

EDUCAÇÃO INCLUSIVA E SAÚDE PÚBLICA: LIMITES DA ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO SURDA NO BRASIL

INCLUSIVE EDUCATION AND PUBLIC HEALTH: LIMITS OF
COMMUNICATIONAL ACCESSIBILITY IN HEALTHCARE SERVICES FOR THE
DEAF POPULATION IN BRAZIL

Ciências Humanas • 05/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785816523](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785816523)

João Pedro Batista de Oliveira¹

RESUMO

Este artigo discute os limites da acessibilidade comunicacional no atendimento à população surda no sistema de saúde brasileiro, considerando a relação entre os avanços legais e os desafios presentes na prática institucional. Parte-se da compreensão de que a comunicação constitui um direito humano fundamental e condição indispensável para o acesso pleno aos serviços de saúde, especialmente para as pessoas surdas cuja língua principal é a Língua Brasileira de Sinais (Libras). O estudo tem como objetivo analisar de que maneira as políticas públicas e os marcos legais voltados à inclusão, como a legislação sobre Libras, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e as Diretrizes do Sistema Único de Saúde, têm sido implementados, bem como identificar os principais entraves que limitam a efetivação de um atendimento inclusivo. A análise parte de uma abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, fundamentada na análise das legislações, políticas públicas e produções acadêmicas que discutem inclusão, acessibilidade e comunicação na área da saúde. Apesar de um arcabouço legal consistente, verifica-se que ainda assim persistem lacunas substanciais na implementação das políticas públicas, evidenciadas pela ausência de profissionais capacitados em Libras, pela dependência de terceiros na mediação comunicacional e pela presença de barreiras estruturais e culturais nos serviços de saúde. A efetivação da inclusão requer não apenas a existência de normas, mas investimentos contínuos, formação profissional e mudanças institucionais que assegurem uma comunicação acessível, ética e humanizada.

Palavras-chave: Acessibilidade comunicacional; População surda; Libras; Políticas públicas; Saúde inclusiva.

ABSTRACT

This article discusses the limitations of communication accessibility in serving the deaf population within the Brazilian healthcare system, considering the relationship between legal advancements and the challenges present in institutional practice. It starts from the understanding that communication constitutes a fundamental human right and an indispensable condition for full access to healthcare services, especially for deaf people whose primary language is Brazilian Sign Language (Libras). The study aims to analyze how public policies and legal frameworks focused on inclusion, such as legislation on Libras, the Statute of Persons with Disabilities, and the Guidelines of the Unified Health System (SUS), have been implemented, as well as to identify the main obstacles that limit the effectiveness of inclusive care. The analysis is based on a qualitative approach, of a bibliographic and documentary nature, grounded in the analysis of legislation, public policies, and academic productions that discuss inclusion, accessibility, and communication in the healthcare field. Despite a consistent legal framework, substantial gaps persist in the implementation of public policies, evidenced by the lack of professionals trained in Libras (Brazilian Sign Language), the reliance on third parties for communication mediation, and the presence of structural and cultural barriers in health services. Achieving inclusion requires not only the existence of regulations, but also continuous investment, professional training, and institutional changes that ensure accessible, ethical, and humanized communication.

Keywords: Communication accessibility; Deaf population; Sign language; Public policies; Inclusive health.

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre inclusão, acessibilidade e garantia de direitos vem assumindo centralidade no cenário contemporâneo, especialmente ao articular os campos da educação e saúde. No Brasil, alguns avanços significativos no plano legal têm buscado assegurar condições mais equitativas de participação social para grupos que são historicamente marginalizados, entre eles a população surda. Entretanto, a existência de dispositivos normativos não tem sido suficiente para garantir, no âmbito prático, o acesso pleno e qualificado aos serviços essenciais, o que evidencia a necessidade de análises mais densas sobre esse descompasso (Hansel, Zych, Godoy, 2014).

A linguagem, portanto, assume um papel singular, sendo compreendida não apenas como meio de comunicação, mas como condição fundamental para o exercício da cidadania (Sassaki, 1999). A impossibilidade de uma pessoa se comunicar de forma efetiva compromete o acesso a direitos básicos, como saúde e educação, evidenciando a centralidade da acessibilidade comunicacional no que concerne ao desenrolar das políticas públicas. Para a população surda, essa questão se torna ainda mais complexa, uma vez que envolve o reconhecimento e a valorização da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como língua legítima e passível de uma comunicação plena em diferentes espacialidades, não apenas como algo meramente institucionalizado.

A institucionalização da Libras no ordenamento jurídico brasileiro representou um marco importante na luta por direitos linguísticos, ao mesmo tempo em que impulsionou debates sobre inclusão em diferentes esferas sociais (Brasil, 2002, 2005). No campo da saúde, esse reconhecimento trouxe implicações diretas para a organização dos serviços, exigindo a adoção de estratégias que garantam a

comunicação entre profissionais e usuários, ainda assim, persistem lacunas significativas que comprometem a efetividade dessas medidas (Brasil, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS), orientado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, configura-se como um espaço privilegiado para a análise dessas tensões (Brasil, 1990). Embora proponha um modelo de atendimento acessível a todos, o sistema enfrenta desafios concretos na incorporação de práticas inclusivas, especialmente no que se refere à população surda. Afinal, barreiras comunicacionais, ausência de profissionais capacitados e dependência de mediação por terceiros são alguns dos fatores que evidenciam essas limitações e requerem maior atenção do poder público, sobretudo no que se refere à formação desses profissionais.

Diante desse cenário, o artigo em questão tem como objetivo analisar os limites da acessibilidade comunicacional no atendimento à população surda no sistema de saúde brasileiro, considerando tanto os avanços legais quanto os desafios presentes na prática institucional. Para isso, busca-se compreender de que maneira as políticas públicas têm sido implementadas e quais são os principais entraves que dificultam a garantia de um atendimento inclusivo, ético e de qualidade.

