreiras comunicativas, da formação profissional e dos aspectos legais. Os autores demonstraram que a relação entre o profissional e o paciente surdo é atravessada pela ausência de uma língua compartilhada e ressaltaram a necessidade de ampliar a preparação dos trabalhadores da saúde. A revisão reforça que atendimento de qualidade depende de formação que possibilite

conhecer quem é o sujeito surdo e quais são suas necessidades comunicacionais.

Cardoso, Rodrigues e Bachion (2006, p. 553-560) analisaram diretamente as percepções de 11 pessoas com surdez severa ou profunda. As entrevistas foram realizadas em Libras e revelaram três núcleos principais: entendimento, necessidade de intermediação e sentimentos. O fato de os participantes relatarem comunicação insuficiente e sentimentos negativos mostra que as barreiras não podem ser reduzidas a inconvenientes operacionais; elas afetam a experiência integral do atendimento.

Chaveiro e Barbosa (2005, p. 417-422) igualmente identificaram que o estabelecimento do vínculo está diretamente relacionado à possibilidade de comunicação. Quando a pessoa sente que suas necessidades são compreendidas, a relação tende a se fortalecer. Por outro lado, quando a comunicação é limitada, o usuário pode permanecer inseguro quanto àquilo que está ocorrendo e quanto às decisões tomadas a seu respeito.

O vínculo possui função central na assistência em saúde. É por meio dele que o usuário adquire confiança para informar sintomas, tirar dúvidas, expor dificuldades no cumprimento de uma conduta, comunicar efeitos adversos e participar de decisões. Para o profissional, uma comunicação mais precisa permitir construir história clínica adequada, compreender prioridades e verificar se as

orientações foram de fato assimiladas. A barreira linguística, portanto, compromete ambas as partes do processo.

Em estudo sobre a relação entre paciente surdo e médico, Chaveiro, Porto e Barbosa (2009, p. 147) concluíram que barreiras comunicacionais podem comprometer o vínculo e interferir no diagnóstico e no tratamento. Os autores também destacam a necessidade de formação profissional e conhecimento das especificidades socioculturais e linguísticas da população surda.

Britto e Samperiz (2010, p. 80) oferecem dados que ilustram como a ausência de formação específica conduz à utilização predominante de estratégias improvisadas. Entre 100 profissionais de enfermagem investigados, 66% relataram dificuldade para explicar assuntos de interesse do paciente e 32% dificuldade para compreender o paciente a partir de sua forma de comunicação. A mímica foi utilizada por 100% dos participantes, a leitura labial por 94%, o acompanhante por 65%, a escrita por 42% e somente 1% relatou comunicação por Libras.

Mímica, gestos, escrita e leitura labial podem funcionar como recursos complementares em situações específicas, mas não são equivalentes ao atendimento na língua dominada pelo usuário. A leitura labial, por exemplo, depende de múltiplas condições e não é uma habilidade dominada por todas as pessoas surdas. A escrita também não pode ser presumida como plenamente acessível,

especialmente porque as experiências educacionais e linguísticas são diversas.

Lopes, Vianna e Silva (2017, p. 213-221) mostram que participantes surdos utilizavam diferentes recursos na tentativa de superar as barreiras encontradas nos serviços. Entretanto, o estudo concluiu que a dificuldade de comunicação continuava comprometendo a relação profissional-paciente e a promoção da autonomia. Para os autores, o conhecimento de Libras pela equipe de saúde facilitaria essa relação.

Um ponto particularmente relevante em Lopes, Vianna e Silva (2017, p. 217-218) é a problematização da ideia de que um único recurso poderia servir a todas as pessoas surdas. Os autores observam que escrita, leitura orofacial e acompanhamento por terceiros não produzem os mesmos resultados para todos. O estudo apresenta relato de participante que não realiza leitura labial e considera a escrita uma alternativa mais funcional, enquanto lembra que outros indivíduos podem não apresentar domínio suficiente da língua portuguesa escrita.

