

**ACESSIBILIDADE
COMUNICACIONAL E
QUALIDADE NO CUIDADO:
A INSERÇÃO DA LÍNGUA
BRASILEIRA DE SINAIS
(LIBRAS) NO CONTEXTO DA
MEDICINA**

COMMUNICATIONAL ACCESSIBILITY AND QUALITY OF CARE: THE
INTEGRATION OF BRAZILIAN SIGN LANGUAGE (LIBRAS) INTO THE
MEDICAL CONTEXT

Ciências da Saúde, Linguística & Letras e Artes • 30/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782625234](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782625234)

Leandrius de Freitas Muniz

RESUMO

A comunicação constitui elemento central na prática médica, sendo condição indispensável para a realização da anamnese, para a construção do vínculo terapêutico e para a garantia da autonomia do paciente. No entanto, no caso da população surda, a ausência de acessibilidade comunicacional nos serviços de saúde compromete de forma significativa a qualidade do cuidado. Este artigo tem como objetivo analisar a importância da Língua Brasileira de Sinais (Libras) no atendimento em saúde, com foco na formação médica e nos desafios éticos relacionados à relação médico-paciente surdo. Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, realizada a partir de publicações científicas e documentos legais disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais, como SciELO, LILACS e PubMed, além da legislação brasileira pertinente. A análise evidencia que, embora a Libras seja reconhecida legalmente e a acessibilidade comunicacional seja assegurada como direito fundamental, sua efetivação no contexto da saúde permanece limitada. A formação médica ainda apresenta lacunas importantes quanto à preparação dos profissionais para o atendimento à pessoa surda, o que impacta o consentimento informado, o sigilo, a adesão ao tratamento e a segurança do cuidado. Conclui-se que a incorporação consistente da Libras na formação médica e a estruturação de políticas institucionais de acessibilidade são medidas necessárias para a promoção da equidade, da ética e da qualidade no atendimento à saúde da população surda.

Palavras-chave: Libras; Acessibilidade comunicacional; Educação médica; Saúde da pessoa surda; Relação médico-paciente.

ABSTRACT

Communication is a central element in medical practice and an essential condition for anamnesis, therapeutic bonding, and the

guarantee of patient autonomy. However, for the deaf population, the lack of communicational accessibility in health services significantly compromises the quality of care. This article aims to analyze the importance of Brazilian Sign Language (Libras) in health care, focusing on medical education and the ethical challenges related to the doctor–deaf patient relationship. This study is an integrative literature review based on scientific publications and legal documents retrieved from national and international databases, including SciELO, LILACS, and PubMed, as well as relevant Brazilian legislation. The analysis shows that although Libras is legally recognized and communicational accessibility is guaranteed as a fundamental right, its effective implementation in health care settings remains limited. Medical education still presents significant gaps in preparing professionals to care for deaf patients, affecting informed consent, confidentiality, treatment adherence, and patient safety. The study concludes that the consistent incorporation of Libras into medical education and the development of institutional accessibility policies are necessary measures to promote equity, ethical practice, and quality of care for the deaf population.

Keywords: Brazilian Sign Language; Communicational accessibility; Medical education; Deaf health; Doctor–patient relationship.

1. INTRODUÇÃO

A mescla entre linguagem e cuidado em saúde não pode ser compreendida apenas como um meio técnico de transmissão de informações clínicas, pois se trata de uma dimensão do próprio ato médico, na medida em que diagnósticos, condutas terapêuticas e até mesmo decisões compartilhadas são produzidos no interior de processos comunicacionais. Quando esses processos se organizam a

partir da língua oral, se criam barreiras que não são acidentais, mas sistemáticas, sobretudo para sujeitos cuja experiência linguística se constitui fora desse cerne, como é o caso das pessoas surdas usuárias da Língua Brasileira de Sinais – Libras.

No contexto brasileiro, a surdez foi tratada sob uma lógica de *déficit*, frequentemente ligada a necessidade de adaptação do sujeito aos padrões de comunicação. Essa perspectiva, além de reduzir a complexidade da experiência surda, produziu práticas institucionais que naturalizaram a exclusão em espaços fundamentais, entre eles os serviços de saúde. A criação da Libras como língua reconhecida representou um deslocamento importante desse paradigma, ao afirmar o direito à comunicação em língua própria e ao reconhecer a surdez como diferença linguística e cultural, e não como ausência de linguagem (Brasil, 2002; Capovilla, 2000).