O artigo foi estruturado de modo a articular, progressivamente, os fundamentos teóricos, normativos e práticos da inclusão, com ênfase na acessibilidade comunicacional da população surda no campo da saúde. Inicialmente, foram discutidos os fundamentos da educação inclusiva, destacando os princípios de equidade, diversidade e garantia de direitos, seguidos da compreensão da

língua como direito humano fundamental e de sua centralidade no acesso a serviços essenciais.

Em seguida, foi abordado o papel da Libras como instrumento de mediação comunicacional e de afirmação identitária da comunidade surda, especialmente considerando as políticas públicas e os marcos legais brasileiros, com destaque para a legislação sobre inclusão e acessibilidade. Além disso, considerou-se as diretrizes do sistema de saúde voltadas à universalidade e à humanização do atendimento, evidenciando também o distanciamento entre o que é previsto na legislação e sua efetivação no caráter prático.

Para concluir, a última seção se dedicou em problematizar os limites da acessibilidade comunicacional no atendimento à população surda. Portanto, foi discutido a ausência de profissionais capacitados em Libras, a dependência de terceiros na mediação comunicacional e as barreiras estruturais e culturais ainda presentes no sistema de saúde, apontando seus impactos na qualidade do atendimento e na garantia de direitos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A educação inclusiva, mais do que uma diretriz pedagógica, constitui-se como um compromisso ético e político com a transformação das estruturas historicamente excludentes que atravessam a escola. Sua emergência não se dá de forma isolada, mas dialoga com movimentos sociais, avanços legislativos e debates acadêmicos que tensionam a lógica homogeneizadora da educação tradicional. Nesse sentido, falar em inclusão não significa apenas ampliar o acesso, mas repensar as bases sobre as quais o próprio

processo educativo se organiza. Trata-se de garantir, de fato, uma “inclusão social”, que nas palavras de Sassaki (1999, p. 42) constitui-se como

[...] um processo que contribui para a construção de novo tipo de sociedade através de transformações, pequenas e grandes, nos ambientes físico a (espaços internos e externos), equipamentos, aparelhos e utensílios, mobiliário e meios de transporte) e na mentalidade de todas as pessoas, portanto também do próprio portador de necessidades especiais.

Um dos pilares centrais da educação inclusiva é o princípio da equidade, frequentemente confundido com igualdade. É preciso salientar que enquanto a igualdade pressupõe oferecer a todos as mesmas condições, a equidade reconhece as diferenças e propõe respostas distintas para garantir que todos tenham, de fato, oportunidades reais, sobretudo de aprendizagem. Essa distinção é fundamental, pois evidencia que tratar todos de maneira idêntica pode, paradoxalmente, reforçar desigualdades já existentes.

A equidade, portanto, exige da escola uma postura ativa diante das diferenças. Isso implica não apenas reconhecer a diversidade presente no espaço escolar, mas também desenvolver estratégias pedagógicas que considerem as especificidades dos estudantes. Nesse contexto, adaptações curriculares, flexibilização de práticas avaliativas e uso de diferentes linguagens tornam-se instrumentos indispensáveis para assegurar que o ensino alcance a todos de maneira significativa.

A educação inclusiva rompe com a ideia de que há um modelo ideal de estudante e passa a compreender a heterogeneidade como uma característica constitutiva do ambiente educacional, identificando e valorizando cada vez mais a diversidade. As diferenças, sejam elas de ordem cultural, linguística, física, cognitiva ou social, deixam de ser vistas como obstáculos e passam a ser entendidas como elementos que enriquecem o processo de ensino e aprendizagem. Haja vista, é necessário concordar com Karagiannis, Stainback W. e Stainback S. (1999, p. 21) quando afirmam que, “a educação é uma questão de direitos humanos, e os indivíduos devem fazer parte das escolas, as quais devem modificar seu funcionamento para incluir todos os alunos”.

Valorizar a diversidade implica também reconhecer que a escola é um espaço marcado por múltiplas identidades e experiências, assim, a prática pedagógica deve promover o diálogo entre essas diferenças, criando condições para que todos os sujeitos se reconheçam e sejam reconhecidos em sua singularidade. Trata-se de construir um ambiente em que o pertencimento não esteja condicionado à adequação em virtude de padrões previamente estabelecidos, mas se caracterize como algo natural devido o reconhecimento de uma pluralidade social.

Conforme Mantoan (2006), a garantia de direitos constitui outro eixo fundamental da educação inclusiva. A educação é e deve ser sempre reconhecida como um direito humano básico, e sua efetivação não pode estar dissociada do acesso, da permanência e da aprendizagem com qualidade. Nesse contexto, políticas públicas federais (Brasil, 1996, 2002, 2015) desempenham um papel central ao estabelecer diretrizes que orientem práticas inclusivas e assegurem condições materiais e pedagógicas para sua implementação.

No contexto brasileiro, marcos legais como a Constituição Federal de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional reforçam o compromisso com uma educação para todos (Brasil, 1988, 1996). Mais recentemente, políticas voltadas à inclusão de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação ampliaram o debate sobre o direito à educação em sua dimensão mais ampla (Brasil, 2001, 2015). No entanto, a existência de dispositivos legais não garante, por si só, a efetivação desses direitos no cotidiano escolar (Souza, 2024). Há, portanto, um descompasso entre o que está previsto na legislação e o que se concretiza na prática. Esse hiato revela a necessidade de investimentos contínuos em formação docente, infraestrutura e recursos pedagógicos adequados. Além disso, evidencia que a inclusão não se resume à presença física do estudante na sala de aula, mas exige condições reais para sua participação ativa no processo educativo.