Essa diversidade torna essencial perguntar ao próprio usuário qual é sua forma preferencial de comunicação. Serviços acessíveis não deveriam partir da pressuposição de que todas as pessoas surdas se comunicam da mesma maneira. A identificação da língua e do recurso necessário pode constar desde o cadastro inicial do usuário,

permitindo preparar adequadamente consultas, exames, internações e demais procedimentos.

Ianni e Pereira (2009, p. 91) demonstraram que barreiras aparecem antes mesmo do encontro com o profissional responsável pela consulta. Entre os problemas identificados estavam dificuldade para marcar consulta por telefone, ausência de intérprete, falta de uma língua em comum e atitudes inadequadas dos trabalhadores. A experiência de acesso, portanto, começa na organização administrativa dos serviços e não apenas dentro do consultório.

Esse aspecto possui grande importância na atualidade. Sistemas de agendamento exclusivamente telefônicos, chamadas exclusivamente sonoras, recepções sem comunicação visual e informações institucionais disponibilizadas apenas em língua portuguesa podem excluir usuários antes que tenham qualquer contato com médico, enfermeiro ou outro profissional. A acessibilidade deve ser pensada de maneira transversal, incorporando comunicação visual, mensagens de texto, canais digitais acessíveis, videochamadas e outras possibilidades.

Nascimento, Fortes e Kessler (2015, p. 241) identificaram de maneira concreta esse problema. Entre os 29 participantes de sua pesquisa, 86% nunca haviam sido atendidos por profissional que soubesse Libras e 45% já haviam desistido de atendimento em decorrência de dificuldades comunicativas. Entre as barreiras,

apareceram a sala de espera, a dificuldade para compreender explicações profissionais e a ausência de intérpretes.

A desistência do atendimento demonstra que a barreira comunicacional pode produzir efeito diretamente contrário aos princípios de universalidade e integralidade. Formalmente o serviço pode estar aberto a todas as pessoas, mas, se as condições de comunicação afastam determinados usuários, o acesso deixa de ser substancialmente universal.

Nascimento, Fortes e Kessler (2015, p. 248) concluem que a ausência de Libras e de intermediação adequada limita autonomia e pode resultar em violação do direito à saúde. Os autores defendem que uma assistência bilíngue ampliaria o acesso e a independência das pessoas surdas na procura pelos serviços.

Neves, Felipe e Nunes (2016, p. 157-165) também identificaram problemas de autonomia. Em estudo com nove adultos surdos, verificaram número reduzido de profissionais capazes de se comunicar por Libras, escassez de intérpretes e inacessibilidade de informações. As autoras destacam ainda a permanência de atitudes sociais que representam a pessoa surda como incapaz de decidir sobre a própria saúde, mantendo-a dependente de terceiros.

A autonomia, nesse contexto, precisa ser entendida de maneira concreta. Não basta afirmar que o paciente possui direito de decidir. Para decidir, precisa compreender o que está sendo discutido.

Consentimento informado, autorização de procedimentos, escolha entre alternativas terapêuticas e recusa de tratamento pressupõem informação inteligível. Quando a comunicação ocorre apenas com o acompanhante, existe risco de que o próprio usuário deixe de ocupar o centro do diálogo.

Oliveira, Celino e Costa (2015, p. 307) observaram exatamente essa condição ao relatarem que os participantes se percebiam como sujeitos passivos em seu próprio processo saúde-doença quando a comunicação era mediada de forma insuficiente. A preferência por profissionais que conhecessem língua de sinais relacionava-se à possibilidade de comunicação direta, independência e privacidade.

A privacidade representa questão ética de grande relevância. Um acompanhante pode ser importante quando escolhido livremente pelo usuário, mas sua presença não deveria ser condição obrigatória para que um adulto surdo consiga obter atendimento. Informações relacionadas à sexualidade, saúde mental, doenças estigmatizadas, violência, planejamento familiar, uso de substâncias e conflitos pessoais podem não ser compartilhadas livremente diante de familiares.