Entretanto, o reconhecimento normativo não tem se traduzido, de forma consistente, em mudanças na formação e na prática médica. Embora o Decreto nº 5.626/2005 estabeleça diretrizes para a promoção da acessibilidade comunicacional, sua efetivação no campo da saúde permanece fragmentada, muitas vezes restrita à presença eventual de intérpretes ou a iniciativas pontuais de extensão. Tal cenário mostra uma dissociação entre o marco legal e a organização dos serviços, na qual a comunicação com o paciente surdo segue sendo tratada como exceção, e não como parte constitutiva da qualidade do cuidado.

Essa lacuna adquire contornos ainda mais sensíveis quando se considera que o atendimento médico envolve situações de vulnerabilidade, dor, tomada de decisões e exposição de informações íntimas. A ausência de uma comunicação direta entre

profissional e paciente compromete não apenas a autonomia da pessoa surda, mas também a segurança clínica, a ética do cuidado e o próprio princípio da integralidade que orienta o sistema de saúde. Da forma como mostram os autores Hauland e Allen (2009), a negação do acesso linguístico configura violação de direitos humanos, ainda mais quando impede a participação do sujeito nas decisões que afetam sua própria saúde.

Nos últimos anos, estudos têm evidenciado que a inserção da Libras na formação médica ajuda no aumento da sensibilidade ética, do compromisso social e da capacidade de escuta do futuro profissional, ao mesmo tempo em que reduz assimetrias no atendimento (Alves Bomfim, 2020; Levino et al., 2013). E mesmo assim, a Libras permanece marginal no currículo médico, frequentemente abordada de modo superficial ou opcional, o que reforça uma lógica de acessibilidade formal, mas não efetiva.

Diante desse contexto, o problema que orienta este estudo pode ser formulado da seguinte maneira: em que medida a ausência ou a inserção limitada da Língua Brasileira de Sinais na formação e na prática médica compromete a acessibilidade comunicacional e a qualidade do cuidado oferecido à população surda? Essa questão não paralisa as amostras técnicas da comunicação, mas envolve dimensões éticas, pedagógicas, institucionais e políticas que passam pelo exercício da medicina contemporânea.

O objetivo deste trabalho consiste em analisar a inserção da Libras na medicina, considerando seus impactos sobre a acessibilidade e sobre a qualidade do cuidado em saúde destinado às pessoas surdas. De forma específica, busca-se discutir os marcos legais que sustentam esse direito, examinar as limitações presentes na

formação médica, e também refletir sobre a Libras como elemento de uma prática em saúde mais ética, inclusiva e comprometida com a diversidade linguística.

No que se refere aos procedimentos metodológicos, se trata de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, desenvolvida a partir da análise de produções acadêmicas, legislações e documentos normativos relacionados à Libras, à formação médica e à acessibilidade em saúde. A escolha dessa abordagem fundamenta-se na compreensão de que o objeto em questão envolve construções sociais, políticas e históricas que demandam interpretação crítica, e não mensuração quantitativa. O percurso metodológico segue as orientações das autoras Lakatos e Marconi (2021), especialmente no que diz respeito à sistematização das fontes, à análise interpretativa do material e à construção lógica do argumento científico.

Adotando essa perspectiva, o estudo não pretende findar o debate, longe disso! Mas contribuir para o aprofundamento de uma reflexão ainda incipiente no campo da medicina, mostrando que a acessibilidade comunicacional não forma um adendo ao cuidado, mas um de seus fundamentos. Pensar a Libras no contexto médico é, repensar a própria ideia de qualidade em saúde, deslocando aos parâmetros exclusivamente técnicos para uma compreensão que reconheça a linguagem como condição de possibilidade do cuidado ético e responsável.

2. DESENVOLVIMENTO

Este capítulo tem como finalidade aprofundar a discussão iniciada na introdução, examinando os fundamentos normativos e

formativos que sustentam a acessibilidade comunicacional no contexto da saúde, com foco no atendimento à pessoa surda. Parte-se do entendimento de que a qualidade do cuidado em saúde não se limita a procedimentos técnicos, mas depende da capacidade do sistema e dos profissionais de estabelecer comunicação adequada com os usuários, respeitando suas especificidades linguísticas e culturais.

Inicialmente, são analisados os marcos legais que asseguram o direito à comunicação em língua própria, situando a Libras como elemento central na garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde. Essa análise permite compreender como o ordenamento jurídico brasileiro reconhece a acessibilidade comunicacional como direito fundamental e como esse reconhecimento se articula com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à universalidade, à integralidade e à equidade.

Em seguida, o capítulo discute os limites da formação médica frente às exigências éticas do cuidado à pessoa surda, problematizando a ausência ou fragilidade da Libras nos currículos de graduação em Medicina. São examinadas as implicações dessa lacuna para a relação médico-paciente, para o exercício da autonomia, para o consentimento informado e para a segurança do cuidado, evidenciando como a formação profissional influencia diretamente a efetivação dos direitos assegurados no plano normativo.