Outro aspecto relevante diz respeito à dimensão relacional da inclusão. A construção de uma escola inclusiva passa, necessariamente, pelas interações estabelecidas entre professores, estudantes, gestores e demais membros da comunidade escolar. Atitudes, expectativas e concepções de ensino influenciam diretamente a forma como a diversidade é acolhida ou rejeitada no cotidiano escolar, nesse sentido, a formação docente assume um papel estratégico. Mais do que dominar conteúdos específicos, o professor precisa desenvolver competências que lhe permitam lidar com a complexidade da sala de aula contemporânea. Isso inclui a capacidade de planejar práticas flexíveis, utilizar diferentes recursos didáticos e, sobretudo, adotar uma postura aberta ao diálogo e à escuta.

É nesse ponto que a linguagem se apresenta como elemento estruturante das relações inclusivas, uma vez que mediar interações implica, necessariamente, garantir condições efetivas de comunicação entre os sujeitos. A compreensão da língua como um direito humano fundamental desloca, portanto, o debate sobre comunicação para um campo que ultrapassa o domínio estritamente linguístico. Não se trata apenas de um instrumento de expressão individual, mas de uma condição básica para o exercício pleno da cidadania. Ao longo da história, o acesso à linguagem (oral, escrita ou sinalizada) esteve profundamente vinculado às relações de poder, sendo, muitas vezes, um mecanismo de inclusão ou exclusão social (Skliar, 1998).

De acordo com o decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, afirmar que a língua é um direito, trata-se de reconhecer que todo sujeito deve ter garantidas as condições de se expressar, compreender e ser compreendido em diferentes contextos sociais (Brasil, 2005). Isso implica considerar não apenas a existência de uma língua oficial, mas também a legitimidade de outras formas de comunicação, incluindo línguas minoritárias, variações linguísticas e sistemas como a língua de sinais; a negação desse direito compromete diretamente o acesso a outros direitos fundamentais. A comunicação, nesse sentido, torna-se um elemento central para a mediação entre o indivíduo e as estruturas sociais. É por meio dela que se estabelecem relações, se constroem vínculos e se acessam informações essenciais para a vida cotidiana.

A relação entre linguagem e acesso a serviços essenciais é particularmente evidente em áreas como saúde, educação, justiça e assistência social. Em contextos de atendimento médico, por exemplo, a ausência de uma comunicação eficaz pode

comprometer diagnósticos, tratamentos e orientações, colocando em risco a integridade do paciente. De forma semelhante, no sistema judiciário, a dificuldade de compreensão linguística pode afetar o direito à defesa e ao devido processo legal.

No campo educacional, conforme afirmam Oliveira, Fernandes e Olivindo (2014) a linguagem assume um papel ainda mais estruturante, pois é simultaneamente meio e objeto de aprendizagem. Estudantes que não têm suas formas de comunicação reconhecidas enfrentam obstáculos não apenas para acessar o currículo, mas também para se engajar nas práticas escolares, o que evidencia que ao garantir o direito à língua é, também, assegurar condições reais de aprendizagem. Além disso, é importante considerar que o direito à língua não se limita ao acesso passivo à informação, mas envolve a possibilidade de participação ativa nos processos comunicativos, ou seja, não basta simplesmente compreender; é necessário poder se expressar, questionar, argumentar e produzir sentidos (Brasil, 2005).

No contexto das políticas públicas, reconhecer a língua como direito implica desenvolver estratégias que assegurem acessibilidade comunicacional em diferentes serviços. Isso inclui, por exemplo, a presença de intérpretes, a produção de materiais em formatos acessíveis, o uso de tecnologias assistivas e a formação de profissionais para lidar com a diversidade linguística. No caso de populações historicamente marginalizadas, como comunidades surdas, indígenas ou migrantes, a questão linguística ganha contornos ainda mais complexos. Muitas vezes, essas populações enfrentam não apenas a falta de acesso à língua dominante, mas também a desvalorização de suas próprias formas de expressão.

É nesse ponto que a noção de justiça linguística se torna relevante, uma vez que, de acordo com Lourenço (2025) trata-se de garantir a todas as pessoas o direito de usar e serem reconhecidas em sua própria língua, com condições equitativas de comunicação, participação social e acesso a direitos. Garantir o direito à língua significa, também, enfrentar desigualdades estruturais que privilegiam determinados grupos em detrimento de outros, trata-se de reconhecer que a comunicação não é neutra, mas atravessada por relações de poder que influenciam quem pode falar, quem é ouvido e em que condições isso ocorre (Lourenço, 2025).

Nesse cenário, a experiência histórica da população surda evidencia, de forma concreta, as implicações da ausência de justiça linguística, especialmente no que se refere ao reconhecimento e à legitimação de suas formas próprias de comunicação. A discussão sobre o papel da Língua Brasileira de Sinais (Libras) na inclusão social da população surda exige, antes de tudo, o reconhecimento de que se trata de uma língua plena, dotada de estrutura gramatical própria, e não de um recurso auxiliar ou complementar à língua portuguesa. Durante muito tempo, a surdez foi compreendida a partir de uma perspectiva deficitária, centrada na ideia de falta ou limitação. Nesse contexto, a comunicação dos sujeitos surdos foi frequentemente negligenciada ou subordinada a modelos que priorizavam a oralização, desconsiderando suas especificidades linguísticas.

A mudança desse paradigma começa a ganhar força quando a Libras passa a ser reconhecida como elemento central na constituição identitária e cultural da comunidade surda. Esse reconhecimento desloca o foco da deficiência para a diferença, permitindo compreender a surdez não apenas como uma condição biológica, mas como uma experiência sociocultural. Assim, a língua

de sinais deixa de ser vista como um obstáculo à integração e passa a ser entendida como um meio legítimo de acesso ao mundo.