A assistência à gestante investigada por Ferreira *et al*. (2019, p. 37-38) evidencia essa problemática. Entre os profissionais que recorreram a intérprete, o papel foi exercido pelo acompanhante em

todos os casos relatados. As autoras alertam que essa prática pode comprometer privacidade e sigilo.

Outro campo em que a barreira aparece é a saúde mental. Santo, Silva e Mendonça (2020, p. 856-862) analisam um caso em que usuário e cuidadora se comunicavam em Libras, mas o profissional não dominava essa língua. A situação demonstrou como a ausência de repertório linguístico compartilhado atuava diretamente como barreira para o cuidado integral.

A formação profissional, portanto, atravessa todas essas situações. Chaveiro *et al*. (2010, p. 639-645), ao investigarem profissionais de saúde em Goiânia, verificaram que a Libras era reconhecida como instrumento relevante, mas os participantes não estavam suficientemente preparados para atender pessoas surdas. O intérprete apareceu como recurso importante, sem eliminar a necessidade de profissionais capazes de estabelecer vínculos mais diretos.

Nos relatos analisados por Chaveiro *et al.* (2010, p. 642), profissionais reconheciam que o não domínio da língua de sinais restringia a comunicação e obrigava o uso de gestos bastante rudimentares. Os próprios trabalhadores associavam maior conhecimento linguístico à possibilidade de integração e inclusão.

Mazzu-Nascimento *et al*. (2020, p. 1) oferecem uma dimensão nacional do problema ao analisarem 5.317 cursos de graduação da área

da saúde. Entre eles, 2.293, correspondentes a 43,1%, ofereciam disciplina de Libras. Apenas 16,7% a apresentavam como obrigatória, enquanto 83,3% a ofertavam de maneira optativa. Entre os cursos para os quais havia informação de carga horária, somente 0,5% destinavam mais de 80 horas ao ensino da língua. Os autores concluem que existem evidências de fragilidade na formação profissional e que essa fragilidade repercute no atendimento integral à pessoa surda.

Essa evidência é fundamental porque demonstra que o problema não pode ser atribuído exclusivamente à iniciativa individual do trabalhador. A capacidade de prestar atendimento acessível depende de políticas de formação inicial, educação permanente e planejamento institucional. Quando universidades e serviços não organizam oportunidades suficientes de aprendizagem, o profissional chega ao atendimento sem as competências necessárias.

A revisão integrativa de Vieira *et al*. (2023) confirma a persistência desse quadro. Entre os trabalhos analisados, a escrita, fala, leitura labial e gestos apareciam com maior frequência que Libras ou intérprete profissional. A falta de qualificação dos profissionais foi identificada em 81,25% dos estudos selecionados, e os autores defendem que a formação comece ainda durante a graduação e continue por meio de qualificação permanente nos serviços.

Vieira *et al*. (2023) mostram ainda que a barreira comunicacional afeta os próprios trabalhadores. Em nove dos 16

estudos analisados, dificuldades de comunicação estavam associadas a sentimentos como insegurança, incapacidade, bloqueio, aflição e angústia. Assim, uma política de acessibilidade beneficia não apenas o usuário, mas também a qualidade do processo de trabalho.

Os resultados mais recentes apresentados por Moraes *et al*. (2025) demonstram que os problemas permanecem mesmo após mais de duas décadas da Lei de Libras. Com 316 participantes, o estudo encontrou avaliações ruins da comunicação tanto no setor público quanto no privado. No melhor cenário calculado pelo modelo utilizado pelos autores, a probabilidade de boa comunicação alcançou somente 40,47%.