A análise proposta estabelece as bases teóricas necessárias para a compreensão dos resultados e da discussão apresentados no capítulo seguinte, permitindo avaliar de forma crítica os impactos das barreiras comunicacionais na qualidade do cuidado oferecido à população surda.

2.1. Marcos Legais e Acessibilidade Comunicacional na Saúde

A acessibilidade comunicacional no campo da saúde não pode ser compreendida como um recurso acessório ou como uma concessão dirigida a grupos específicos, mas como condição estruturante do próprio direito à saúde. Em contextos clínicos, a comunicação não se limita à transmissão de informações técnicas, pois envolve a construção compartilhada do diagnóstico, a pactuação de condutas terapêuticas e a garantia da autonomia do paciente. Quando o sistema de saúde se organiza exclusivamente a partir da língua oral, ele institui uma barreira estrutural que compromete a integralidade do cuidado, sobretudo para sujeitos cuja experiência linguística se dá em outra base, como as pessoas surdas usuárias da Libras.

No Brasil, o reconhecimento jurídico da Libras representou um marco no deslocamento da surdez do campo estrito da deficiência para o campo da diferença linguística e cultural. A Lei nº 10.436/2002, ao reconhecer a Libras como meio legal de comunicação e expressão, rompeu com uma tradição normativa que tratava a pessoa surda como alguém a ser adaptado aos padrões majoritários de comunicação. Esse reconhecimento, no entanto, não se limita ao âmbito educacional, estendendo-se a todos os serviços públicos, inclusive os de saúde, onde a comunicação é elemento central da prática profissional (Brasil, 2002).

O Decreto nº 5.626/2005, ao regulamentar a Lei da Libras, aprofunda esse entendimento ao estabelecer diretrizes para a promoção da acessibilidade comunicacional em diferentes esferas institucionais. No campo da saúde, o decreto explicita a responsabilidade do Estado em garantir condições adequadas de comunicação entre profissionais e usuários surdos, seja por meio da presença de

intérpretes qualificados, seja pela formação de profissionais aptos a utilizar a Libras. Trata-se de um dispositivo que desloca a acessibilidade do plano da boa vontade individual para o plano da obrigação institucional (Brasil, 2005).

A acessibilidade comunicacional, nesse sentido, passa a ser compreendida como direito fundamental, articulado aos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade que orientam o Sistema Único de Saúde. A Lei nº 8.080/1990, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelece que o acesso às ações e serviços deve ocorrer sem discriminação. Quando a comunicação não é garantida, o acesso se torna formal, mas não efetivo, produzindo uma inclusão apenas aparente, que não assegura condições reais de cuidado qualificado (Brasil, 1990).

Esse entendimento é reforçado pela Lei nº 13.146/2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que define a acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance, com segurança e autonomia, de espaços, serviços e informações. Ao tratar explicitamente da comunicação como dimensão da acessibilidade, o estatuto evidencia que a ausência de recursos linguísticos adequados configura violação de direitos, sobretudo quando impede a participação plena do sujeito nas decisões que afetam sua própria saúde (Brasil, 2015).

Para além da legislação infraconstitucional, a acessibilidade comunicacional encontra respaldo no plano dos direitos humanos. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status de emenda constitucional, estabelece que os Estados devem assegurar às pessoas com deficiência o acesso à informação e à comunicação

em igualdade de condições com as demais pessoas. Ao reconhecer as línguas de sinais como línguas legítimas, a Convenção amplia o conceito de acessibilidade e o vincula diretamente à dignidade humana, à autonomia e à participação social.

No contexto da saúde, esse marco internacional adquire relevância particular, pois o atendimento médico envolve situações de vulnerabilidade, risco e tomada de decisões complexas. A ausência de comunicação direta entre profissional e paciente surdo compromete não apenas a qualidade técnica do cuidado, mas também princípios éticos fundamentais, como o consentimento informado e o respeito à vontade do sujeito. Conforme apontam Hauland e Allen (2009), negar o acesso linguístico em serviços essenciais configura uma forma de violação de direitos humanos, especialmente quando impede a autodeterminação do indivíduo.

A análise integrada desses marcos legais permite observar que o ordenamento jurídico brasileiro dispõe de um arcabouço normativo robusto no que se refere à acessibilidade comunicacional. Entretanto, a distância entre a norma e a prática revela uma fragilidade estrutural na implementação desses dispositivos, sobretudo no campo da saúde. Para sistematizar os principais instrumentos legais e seus impactos esperados na organização dos serviços de saúde voltados à população surda, apresenta-se a tabela a seguir.