No Brasil, esse avanço se materializa juridicamente com a Lei nº 10.436 de 2002, que reconhece a Libras como meio legal de comunicação e expressão. Posteriormente, o Decreto nº 5.626 de 2005 regulamenta essa lei, estabelecendo diretrizes para sua implementação, especialmente no campo educacional e na formação de profissionais (Brasil, 2002, 2005). Esses marcos legais representam um passo importante na garantia de direitos linguísticos, ainda que sua efetivação plena permaneça como desafio.

A partir desse reconhecimento, a Libras assume um papel fundamental na mediação comunicacional entre sujeitos surdos e ouvintes. Em contextos institucionais, como escolas, hospitais e órgãos públicos, a presença da língua de sinais, seja por meio de profissionais qualificados ou de políticas de acessibilidade, torna-se condição básica para assegurar o acesso à informação e à participação social. Sem essa mediação, a inclusão tende a se limitar à presença física, sem que haja, de fato, interação significativa.

No campo educacional, a centralidade da Libras é ainda mais evidente. Para estudantes surdos, o acesso à educação passa necessariamente pelo reconhecimento de sua língua como primeira língua. Isso implica a adoção de práticas bilíngues, nas quais a Libras ocupa o lugar de língua de instrução, enquanto a língua portuguesa é ensinada como segunda língua, preferencialmente na modalidade escrita. Essa abordagem contribui para o desenvolvimento cognitivo e linguístico dos estudantes, além de favorecer sua autonomia.

Entretanto, a implementação de uma educação bilíngue de qualidade ainda enfrenta entraves significativos. A escassez de professores fluentes em Libras, a falta de materiais didáticos adequados e a presença ainda limitada de intérpretes qualificados revelam um cenário em que o reconhecimento legal nem sempre se traduz em práticas efetivas. Isso evidencia a necessidade de políticas públicas mais consistentes e investimentos contínuos na formação de profissionais.

Para além da escola, a Libras desempenha um papel crucial na ampliação da participação social da população surda. O acesso a serviços de saúde, justiça, assistência social e cultura depende, em grande medida, da existência de mecanismos que garantam a comunicação em língua de sinais. A ausência desses recursos pode gerar situações de vulnerabilidade, nas quais o sujeito surdo se vê impossibilitado de exercer plenamente seus direitos.

É importante destacar que a mediação comunicacional não deve ser compreendida apenas como a atuação de intérpretes. Embora esses profissionais sejam fundamentais, a construção de uma sociedade inclusiva passa também pela ampliação do conhecimento em Libras entre a população ouvinte. Quando mais pessoas dominam, ainda que minimamente, a língua de sinais, ampliam-se as possibilidades de interação direta, reduzindo barreiras e promovendo maior autonomia para os sujeitos surdos.

Nesse contexto, a Libras também se configura como elemento de resistência e afirmação cultural. A comunidade surda, ao reivindicar o uso e o reconhecimento de sua língua, afirma sua identidade e sua forma própria de estar no mundo. Esse movimento contribui para tensionar modelos normativos que historicamente invisibilizaram

outras formas de comunicação, reforçando a importância da pluralidade linguística.

Desse modo, compreender o papel da Libras na inclusão social implica reconhecer que a comunicação é condição básica para o exercício da cidadania. Sem acesso à linguagem, o sujeito encontra obstáculos não apenas para se expressar, mas para participar, decidir e se posicionar. Nesse sentido, a Libras não é apenas um recurso de acessibilidade, mas um direito linguístico fundamental, cuja garantia é indispensável para a construção de uma sociedade mais justa e verdadeiramente inclusiva.

3. METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, adotou-se uma abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, com análise de marcos legais (como a legislação referente à Libras, o Estatuto da Pessoa com Deficiência e as normativas relacionadas ao Sistema Único de Saúde), bem como de produções acadêmicas que discutem inclusão, acessibilidade e comunicação em saúde, a fim de compreender os avanços, desafios e perspectivas da garantia de direitos e da promoção de práticas comunicacionais acessíveis no contexto da saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Políticas Públicas e Marcos Legais na Saúde e Inclusão

A análise das políticas públicas voltadas à inclusão e à acessibilidade no Brasil, especialmente no campo da saúde, exige considerar o papel estruturante da legislação na garantia de direitos. Ao longo das últimas décadas, o país consolidou um conjunto normativo que

busca assegurar condições mais equitativas de acesso aos serviços públicos, reconhecendo as especificidades de diferentes grupos sociais. Ainda assim, esse processo não ocorre de forma linear, sendo marcado por avanços importantes, mas também por desafios persistentes na sua efetivação.

No que se refere à acessibilidade comunicacional, o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais como meio legal de comunicação representa um ponto de inflexão significativo. A legislação brasileira passou a considerar a Libras como uma língua legítima, o que implica a necessidade de sua presença em diferentes espaços institucionais, incluindo os serviços de saúde. Esse reconhecimento contribui para deslocar a compreensão da surdez de uma perspectiva exclusivamente clínica para uma abordagem que valoriza a dimensão linguística e cultural dos sujeitos surdos (Brasil, 2002).

A regulamentação dessa política ampliou seu alcance ao estabelecer diretrizes mais específicas para sua implementação. Entre elas, destacam-se a formação de profissionais com conhecimentos em Libras e a garantia de mediação comunicacional em contextos públicos. No campo da saúde, isso se traduz na responsabilidade das instituições em assegurar que o atendimento ocorra de forma compreensível e acessível, evitando que barreiras linguísticas comprometam o cuidado e o acompanhamento dos usuários (Brasil, 2005).