O dado é particularmente significativo porque impede interpretar as dificuldades como fenômeno limitado a pesquisas antigas ou a um único tipo de serviço. A permanência das barreiras aponta para um problema estrutural de acessibilidade linguística que exige respostas institucionais mais amplas.

Souza *et al*. (2017, p. 395-405), em revisão integrativa, chegaram à conclusão semelhante. Os principais obstáculos identificados estavam relacionados à barreira comunicacional entre pessoas surdas e ouvintes, ao desconhecimento de Libras por profissionais, à necessidade recorrente de familiares ou intérpretes e à insuficiente compreensão da comunidade surda como grupo bilíngue e multicultural.

Assim, os estudos nacionais analisados, embora desenvolvidos em contextos distintos, convergem para um conjunto de problemas: ausência de língua compartilhada; formação insuficiente; uso de estratégias que nem sempre atendem à preferência linguística do usuário; dependência de acompanhantes; escassez de intérpretes; redução da privacidade; comprometimento da autonomia; insegurança profissional; dificuldades de acesso administrativo; e possibilidade de desistência do cuidado.

A resposta a esses problemas exige substituir a lógica de improvisação por uma política permanente de acessibilidade. Serviços devem conhecer o perfil linguístico de sua população, identificar usuários de Libras desde a recepção, disponibilizar canais visuais de comunicação, manter profissionais capacitados, garantir tradução e interpretação quando necessário e desenvolver materiais de educação em saúde diretamente acessíveis em Libras.

Os desafios identificados na literatura brasileira tornam-se ainda mais significativos quando confrontados com o conjunto normativo construído nas últimas décadas. A acessibilidade linguística da pessoa surda não pode ser considerada apenas uma prática desejável de cordialidade ou humanização. Ela possui fundamento jurídico vinculado aos direitos à saúde, à comunicação, à informação, à autonomia e à participação social.

A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e determina que o acesso às ações e serviços ocorra de modo universal e igualitário (Brasil, 1988, art. 196). A universalidade, entretanto, não pode ser interpretada apenas como permissão formal para entrar em uma unidade de saúde. Para que o acesso seja materialmente igualitário, as diferenças linguísticas precisam ser consideradas.

A Lei nº 10.436/2002 representou marco fundamental ao reconhecer a Libras como meio legal de comunicação e expressão. Seu artigo 2º determina que o poder público e empresas concessionárias apoiem institucionalmente o uso e a difusão da Libras. O artigo 3º faz referência expressa à assistência à saúde, determinando atendimento e tratamento adequados (Brasil, 2002).

Chaveiro e Barbosa (2005, p. 419) já relacionavam diretamente esse dispositivo legal ao atendimento em saúde, enfatizando que o reconhecimento da língua deveria produzir condições concretas para inclusão. As autoras sustentam que não se pode negar aos sujeitos surdos o direito de usufruir de uma língua e associam comunicação adequada à possibilidade de assistência de melhor qualidade.

O Decreto nº 5.626/2005 aprofundou a regulamentação e dedicou seu Capítulo VII à garantia do direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva. Entre as medidas previstas no artigo 25 estão atendimento por profissionais capacitados para uso de

Libras ou para tradução e interpretação e apoio à capacitação dos trabalhadores da rede do SUS (Brasil, 2005).

Como citação direta longa, destaca-se parte do artigo 25 do Decreto nº 5.626/2005:

> "atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços do SUS [...] por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação; e [...] apoio à capacitação e formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso de Libras e sua tradução e interpretação" (Brasil, 2005, art. 25).

A determinação evidencia que a formação linguística dos profissionais e a tradução/interpretação não são demandas criadas posteriormente pela literatura científica. Elas já estão incorporadas ao aparato normativo brasileiro. O problema identificado pelas pesquisas é justamente a distância entre previsão jurídica e concretização cotidiana.