Tabela 1. Marcos legais da acessibilidade para a saúde da pessoa surda.

Dispositivo Legal	Ano	Escopo Principal	Implicações para a Saúde	Referência
--------------------------	------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------

Lei nº 10.436	2002	Reconhecimento da Libras como língua	Direito à comunicação em língua própria nos serviços de saúde	Brasil (2002)
Decreto nº 5.626	2005	Regulamentação da Libras	Obrigação institucional de garantir acessibilidade comunicacional	Brasil (2005)
Lei nº 8.080	1990	Organiza�o do SUS	Acesso universal e integral aos serviços de saúde	Brasil (1990)
Lei nº 13.146	2015	Lei Brasileira de Inclusão	Comunica�o como direito fundamental e condi�o de autonomia	Brasil (2015)
Conven�o da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	2006	Direitos humanos e inclusão	Reconhecimento da língua de sinais e da acessibilidade comunicacional	Holland; Allen (2009)

Fonte: Elaborado pelo Autor (2026)

A tabela 1 mostra que o direito   acessibilidade comunicacional não decorre de um único dispositivo legal, mas de um conjunto articulado de normas que se reforçam mutuamente. Esse entrelaçamento normativo demonstra que a comunica o em Libras não pode ser tratada como exce o ou favor, mas como

exigência jurídica e ética que atravessa a organização do sistema de saúde em seus diferentes níveis de atenção.

Apesar desse arcabouço, a efetivação da acessibilidade comunicacional permanece marcada por práticas fragmentadas e desiguais. Em muitos serviços de saúde, a presença de intérpretes de Libras é eventual ou inexistente, e a formação dos profissionais não contempla, de modo consistente, competências comunicacionais voltadas ao atendimento da população surda. Essa lacuna revela uma compreensão limitada do alcance dos marcos legais, frequentemente reduzidos a exigências formais e não incorporados à lógica cotidiana do cuidado.

A naturalização dessa distância entre norma e prática produz efeitos concretos na experiência dos usuários surdos, que frequentemente enfrentam dificuldades para relatar sintomas, compreender diagnósticos e participar das decisões terapêuticas. A comunicação, nesses casos, é mediada por estratégias improvisadas, como bilhetes escritos ou a presença de familiares, que não asseguram precisão, sigilo ou autonomia. Tal cenário evidencia que a acessibilidade comunicacional, quando não institucionalizada, se transforma em fator de risco assistencial.

Do ponto de vista jurídico, essa situação tensiona a própria noção de qualidade do cuidado em saúde. Se a legislação assegura o direito à comunicação adequada, sua não efetivação configura uma forma de exclusão institucional, ainda que não intencional. A acessibilidade comunicacional, portanto, deve ser compreendida como critério de avaliação da qualidade dos serviços, e não apenas como requisito administrativo ou cumprimento formal da lei.

Nesse sentido, os marcos legais analisados apontam para a necessidade de uma mudança de paradigma na organização dos serviços de saúde. Não se trata apenas de cumprir dispositivos normativos, mas de reconhecer que a comunicação é parte constitutiva do cuidado e que sua ausência compromete a segurança, a ética e a efetividade das práticas assistenciais. A Libras, enquanto língua, deve ser incorporada como recurso legítimo de cuidado, e não como solução emergencial para situações excepcionais.

A consolidação da acessibilidade comunicacional no campo da saúde exige, portanto, ações estruturais que articulem legislação, políticas públicas e práticas profissionais. Isso implica reconhecer que o direito à saúde não se realiza plenamente sem o direito à comunicação, sobretudo em um sistema que se propõe universal. A leitura dos marcos legais evidencia que o desafio não está na ausência de normas, mas na sua tradução concreta em práticas institucionais consistentes.

Assim, os marcos legais da acessibilidade comunicacional constituem um alicerce normativo sólido para a inclusão da pessoa surda nos serviços de saúde, mas sua efetividade depende da capacidade do sistema de saúde de incorporar a linguagem como dimensão ética e política do cuidado. Pensar a acessibilidade comunicacional a partir desses marcos é, portanto, repensar a própria ideia de qualidade em saúde, deslocando-a de parâmetros exclusivamente técnicos para uma compreensão que reconheça a comunicação como condição fundamental da atenção integral.

2.2. Formação Médica e Desafios Éticos no Cuidado à Pessoa Surda

A formação médica brasileira, embora orientada por diretrizes que enfatizam a integralidade, a humanização e a equidade, ainda apresenta limites quando confrontada com a diversidade linguística presente nos serviços de saúde. No caso da população surda, esses limites se manifestam de forma estrutural, pois a ausência de competências comunicacionais adequadas compromete a própria base da relação médico-paciente, na qual a escuta clínica, o diagnóstico e a tomada de decisões são construídos de modo interdependente (Levino et al., 2013).