Outro avanço relevante no ordenamento jurídico brasileiro é a consolidação de uma legislação mais abrangente voltada às pessoas com deficiência. Ao adotar uma perspectiva baseada no modelo social, essa normativa reconhece que as limitações enfrentadas por

esses sujeitos não decorrem apenas de suas condições individuais, mas das barreiras impostas pela sociedade. Nesse sentido, a acessibilidade deixa de ser vista como um recurso opcional e passa a ser compreendida como um direito fundamental (Brasil, 2015).

No âmbito da saúde, essa abordagem implica garantir que o atendimento seja realizado em igualdade de condições, o que inclui não apenas o acesso físico aos espaços, mas também a comunicação efetiva entre profissionais e usuários. A ausência de estratégias que contemplem a diversidade linguística e sensorial pode comprometer desde o diagnóstico até a adesão ao tratamento, evidenciando que a acessibilidade é um elemento central para a qualidade do cuidado (Brasil, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, constitui o principal instrumento de operacionalização dessas diretrizes no país. Estruturado a partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, o sistema propõe um modelo que deve atender a todos os cidadãos, respeitando suas especificidades. A equidade, em particular, dialoga diretamente com a perspectiva inclusiva ao reconhecer que diferentes sujeitos demandam diferentes formas de atenção (Brasil, 1990).

Entretanto, a concretização desses princípios no cotidiano dos serviços de saúde ainda enfrenta entraves significativos. A falta de profissionais capacitados em Libras, a escassez de intérpretes e a ausência de materiais acessíveis são alguns dos fatores que dificultam a efetivação da acessibilidade comunicacional. Isso revela que, embora haja respaldo legal, a implementação dessas políticas depende de investimentos contínuos e de uma gestão comprometida com a inclusão.

Além disso, é importante considerar que a acessibilidade na saúde não se limita à dimensão técnica ou estrutural, mas envolve também aspectos relacionais. A forma como os profissionais se posicionam diante da diversidade influencia diretamente a qualidade do atendimento. Atitudes que desconsideram as especificidades dos usuários podem reforçar processos de exclusão, mesmo em contextos formalmente inclusivos.

Nesse cenário, as políticas públicas precisam ser compreendidas como processos dinâmicos, que exigem constante avaliação e aprimoramento. A articulação entre legislação, formação profissional e práticas institucionais é fundamental para que os direitos previstos sejam efetivamente garantidos. Sem essa integração, há o risco de que a inclusão permaneça restrita ao plano discursivo.

A discussão sobre as diretrizes do sistema de saúde para um atendimento inclusivo, no contexto brasileiro, passa necessariamente pela compreensão de que o cuidado em saúde não se limita a procedimentos técnicos, mas envolve dimensões éticas, sociais e comunicacionais. Nesse sentido, a construção de um sistema que se proponha universal exige mais do que a ampliação da oferta de serviços; requer a reorganização das práticas de atendimento a partir do reconhecimento da diversidade dos sujeitos que dele necessitam.

O Sistema Único de Saúde, ao ser estruturado com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, estabelece um horizonte normativo que dialoga diretamente com a perspectiva inclusiva. A universalidade, em particular, afirma que todos os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de suas condições sociais, econômicas,

culturais ou físicas. No entanto, esse princípio, por si só, não garante que o atendimento ocorra de maneira adequada às especificidades de cada indivíduo.

É nesse ponto que a noção de equidade se torna central. Ao reconhecer que diferentes sujeitos demandam diferentes formas de cuidado, o sistema de saúde é convocado a desenvolver estratégias que considerem essas particularidades. Isso inclui, por exemplo, a adoção de recursos de acessibilidade, a formação de profissionais para lidar com a diversidade e a implementação de práticas que reduzam desigualdades historicamente construídas (Brasil, 1990).

A política de humanização emerge, nesse contexto, como um elemento articulador dessas diretrizes. Mais do que um conjunto de normas, trata-se de uma proposta que busca reorientar as relações entre usuários, profissionais e gestores, valorizando o acolhimento, o respeito e a escuta qualificada. A humanização do atendimento implica reconhecer o usuário como sujeito de direitos, e não apenas como portador de uma condição clínica.

No âmbito das políticas públicas brasileiras, a Política Nacional de Humanização (PNH) reforça a importância de práticas que promovam o vínculo entre profissionais e usuários, bem como a corresponsabilização no cuidado. Essa perspectiva contribui para a construção de um atendimento mais sensível às necessidades individuais, o que é fundamental quando se trata de populações que enfrentam barreiras adicionais, como pessoas com deficiência ou pertencentes a minorias linguísticas (Brasil, 2003).

A comunicação, nesse cenário, assume um papel estratégico. Um atendimento humanizado pressupõe que o usuário compreenda as

informações que lhe são transmitidas e tenha condições de expressar suas demandas. Para populações como a comunidade surda, isso implica a garantia de mediação em língua de sinais ou a presença de profissionais capacitados, sob pena de comprometer a qualidade do cuidado e a autonomia do paciente.

Além disso, a humanização também envolve a reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Isso significa repensar fluxos de atendimento, tempos de espera e formas de acolhimento, de modo a evitar práticas que possam gerar exclusão ou constrangimento. A inclusão, nesse sentido, não se restringe à presença de recursos específicos, mas diz respeito à forma como o serviço se estrutura e se relaciona com seus usuários.

Entretanto, a implementação dessas diretrizes ainda enfrenta desafios significativos. A sobrecarga dos serviços, a escassez de recursos e a formação ainda insuficiente de muitos profissionais dificultam a consolidação de práticas verdadeiramente inclusivas. Esse cenário revela que a efetivação das políticas de humanização e universalidade depende de investimentos contínuos e de uma gestão comprometida com a qualidade do atendimento.

Outro aspecto relevante é a necessidade de articulação entre diferentes políticas públicas. A inclusão no campo da saúde não pode ser pensada de forma isolada, sendo fundamental o diálogo com áreas como educação, assistência social e direitos humanos. Essa abordagem intersetorial amplia as possibilidades de intervenção e contribui para a construção de respostas mais abrangentes às demandas dos usuários.