Ianni e Pereira (2009, p. 89) denominam essa situação como um descompasso entre determinações jurídicas, expectativas da comunidade surda e aquilo que as unidades de saúde conseguem efetivamente oferecer. A conclusão permanece particularmente atual diante de estudos posteriores que continuam registrando desconhecimento de Libras e insuficiência de recursos de acessibilidade.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, ampliou esse arcabouço ao definir barreiras nas comunicações e na informação como entraves ou comportamentos capazes de dificultar ou impedir expressão e recebimento de mensagens. A própria definição legal de comunicação inclui expressamente a Libras e diferentes meios e formatos de comunicação (Brasil, 2015).

Essa definição é importante porque desloca o problema da incapacidade individual para as condições de acessibilidade do ambiente. Se determinado usuário não compreende uma informação porque ela foi disponibilizada exclusivamente em formato linguístico inacessível, não se pode atribuir automaticamente a dificuldade ao indivíduo. O serviço possui responsabilidade na oferta de condições adequadas de comunicação.

Franco *et al*. (2022, p. 3) relacionam a Lei de Libras e a Lei Brasileira de Inclusão ao direito à saúde, argumentando que negar atendimento compreensível na língua do usuário surdo contribui para impedir o pleno exercício da cidadania. Os autores lembram que saúde, informação e comunicação se tornam dimensões inseparáveis quando se trata de garantir acesso efetivo.

A pandemia de COVID-19 tornou essa relação especialmente visível. Informações sobre prevenção, sintomas, vacinação, circulação social e medidas sanitárias foram produzidas em velocidade elevada.

Para pessoas surdas, a ausência ou atraso de informações em Libras significou desigualdade no acesso a conteúdo diretamente relacionados à proteção da vida.

Franco *et al.* (2022) identificaram, em sua revisão, três questões recorrentes: necessidade de profissionais de saúde bilíngues; ampliação da formação inicial em Libras nas universidades; e disponibilidade de tradutores e intérpretes de Libras nos serviços. Segundo os autores, essas dificuldades permaneceram evidentes mesmo diante de legislação consolidada.

A formação universitária é, nesse sentido, um dos pontos mais sensíveis. O Decreto nº 5.626/2005 tornou Libras disciplina obrigatória em cursos de formação de professores e de Fonoaudiologia, enquanto nos demais cursos superiores sua oferta ocorre como disciplina optativa. Essa configuração ajuda a compreender por que grande número de profissionais da saúde conclui sua formação sem contato suficiente com a língua.

Os dados de Mazzu-Nascimento *et al*. (2020, p. 1) mostram concretamente a consequência: menos da metade dos 5.317 cursos da saúde analisados oferecia Libras, e entre aqueles que ofertavam a disciplina predominava o caráter optativo.

Não se deve, contudo, reduzir formação a uma única disciplina isolada. Alcançar fluência em uma língua demanda exposição contínua e prática. Chaveiro *et al*. (2010, p. 642) observam que mesmo

profissionais inseridos em iniciativas de capacitação relatavam dificuldade para alcançar fluência e reconheciam que o aprendizado de Libras requer dedicação semelhante à aprendizagem de outras línguas.

Desse modo, uma política de formação pode envolver diferentes níveis de competência. Nem todo profissional alcançará imediatamente fluência avançada, mas toda instituição pode desenvolver protocolos para identificar a língua do usuário, estabelecer comunicação inicial respeitosa, acionar interpretação profissional, utilizar recursos visuais e evitar pressuposições equivocadas.

O intérprete profissional desempenha papel relevante, mas também deve ser situado dentro de uma política mais ampla. Chaveiro e Barbosa (2005, p. 417-422) verificaram que sua presença melhora a comunicação, mas não garante, isoladamente, a inclusão. Oliveira, Celino e Costa (2015, p. 307) mostraram que a simples presença de acompanhante oralizado também não assegurava qualidade e podia manter o usuário em posição passiva.