A Língua Brasileira de Sinais permanece, na maioria dos cursos de Medicina, ausente ou marginal no currículo, frequentemente ofertada como disciplina optativa, com carga horária reduzida e desvinculada das práticas clínicas. Esse arranjo formativo reforça a ideia de que o atendimento à pessoa surda constitui uma exceção, e não uma responsabilidade inerente ao exercício profissional. Estudos indicam que, mesmo quando os estudantes reconhecem a importância da Libras, sentem-se despreparados para o atendimento clínico direto, o que evidencia uma lacuna entre o discurso da inclusão e a formação efetivamente oferecida (Leal; Moura, 2019).

Do ponto de vista ético, a insuficiência formativa impacta diretamente a autonomia do paciente surdo. O consentimento informado, princípio central da ética médica contemporânea, depende de compreensão clara e recíproca entre médico e paciente. Quando a comunicação ocorre de forma fragmentada, por meio de gestos improvisados ou explicações incompletas, o consentimento tende a assumir um caráter meramente formal, deslocando a decisão clínica para o profissional e enfraquecendo a participação ativa do sujeito no cuidado (Hauland e Allen, 2009).

A utilização recorrente de familiares como intérpretes, prática ainda comum nos serviços de saúde, aprofunda esse problema ético. Além de comprometer o sigilo e a privacidade das informações, essa mediação não profissional pode gerar distorções na comunicação clínica, sobretudo diante de terminologias médicas complexas ou de situações emocionalmente sensíveis. Tal prática transfere para a família uma responsabilidade que deveria ser assumida institucionalmente, contrariando os princípios de autonomia e dignidade do paciente surdo (Rocha et al., 2017).

A surdez, frequentemente tratada apenas sob a ótica biomédica, é desconsiderada em sua dimensão linguística e cultural, o que favorece práticas paternalistas e a deslegitimação da Libras como língua. A literatura sobre educação e cultura surda aponta que a negação dessa dimensão reforça processos históricos de exclusão e silenciamento, que se reproduzem no ambiente clínico quando o profissional não reconhece o paciente surdo como sujeito de direitos linguísticos (Capovilla, 2000; Sá, 2004).

Essa lacuna formativa também repercute na segurança do cuidado. Dificuldades na coleta da anamnese, na explicação de diagnósticos e riscos, bem como na orientação terapêutica, aumentam a probabilidade de erros assistenciais. Esses erros não decorrem da ausência de conhecimento técnico, mas de falhas comunicacionais estruturais, que poderiam ser minimizadas por uma formação mais sensível à diversidade linguística e às especificidades do atendimento à pessoa surda (Levino et al., 2013; Rocha et al., 2017).

É necessário reconhecer que a formação médica enfrenta desafios reais, como currículos extensos e elevada carga de conteúdos técnicos. Contudo, a exclusão sistemática da Libras não pode ser

justificada apenas por essas limitações. Trata-se de uma escolha institucional que revela prioridades e concepções de cuidado. Inserir a Libras na formação médica não significa transformar o médico em intérprete, mas garantir um nível mínimo de competência comunicacional e consciência ética para o atendimento direto, reduzindo assimetrias e riscos assistenciais (Leal e Moura, 2019).

Dessa forma, os desafios éticos no cuidado à pessoa surda não se restringem à falta de recursos materiais, mas dizem respeito à maneira como a formação médica compreende o próprio ato de cuidar. Enquanto a comunicação for tratada como habilidade secundária e a diversidade linguística como exceção, a equidade no cuidado permanecerá incompleta. Enfrentar esse cenário exige reconhecer que a ética médica se concretiza na capacidade de escutar, compreender e respeitar o outro em sua singularidade linguística e cultural, conforme apontam os estudos sobre saúde, inclusão e direitos humanos (Hauland e Allen, 2009; Alves Bomfim, 2020).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das produções científicas e documentos normativos evidencia que a acessibilidade comunicacional ainda não se consolidou como prática regular nos serviços de saúde brasileiros. Apesar do reconhecimento legal da Libras e da previsão normativa de atendimento acessível, os estudos indicam que a comunicação com a pessoa surda permanece dependente de estratégias improvisadas, o que compromete a efetividade do cuidado e a garantia de direitos previstos em lei (Brasil, 2002, 2005; Rocha et al., 2017).