Ao considerar as diretrizes do sistema de saúde para um atendimento inclusivo, torna-se evidente que a universalidade e a humanização não são princípios abstratos, mas orientações que devem se materializar no cotidiano dos serviços. Garantir o acesso é apenas o primeiro passo; o desafio maior está em assegurar que esse acesso se traduza em um cuidado que reconheça, respeite e acolha a diversidade humana em sua complexidade.

O reconhecimento jurídico de direitos no campo da inclusão e da saúde, embora represente um avanço significativo, não garante, por si só, sua efetivação no cotidiano das instituições. No Brasil, é recorrente o descompasso entre o que está previsto nas normativas e o que, de fato, se concretiza nos serviços públicos. Esse distanciamento revela que a existência de leis, ainda que fundamentais, não é suficiente para assegurar práticas inclusivas, exigindo um conjunto mais amplo de condições para sua implementação.

Uma das principais causas desse hiato está relacionada à forma como as políticas públicas são operacionalizadas. Muitas vezes, diretrizes bem estruturadas no plano legal não são acompanhadas por estratégias claras de execução, o que compromete sua aplicabilidade. A ausência de planejamento detalhado, de definição de responsabilidades e de mecanismos de monitoramento contribui para que a inclusão permaneça como um ideal normativo, distante da realidade institucional.

Além disso, a insuficiência de recursos materiais e humanos constitui um obstáculo recorrente. A implementação de políticas inclusivas demanda investimentos em infraestrutura, tecnologias assistivas e formação profissional, elementos que nem sempre estão

disponíveis de maneira adequada. Em serviços de saúde, por exemplo, a falta de intérpretes de Libras ou de profissionais capacitados evidencia como a acessibilidade comunicacional ainda é tratada de forma secundária em muitos contextos.

A formação dos profissionais também desempenha um papel central nesse processo. Em muitos casos, a educação inicial e continuada não contempla de maneira consistente as demandas relacionadas à inclusão e à diversidade. Isso resulta em práticas que, ainda que não intencionalmente excludentes, acabam por reproduzir barreiras que dificultam o acesso e a permanência de determinados grupos nos serviços públicos.

Outro fator relevante diz respeito à cultura institucional. Mesmo diante de avanços legais, muitas organizações ainda operam a partir de lógicas tradicionais, pouco abertas à mudança. A inclusão, nesse cenário, pode ser percebida como uma exigência externa, e não como um princípio orientador das práticas. Essa resistência, muitas vezes silenciosa, contribui para a manutenção de estruturas que dificultam a transformação efetiva dos serviços.

A fragmentação das políticas públicas também agrava esse quadro. A ausência de articulação entre diferentes setores (como saúde, educação e assistência social) compromete a construção de respostas integradas às demandas dos usuários. A inclusão, por sua natureza complexa, exige uma abordagem intersetorial, capaz de considerar os múltiplos fatores que influenciam o acesso aos direitos.

Além disso, a fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle social limita a capacidade de identificar falhas e promover ajustes

nas políticas implementadas. Embora existam instâncias de participação, como conselhos e conferências, sua atuação nem sempre se traduz em mudanças concretas. Isso evidencia a necessidade de fortalecer espaços de escuta e de garantir maior transparência na gestão pública.

Por fim, o distanciamento entre legislação e prática institucional aponta para um desafio que ultrapassa a dimensão normativa. Trata-se de promover uma mudança mais profunda, que envolve não apenas a criação de leis, mas sua incorporação efetiva nas práticas cotidianas. Isso exige compromisso político, investimento contínuo e, sobretudo, a compreensão de que a inclusão não pode ser tratada como exceção, mas como princípio estruturante das políticas públicas.

4.2. Limites da Acessibilidade Comunicacional no Atendimento à População Surda

A discussão sobre os limites da acessibilidade comunicacional no atendimento à população surda encontra, na falta de profissionais capacitados em Libras, um de seus pontos mais críticos. Embora haja reconhecimento legal da língua de sinais e diretrizes que orientem sua presença em serviços públicos, a realidade dos atendimentos em saúde ainda é marcada por lacunas significativas. Essa ausência de preparo específico compromete não apenas a comunicação, mas a própria qualidade do cuidado ofertado.

No cotidiano dos serviços de saúde, a interação entre profissional e paciente constitui elemento central para a construção de um diagnóstico adequado. No caso de pacientes surdos, quando não há domínio da Libras por parte dos profissionais ou a presença de

intérpretes, essa interação torna-se limitada, fragmentada ou, em alguns casos, praticamente inexistente. Como resultado, informações essenciais podem ser omitidas, mal compreendidas ou interpretadas de forma equivocada.

Essa dificuldade comunicacional impacta diretamente a etapa de anamnese, considerada fundamental no processo clínico. A coleta de dados sobre sintomas, histórico de saúde e condições associadas depende de uma troca clara e precisa de informações. Quando essa troca é comprometida, aumenta-se o risco de diagnósticos imprecisos, atrasados ou até mesmo incorretos, o que pode gerar consequências graves para a saúde do paciente.

Além disso, a ausência de comunicação eficaz não afeta apenas o diagnóstico, mas também o entendimento do paciente sobre sua própria condição. Orientações médicas, prescrições e recomendações de tratamento podem não ser plenamente compreendidas, o que compromete a adesão terapêutica. Nesse cenário, o cuidado em saúde deixa de ser um processo compartilhado e passa a ser unilateral, fragilizando a autonomia do sujeito surdo.