É necessário distinguir, além disso, intérprete profissional de familiar ou acompanhante utilizado informalmente como mediador. O intérprete está vinculado a responsabilidades profissionais e à mediação linguística, enquanto o familiar possui outra relação com o

usuário e pode selecionar, resumir ou interferir involuntariamente nas informações.

A dependência de familiares também coloca em questão autonomia e confidencialidade. Lopes, Vianna e Silva (2017, p. 218) associam a barreira comunicacional ao comprometimento da independência e do autocuidado. Quando o usuário precisa organizar toda consulta de acordo com a disponibilidade de terceiro, seu direito de acessar diretamente o serviço torna-se limitado.

O respeito aos direitos linguísticos requer, portanto, reconhecer o usuário surdo como interlocutor principal. O profissional deve falar e dirigir-se a ele, mesmo quando houver intérprete. Cabe ao usuário decidir quais informações deseja compartilhar, manifestar dúvidas, autorizar procedimentos e participar de decisões.

Essa mudança também envolve superar barreiras atitudinais. A interpretação da pessoa surda como incapaz pode conduzir profissionais a conversar exclusivamente com familiares, infantilizar o paciente ou tomar decisões sem verificar sua compreensão. Neves, Felipe e Nunes (2016, p. 157) encontraram justamente relatos associados à dependência e à percepção social de que o surdo seria incapaz de decidir sobre a própria saúde.

Direitos linguísticos e autonomia estão, assim, profundamente relacionados. Ter direito à língua significa poder utilizá-la em situações relevantes da vida social sem que isso implique perda de

acesso ou participação. Nos serviços de saúde, significa ter condições de relatar sintomas, compreender orientações, participar de escolhas e receber educação em saúde em formatos acessíveis.

A acessibilidade também precisa alcançar campanhas públicas, sites, plataformas de teleatendimento e materiais informativos. O desenvolvimento tecnológico cria oportunidades importantes, desde videochamadas com interpretação até conteúdos de educação em saúde gravados diretamente em Libras. No entanto, recursos digitais somente serão inclusivos se forem planejados considerando as especificidades linguísticas e visuais da comunidade.

A pandemia, como discutem Franco *et al*. (2022), evidenciou tanto dificuldades quanto possibilidades de adaptação. O uso de máscaras, por exemplo, interferiu em elementos visuais relevantes para determinadas formas de comunicação, enquanto videochamadas, legendas e recursos de interpretação remota apareceram como alternativas.

Vieira et al. (2023) apontam que dispositivos eletrônicos ainda apareciam de forma relativamente limitada na literatura analisada, ao passo que escrita e mímica permaneciam estratégias frequentes. Esse resultado sugere que existe espaço para ampliar o uso planejado de tecnologias acessíveis sem substituir a necessidade de profissionais preparados e de garantia da Libras.

A humanização do cuidado também precisa ser compreendida sob essa perspectiva. Nascimento, Fortes e Kessler (2015, p. 248) argumentam que não existe atendimento humanizado quando o serviço não consegue perceber e respeitar as particularidades comunicativas do usuário. Humanizar, nesse caso, não significa apenas demonstrar gentileza, mas assegurar condições de diálogo.

O cenário apontado pelos estudos permite perceber que a efetivação dos direitos linguísticos da comunidade surda depende de ações em diferentes níveis: legislação; políticas de formação universitária; educação permanente; contratação e disponibilidade de intérpretes; tecnologias de comunicação; adaptação dos fluxos administrativos; produção de materiais em Libras; e participação da própria comunidade surda no planejamento e avaliação dos serviços.

A participação da comunidade é especialmente importante porque políticas elaboradas exclusivamente a partir da perspectiva de gestores e profissionais ouvintes podem reproduzir pressupostos sobre aquilo que seria acessível. A experiência dos próprios usuários permite identificar barreiras que passam despercebidas para quem nunca dependeu de informação visual ou de língua de sinais.