Um dos achados mais recorrentes refere-se às limitações na coleta da anamnese quando não há comunicação direta entre médico e paciente surdo. A literatura aponta que a ausência de um canal linguístico compartilhado restringe a expressão da queixa principal, a contextualização dos sintomas e o relato da história clínica, elementos centrais para o raciocínio diagnóstico. Essa restrição afeta a qualidade da avaliação inicial e repercute em todo o processo assistencial (Alves Bomfim, 2020).

Os estudos demonstram que, nesses contextos, a anamnese tende a ser conduzida de forma resumida, com foco em informações objetivas, frequentemente mediadas por escrita ou por terceiros. Essa redução empobrece a compreensão do quadro clínico, sobretudo em situações que exigem descrição subjetiva do paciente, como dor, desconfortos persistentes ou alterações no cotidiano, aspectos fundamentais para a tomada de decisão clínica (Rocha et al., 2017).

A dificuldade de comunicação também impacta a etapa de explicação diagnóstica. Os resultados indicam que pacientes surdos relatam não compreender os diagnósticos apresentados, os exames solicitados ou a finalidade das condutas propostas. Essa lacuna compromete o princípio do consentimento informado, pois a decisão do paciente passa a ocorrer sem domínio pleno das informações necessárias (Hauland e Allen, 2009).

No que se refere à adesão ao tratamento, a literatura evidencia que falhas comunicacionais interferem diretamente na compreensão das prescrições médicas. A ausência de explicações em língua acessível dificulta o entendimento sobre posologia, tempo de uso e cuidados associados aos medicamentos, favorecendo erros de uso,

interrupções precoces do tratamento ou abandono do acompanhamento clínico (Levino et al., 2013).

Os estudos reforçam que a baixa adesão não deve ser interpretada como falta de interesse do paciente surdo, mas como consequência de um sistema que não assegura condições equitativas de comunicação. Quando o acesso à informação ocorre de forma adequada, observa-se maior compreensão das orientações e maior participação do paciente no cuidado, evidenciando que a comunicação é determinante para a continuidade terapêutica (Alves Bomfim, 2020).

Mais um resultado recorrente diz respeito ao impacto das barreiras comunicacionais na construção da relação médico-paciente. A ausência de comunicação direta dificulta o estabelecimento de vínculo, reduz a confiança no profissional e gera insegurança durante o atendimento. Essa fragilidade relacional compromete a experiência do cuidado e afeta a percepção do serviço de saúde pela pessoa surda (Rocha et al., 2017).

A mediação da comunicação por familiares aparece de forma constante na literatura como alternativa utilizada nos serviços de saúde. Embora permita algum nível de troca informacional, essa prática desloca para o âmbito privado uma responsabilidade que deveria ser institucional. Além disso, compromete o sigilo e a autonomia do paciente, pois o familiar passa a ocupar um lugar central na consulta médica (Leal e Moura, 2019).

A presença de familiares como mediadores também interfere na expressão de questões relacionadas à intimidade, ao sofrimento emocional e às decisões terapêuticas. Os estudos indicam que

muitos pacientes surdos deixam de relatar informações relevantes ou adaptam seu discurso diante da presença de terceiros, o que afeta a qualidade da informação obtida durante a consulta (Hauland e Allen, 2009).

No campo da promoção da saúde, os resultados mostram que campanhas educativas e ações preventivas raramente consideram a população surda como público-alvo específico. A ausência de materiais em Libras e de profissionais capacitados restringe o acesso a informações sobre vacinação, saúde sexual, doenças crônicas e prevenção, ampliando desigualdades já existentes no acesso à informação em saúde (Rocha et al., 2017).

Essa limitação informacional contribui para o uso tardio dos serviços de saúde pela população surda. A literatura aponta que muitos usuários recorrem aos serviços apenas em situações de agravamento do quadro clínico, quando as possibilidades de intervenção são mais restritas, o que evidencia uma exclusão produzida pelo próprio sistema de saúde (Alves Bomfim, 2020).

No que diz respeito à formação médica, os estudos analisados indicam que a Libras ocupa um espaço marginal nos currículos de graduação em Medicina. Quando presente, aparece de forma pontual, desvinculada das práticas clínicas e sem continuidade ao longo da formação, o que limita sua efetividade como ferramenta de cuidado (Levino et al., 2013).

Essa organização curricular resulta na formação de profissionais que reconhecem a importância da acessibilidade, mas não se sentem preparados para atender pacientes surdos. A literatura aponta uma distância significativa entre a percepção da relevância da Libras e a

capacidade prática de utilizá-la no contexto clínico, o que evidencia uma lacuna formativa persistente (Leal e Moura, 2019).

A insuficiência formativa repercute diretamente na postura ética do profissional. Sem instrumentos comunicacionais adequados, o médico tende a assumir uma posição mais diretiva, concentrando decisões e reduzindo a participação do paciente no cuidado. Essa dinâmica enfraquece o princípio da autonomia e reforça assimetrias presentes na relação clínica.