Outro aspecto relevante diz respeito à dependência de estratégias improvisadas de comunicação. É comum que profissionais recorram à escrita, gestos informais ou à mediação de familiares, alternativas que nem sempre são adequadas ou suficientes. No caso da escrita, por exemplo, é importante considerar que a língua portuguesa pode não ser plenamente dominada por todos os surdos, uma vez que sua primeira língua é a Libras. Já a mediação por terceiros levanta questões éticas relacionadas à privacidade e ao sigilo das informações.

A escassez de profissionais capacitados em Libras também evidencia fragilidades na formação acadêmica na área da saúde. Em muitos cursos, o contato com a temática da acessibilidade comunicacional é superficial ou inexistente, o que resulta em profissionais que ingressam no mercado de trabalho sem preparo para lidar com a diversidade linguística. Essa lacuna formativa reforça a necessidade de políticas educacionais que integrem a Libras de forma mais consistente nos currículos.

Mesmo quando há previsão legal para a presença de intérpretes, sua disponibilidade nos serviços de saúde é frequentemente limitada. Questões como contratação insuficiente, carga horária reduzida e ausência em atendimentos de urgência contribuem para a manutenção de barreiras comunicacionais. Isso revela que a acessibilidade ainda é tratada, em muitos casos, como um recurso eventual, e não como uma condição essencial do atendimento.

As consequências desse cenário vão além do âmbito clínico, atingindo também a dimensão subjetiva do cuidado. A sensação de não ser compreendido ou de não conseguir se expressar adequadamente pode gerar insegurança, ansiedade e afastamento dos serviços de saúde. Com o tempo, isso pode levar à redução da busca por atendimento, agravando condições que poderiam ser tratadas de forma mais simples em estágios iniciais.

Diante desse quadro, torna-se evidente que a formação de profissionais capacitados em Libras não é apenas uma demanda técnica, mas uma exigência ética e política. Garantir a comunicação efetiva com a população surda é condição básica para a promoção de um atendimento equitativo, que respeite as singularidades dos sujeitos e assegure seus direitos. Sem esse investimento, a inclusão

no campo da saúde tende a permanecer incompleta. Logo, enfrentar esse limite da acessibilidade comunicacional implica reconhecer que a qualidade do atendimento em saúde está diretamente relacionada à capacidade de comunicação entre os envolvidos (Santos et al, 2025). A ausência de profissionais preparados compromete esse processo em sua base, evidenciando que a inclusão não pode ser tratada como um complemento, mas como um elemento estruturante das práticas de cuidado.

A dependência de terceiros para a mediação comunicacional no atendimento à população surda constitui um dos limites mais sensíveis da acessibilidade à saúde. Embora, em determinadas situações, a presença de um mediador possa viabilizar a comunicação, a centralidade desse recurso como prática recorrente revela fragilidades estruturais no sistema. Quando o acesso à informação depende sistematicamente de outra pessoa, desloca-se do indivíduo surdo o controle sobre sua própria comunicação.

No contexto dos serviços de saúde, essa mediação costuma ocorrer por meio de familiares, amigos ou, em alguns casos, profissionais não especializados. Ainda que essas pessoas desempenhem um papel importante em situações emergenciais, sua atuação não substitui a de um intérprete qualificado ou de um profissional de saúde capacitado em Libras. A naturalização dessa prática evidencia que a acessibilidade comunicacional ainda não foi plenamente incorporada como direito.

Um dos principais problemas dessa dependência está na limitação da autonomia do paciente. A possibilidade de expressar sintomas, relatar experiências e tomar decisões sobre o próprio corpo é mediada por um terceiro, o que interfere diretamente na relação

entre paciente e profissional. Nesse cenário, o sujeito surdo deixa de ocupar uma posição central no processo de cuidado, passando a depender da interpretação e da filtragem de outra pessoa.

Essa mediação também levanta questões éticas relevantes, especialmente no que diz respeito à confidencialidade. Informações de natureza íntima, como histórico clínico, condições de saúde e aspectos pessoais, passam a ser compartilhadas com terceiros, muitas vezes sem que o paciente tenha plena escolha sobre isso. Essa exposição pode gerar constrangimento e inibir a comunicação de informações importantes para o diagnóstico.

Além disso, a presença de um mediador não garante a fidelidade da informação transmitida. A interpretação pode ser parcial, imprecisa ou influenciada por percepções pessoais, o que compromete a qualidade da comunicação. Em um contexto clínico, em que detalhes podem ser decisivos, essas distorções representam um risco concreto para a condução adequada do atendimento.

Outro aspecto a ser considerado é o impacto dessa dinâmica na construção do vínculo entre profissional e paciente. A relação terapêutica pressupõe confiança, escuta e interação direta. Quando a comunicação ocorre por meio de terceiros, esse vínculo tende a se fragilizar, dificultando a criação de um ambiente em que o paciente se sinta seguro para se expressar.

A dependência de terceiros também pode reforçar relações de tutela, nas quais o sujeito surdo é percebido como incapaz de se comunicar de forma autônoma. Essa percepção, ainda que implícita, contribui para a reprodução de práticas excludentes e para a manutenção de estereótipos sobre a surdez. Em vez de promover a

inclusão, a mediação inadequada pode, paradoxalmente, aprofundar a desigualdade.

Do ponto de vista institucional, essa realidade evidencia a ausência de políticas efetivas de acessibilidade comunicacional. A falta de intérpretes, de profissionais capacitados e de recursos adequados faz com que soluções improvisadas se tornem regra. Isso demonstra que a inclusão ainda não foi incorporada como um princípio estruturante dos serviços de saúde, mas como uma demanda pontual.