Moraes *et al*. (2025, p. 1-9), ao aplicarem formulário on-line acessível em Libras, oferecem também exemplo metodológico relevante de inclusão linguística na própria produção científica. Esse procedimento reconhece que pesquisar uma população em sua língua

amplia as condições para participação e produção de respostas mais adequadas.

A construção de serviços verdadeiramente acessíveis deve, portanto, partir do princípio de que comunicação é componente clínico, ético e jurídico do cuidado. O desconhecimento de Libras não deve ser naturalizado como uma situação inevitável. Embora não seja possível exigir fluência imediata de todos os trabalhadores, é possível exigir das instituições planejamento para que nenhum usuário deixe de receber informações essenciais por ausência de acessibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica nacional permite concluir que saúde, qualidade de vida e direitos linguísticos da comunidade surda são dimensões inseparáveis. O acesso aos serviços não se efetiva plenamente quando a pessoa consegue ingressar fisicamente em uma unidade, mas permanece impossibilitada de compreender informações, expressar necessidades ou participar das decisões sobre a própria saúde.

Os estudos analisados, produzidos em diferentes períodos e regiões brasileiras, demonstram uma continuidade preocupante das barreiras comunicacionais. Pesquisas realizadas desde o início dos anos 2000 já identificavam dificuldades no vínculo profissional-paciente, dependência de familiares e ausência de conhecimento de

Libras. Estudos posteriores continuam apontando os mesmos problemas, e dados publicados em 2025 mostram avaliações negativas da comunicação tanto em serviços públicos quanto privados.

Essa continuidade evidencia que os avanços legais não foram acompanhados, na mesma intensidade, por transformações estruturais dos serviços. A Lei nº 10.436/2002, o Decreto nº 5.626/2005 e a Lei nº 13.146/2015 constituem importantes fundamentos para a promoção da acessibilidade, mas a concretização desses dispositivos exige planejamento, financiamento, formação profissional e avaliação permanente.

As barreiras linguísticas possuem consequências que ultrapassam a comunicação imediata. Elas podem comprometer diagnóstico, tratamento, adesão terapêutica, privacidade, sigilo, autonomia, segurança e continuidade do cuidado. Também contribuem para experiências de medo, constrangimento, ansiedade e insegurança. Quando levam à desistência de consultas ou à redução da procura por serviços, podem agravar desigualdades de saúde.

A qualidade de vida também se relaciona às condições comunicativas vivenciadas pelos sujeitos. Os estudos demonstram que isolamento, dificuldades de interação e sofrimento psicológico podem ser ampliados quando a sociedade não oferece condições adequadas de participação. Por essa razão, avaliar saúde e qualidade de vida de

usuários de Libras requer instrumentos cultural e linguisticamente acessíveis.

A formação profissional apresenta-se como um dos principais caminhos de transformação. A presença reduzida e frequentemente optativa da Libras nos cursos da área da saúde contribui para a chegada de profissionais despreparados aos serviços. Entretanto, a solução não deve depender apenas de iniciativas individuais. Instituições de ensino, gestores do SUS, hospitais, unidades básicas e demais serviços precisam desenvolver políticas permanentes de capacitação.

Também é necessário garantir intérpretes profissionais quando o usuário necessita desse recurso, sem transformar familiares em mediadores obrigatórios. A presença do intérprete deve ampliar a autonomia, e não substituir o reconhecimento do paciente como interlocutor central.

Do mesmo modo, tecnologias digitais, sistemas visuais de chamada, canais de agendamento por texto ou vídeo, materiais em Libras, teleatendimento acessível e identificação prévia das preferências linguísticas podem contribuir para reduzir barreiras em diferentes etapas da assistência.

A comunidade surda deve participar da criação, implementação e avaliação dessas estratégias. Nenhuma política de acessibilidade alcança plenamente seus objetivos quando o grupo diretamente afetado não participa das decisões. O princípio de

participação social que sustenta o SUS precisa incluir efetivamente as experiências e demandas linguísticas dos cidadãos surdos.