Mais um dado que precisa ser citado é sobre a ausência de abordagem sobre cultura surda na formação médica. A surdez é frequentemente tratada apenas sob a ótica biomédica, desconsiderando sua dimensão linguística e social. Essa abordagem limita a compreensão do paciente surdo como sujeito de direitos e interfere na qualidade da interação clínica (Capovilla, 2000; Sá, 2004).

A falta de competência cultural favorece interpretações equivocadas sobre comportamentos comunicacionais da pessoa surda, que podem ser confundidos com dificuldade de compreensão ou desinteresse. Esses equívocos reforçam estigmas históricos e afetam a forma como o cuidado é ofertado nos serviços de saúde (Soares, 2005).

Os estudos também apontam que a ausência de acessibilidade comunicacional impacta a segurança do cuidado. Dificuldades na explicação de riscos, na orientação sobre procedimentos e no acompanhamento clínico aumentam a probabilidade de falhas assistenciais, não por imperícia técnica, mas por falhas estruturais na comunicação (Rocha et al., 2017).

A literatura evidencia que essas falhas não são eventos isolados, mas expressão de um modelo de atenção que ainda não incorporou a diversidade linguística como elemento constitutivo do cuidado. A comunicação inadequada compromete a integralidade da atenção e evidencia limites na efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990).

No âmbito institucional, os resultados indicam que a oferta de intérpretes de Libras é irregular e insuficiente. Muitos serviços não contam com esse profissional de forma permanente, o que obriga o uso de soluções improvisadas e reforça a exclusão comunicacional no atendimento cotidiano (Leal e Moura, 2019).

A ausência de intérpretes qualificados também evidencia falhas na implementação das políticas públicas voltadas à acessibilidade. Embora a legislação seja clara quanto à responsabilidade do Estado, sua operacionalização nos serviços de saúde permanece limitada, revelando uma distância entre norma e prática (Brasil, 2005; Brasil, 2015).

A discussão dos resultados aponta que a acessibilidade comunicacional ainda é tratada como elemento secundário na organização dos serviços de saúde. Essa compreensão reduzida compromete a qualidade do cuidado e impede que a comunicação seja reconhecida como dimensão central da prática médica (Alves Bomfim, 2020).

Os estudos reforçam que a inclusão da Libras nos serviços de saúde não se resume à presença de intérpretes, mas envolve mudanças na formação profissional, na organização institucional e na concepção de cuidado. A comunicação precisa ser entendida como parte do

processo terapêutico e não como recurso acessório (Levino et al., 2013).

A análise também evidencia que a ausência de acessibilidade comunicacional contribui para a reprodução de desigualdades no acesso à saúde. A população surda enfrenta barreiras adicionais que limitam sua participação no cuidado e comprometem a efetivação de seus direitos.

No campo da ética, os resultados apontam que a comunicação inadequada interfere diretamente na dignidade do paciente. A impossibilidade de expressar demandas, dúvidas e decisões em língua própria afeta a experiência do cuidado e reforça processos de exclusão institucional (Sá, 2004).

A literatura indica que enfrentar essas barreiras exige reconhecer que a qualidade do cuidado não pode ser dissociada da qualidade da comunicação. Sem acessibilidade comunicacional, os princípios de equidade e integralidade permanecem incompletos (Brasil, 2015).

Os resultados analisados reforçam a necessidade de mudanças estruturais na formação médica, com a incorporação da Libras de forma consistente e articulada às práticas clínicas. Essa mudança não elimina todos os desafios, mas reduz falhas comunicacionais e amplia a capacidade de cuidado dos profissionais (Leal; Moura, 2019).

A discussão evidencia que a formação médica precisa superar a visão homogênea de paciente e reconhecer a diversidade linguística como parte da realidade dos serviços de saúde. Esse reconhecimento é condição para práticas mais responsáveis e alinhadas aos direitos humanos (Capovilla, 2000).

Assim, os resultados apontam que a acessibilidade comunicacional deve ser tratada como critério de qualidade assistencial. A comunicação inadequada compromete diagnóstico, tratamento e acompanhamento, evidenciando que o cuidado em saúde não se sustenta apenas em procedimentos técnicos, mas na capacidade de diálogo entre profissional e paciente (Alves Bomfim, 2020).