Conclui-se, portanto, que reconhecer a Libras como língua legítima nos serviços de saúde significa reconhecer a pessoa surda como sujeito de direitos, capaz de participar de maneira autônoma das decisões sobre seu corpo, sua saúde e sua vida. A acessibilidade comunicacional não constitui benefício adicional nem concessão institucional: representa condição necessária para que universalidade, integralidade, equidade e humanização ultrapassem o plano normativo e se materializem na experiência cotidiana da comunidade surda brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível no Portal da Legislação da Presidência da República. Acesso em: 4 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível no Portal da Legislação da Presidência da República. Acesso em: 8 jul. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Acesso em: 17 jul. 2026.

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). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRITTO, Fernanda da Rocha; SAMPERIZ, Maria Mercedes Fernandez. Dificuldades de comunicação e estratégias utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe na assistência ao deficiente auditivo. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 80-85, 2010. Acesso em: 29 jul. 2026.

CARDOSO, Adriane Helena Alves; RODRIGUES, Karla Gomes; BACHION, Maria Márcia. Percepção da pessoa com surdez severa e/ou profunda acerca do processo de comunicação durante seu atendimento de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 553-560, 2006. DOI: 10.1590/S0104-11692006000400013. Acesso em: 2 ago. 2026.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. A surdez, o surdo e seu discurso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 166-171, 2004. Acesso em: 5 ago. 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. DOI: 10.1590/S0080-62342005000400007. Acesso em: 7 ago. 2026.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 578-583, 2008. Acesso em: 9 ago. 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. Acesso em: 11 ago. 2026.

CHAVEIRO, Neuma et al. 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. Acesso em: 13 ago. 2026.

CHAVEIRO, Neuma; DUARTE, Soraya Bianca Reis; FREITAS, Adriana Ribeiro de; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida dos surdos que se comunicam pela língua de sinais: revisão integrativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 101-114, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0510. Acesso em: 15 ago. 2026.

FERREIRA, Dayana Roberta da Conceição et al. Assistência à gestante surda: barreiras de comunicação encontradas pela equipe de saúde. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 3, p. 31-42, 2019. DOI: 10.18310/2446-4813.2019v5n3p31-42. Acesso em: 17 ago. 2026.

FRANCO, Ludmila Veiga Faria et al. A Lei de Libras e o direito à promoção da Saúde dos Surdos no advento da pandemia de COVID-19 no Brasil: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, e05111133225, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33225. Acesso em: 19 ago. 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. Acesso em: 20 ago. 2026.

LOPES, Raphaela Marques; 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, 2017. DOI: 10.17765/1983-1870.2017v10n2p213-221. Acesso em: 21 ago. 2026.

MAZZU-NASCIMENTO, Thiago et al. Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. **Audiology – Communication Research**, v. 25, e2361, 2020. DOI: 10.1590/2317-6431-2020-2361. Acesso em: 23 ago. 2026.

MORAES, Rafael Rodrigues de et al. 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. Acesso em: 25 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, 2015. Acesso em: 26 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**, v. 28, n. 3, p. 157-165, 2016. DOI: 10.14450/2318-9312.v28.e3.a2016.pp157-165. Acesso em: 27 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. Acesso em: 28 ago. 2026.

SANTO, Tiago Braga do Espírito; SILVA, Letícia Ramos da; MENDONÇA, Fabiane Dias de. Libras como ferramenta de cuidado em saúde mental: da barreira ao acesso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 856-862, 2020. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7856. Acesso em: 29 ago. 2026.

SOUZA, Maria Fernanda Neves Silveira de et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 3, p. 395-405, 2017. DOI: 10.1590/1982-0216201719317116. Acesso em: 30 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**, v. 28, e84359, 2023. DOI: 10.1590/ce.v28i0.84359. Acesso em: 31 ago. 2026.