A análise conjunta dos estudos permite afirmar que a efetivação da acessibilidade comunicacional depende menos da ausência de legislação e mais da forma como a formação médica e os serviços de saúde incorporam a comunicação como eixo estruturante do cuidado. Enquanto essa incorporação não ocorrer de maneira consistente, as desigualdades no atendimento à população surda permanecerão como desafio central da prática em saúde (Rocha et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidenciou que a acessibilidade comunicacional no atendimento à pessoa surda ainda não se consolidou como prática efetiva nos serviços de saúde, apesar do reconhecimento legal da Libras e da existência de dispositivos normativos que asseguram esse direito. As barreiras comunicacionais identificadas comprometem etapas centrais do cuidado, como a anamnese, a explicação diagnóstica, a adesão ao tratamento e a promoção da saúde, interferindo diretamente na qualidade da atenção prestada. Esses limites não decorrem apenas da ausência de recursos, mas de uma organização formativa e institucional que ainda trata a comunicação como elemento secundário da prática médica, o que fragiliza a autonomia do paciente e a integralidade do cuidado.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a superação dessas barreiras exige mudanças estruturais na formação médica e na organização dos serviços de saúde, com a incorporação consistente da Libras e da acessibilidade comunicacional como dimensões constitutivas do cuidado. Garantir comunicação em língua adequada não representa um acréscimo opcional à prática médica, mas condição básica para o exercício ético, seguro e responsável da profissão. Reconhecer a pessoa surda como sujeito de direitos linguísticos implica repensar a própria noção de qualidade em saúde, deslocando-a de uma lógica estritamente técnica para uma compreensão que valoriza o diálogo, a escuta e o respeito à diversidade como fundamentos do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES BOMFIM, A. M. (2020). Medicina e Libras: Os desafios de uma formação humanizada. Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - Alagoas, 6(2), 23. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdghumanas/article/view/8916>. Acesso em: 18 jan. 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.

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: Senado Federal, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 18 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. SEESP. Lei de LIBRAS nº 10.436, de 24 de abril de 2002.

Capovilla, F. C. Filosofias educacionais em relação ao surdo, do oralismo à comunicação total ao bilinguismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2000. nº 6, p. 99-116.

Hauland, H., & Allen, C. *Pessoas Surdas e Direitos Humanos. Relatório da Federação Mundial de Surdos*. 2009.

Honora, M., & Frizanco, M. L. E. *Livro Ilustrado de Língua Brasileira de Sinais, desvendando a comunicação usada pelas pessoas com surdez*. São Paulo: Ciranda Cultural. 2009

lakATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. *Metodologia do Trabalho Científico*. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LEAL, Maria Eunice dos Anjos; MOURA, Conceição de Maria Aguiar Barros. *Libras na Saúde – Ensino da Língua Brasileira de Sinais para Acadêmicos e Profissionais da Saúde*. In: *Revista Práticas em Extensão*. São Luís, v. 03, nº 01, 02-07, 2019.

LEVINO, Daniele de Azevedo et al. *Libras na Graduação Médica: o Despertar para uma Nova Língua*. In: *Revista Brasileira de Educação Médica*. Palmas. 2013.

Mantoan, M. T. E. *O direito de ser, sendo diferente, na escola*. Em D. Rodrigues (org.), *Inclusão e Educação, doze olhares sobre a educação inclusiva*. São Paulo: Summus. 2006.

Marino, M. L. *O ensino da biologia, o intérprete e a geração de sinais*. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Instituto de Letras,

Universidade de Brasília, 2007. p. 144.

Perlin, G. T. T. História dos surdos. (col.) Abreu, AC de, Sumpf, M., Silva, V., & Miranda, W., Florianópolis, UDESC / CEAD, p. 107. 2002.

Quadros, R. M. O contexto escolar do aluno surdo e o papel das línguas. Revista Espaço. INES., nº 1, p. 25-29. 1998.

ROCHA, C. A. dos S. et al. Formação de profissionais da saúde e acessibilidade do surdo ao atendimento em saúde: contribuições do projeto “comunica”. In: Interfaces - Revista de Extensão da UFMG, v. 5, n. 1, p.112-128. Minas Gerais. 2017. Disponível em: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/230/pdf>. Acesso em: 18 jan. 2026.

SÁ, Nídia Regina Limeira de. Cultura, Poder e Educação de Surdos. Manaus: INEP, 2004. p. 03.

Soares, Maria Aparecida L. A educação do surdo no Brasil. 2ª ed. Campinas: Autores Associados. p. 128. 2005.

Trabalho de revisão bibliográfica integrativa, de abordagem qualitativa, baseada em artigos científicos e documentos legais sobre LIBRAS, acessibilidade comunicacional e saúde da pessoa surda, identificados nas bases SciELO, LILACS e PubMed, além de marcos legais brasileiros (Brasil, 2002). Para apresentação no 4º congresso brasileiro de medicina geral.