É importante destacar que a presença de intérpretes profissionais, quando disponíveis, já representa um avanço significativo. No entanto, mesmo nesse caso, é fundamental garantir que o paciente tenha escolha e que sua autonomia seja respeitada. A mediação deve ser um recurso que amplia possibilidades, e não uma imposição decorrente da ausência de alternativas. Enfrentar a dependência de terceiros na mediação comunicacional exige uma mudança de perspectiva (Santos et al, 2025). Mais do que oferecer soluções paliativas, é necessário investir na formação de profissionais, na ampliação do acesso à Libras e na construção de serviços que reconheçam a comunicação como direito. Somente assim será possível garantir que o atendimento à população surda ocorra de forma ética, autônoma e verdadeiramente inclusiva.

As barreiras estruturais e culturais no sistema de saúde brasileiro constituem um dos principais entraves para a efetivação de práticas inclusivas no atendimento à população surda. Ainda que existam avanços no campo legal e normativo, o cotidiano dos serviços revela a persistência de obstáculos que não se limitam à ausência de recursos, mas que também se manifestam nas formas de

organização institucional e nas atitudes dos próprios profissionais. Essas barreiras, muitas vezes naturalizadas, contribuem para a manutenção de desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado.

Do ponto de vista estrutural, é possível identificar a insuficiência de investimentos em acessibilidade como um fator recorrente. A ausência de intérpretes de Libras, de materiais informativos acessíveis e de tecnologias assistivas evidencia que a comunicação ainda não é tratada como prioridade nos serviços de saúde. Essa lacuna compromete a efetivação de princípios fundamentais como a equidade, uma vez que desconsidera as especificidades linguísticas da população surda (Brasil, 1990).

Entretanto, limitar a análise às questões materiais seria insuficiente. As barreiras culturais desempenham um papel igualmente relevante na reprodução de práticas excludentes. O preconceito, muitas vezes sutil, manifesta-se em atitudes que desvalorizam a capacidade comunicativa dos sujeitos surdos ou que os percebem a partir de uma lógica de deficiência e incapacidade. Esse olhar influencia diretamente a forma como o atendimento é conduzido.

A invisibilidade da população surda dentro das políticas e práticas institucionais também é um aspecto que merece destaque. Em muitos casos, as necessidades específicas desse grupo não são consideradas no planejamento dos serviços, o que resulta em uma ausência de estratégias direcionadas. Essa invisibilidade não significa ausência física, mas sim a falta de reconhecimento efetivo de suas demandas.

Além disso, a formação dos profissionais de saúde ainda carece de uma abordagem mais consistente sobre diversidade e inclusão. A ausência de conteúdos relacionados à Libras, à cultura surda e à acessibilidade comunicacional nos currículos contribui para que muitos profissionais ingressem no sistema sem preparo adequado. Isso reforça a reprodução de práticas que, ainda que não intencionais, acabam por excluir.

Outro elemento importante diz respeito à forma como as políticas públicas são implementadas. Embora existam diretrizes que apontem para a necessidade de um atendimento inclusivo, sua execução nem sempre ocorre de maneira articulada e contínua. A falta de monitoramento, de avaliação e de responsabilização dificulta a consolidação de práticas efetivas, mantendo a inclusão em um plano mais discursivo do que prático.

Nesse contexto, o preconceito institucional pode se manifestar de forma indireta, por meio da negligência ou da omissão. A ausência de iniciativas voltadas à acessibilidade pode ser interpretada como uma forma de desvalorização das demandas da população surda. Isso evidencia que a exclusão nem sempre se dá por ações explícitas, mas também por aquilo que deixa de ser feito (Mattos, 2009).

As consequências dessas barreiras são amplas e afetam não apenas o acesso aos serviços, mas também a qualidade do atendimento e a experiência do usuário. A dificuldade de comunicação, associada a um ambiente pouco acolhedor, pode gerar sentimento de insegurança, frustração e afastamento dos serviços de saúde. Com o tempo, isso pode contribuir para o agravamento de condições de saúde que poderiam ser tratadas de forma mais eficaz.

É importante ressaltar que a superação dessas barreiras exige uma abordagem que vá além da adoção de medidas pontuais. Trata-se de promover uma transformação mais profunda nas estruturas e nas culturas institucionais, o que envolve investimento, formação e mudança de atitudes. A inclusão, nesse sentido, precisa ser incorporada como um princípio orientador das práticas em saúde.

Logo, ao analisar as barreiras estruturais e culturais no sistema de saúde, torna-se evidente que o desafio da inclusão não se restringe à criação de políticas, mas à sua efetiva incorporação no cotidiano dos serviços. Enfrentar o preconceito, tornar visíveis as demandas da população surda e implementar políticas consistentes são passos fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais justo, acessível e verdadeiramente inclusivo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões desenvolvidas ao longo deste artigo evidenciam que a acessibilidade comunicacional no atendimento à população surda, especialmente no campo da saúde, permanece como um desafio significativo, apesar dos avanços legais conquistados nas últimas décadas. A ideia central que atravessa esta discussão reafirma-se à medida que se observam as limitações práticas que ainda comprometem o acesso, a qualidade do atendimento e a autonomia dos sujeitos surdos. Nesse sentido, a inclusão, embora reconhecida no plano normativo, ainda encontra entraves importantes no cotidiano institucional, inviabilizando condições singulares e indispensáveis para a vida em sociedade por parte da população surda, em especial no que se refere ao atendimento em geral.

A análise dos marcos legais e das políticas públicas demonstrou que o Brasil dispõe de uma amálgama jurídica consistente, capaz de orientar práticas mais equitativas e inclusivas. No entanto, o distanciamento entre a legislação e sua efetivação revela fragilidades na implementação dessas políticas, evidenciadas pela ausência de profissionais capacitados em Libras, pela dependência de terceiros na mediação comunicacional e pela persistência de barreiras estruturais e culturais nos serviços de saúde. Tudo isso compromete não apenas a qualidade do cuidado, mas também princípios fundamentais como a universalidade e a equidade, os quais são garantidos a todo indivíduo.

As conclusões apontam, portanto, para a necessidade de um movimento que vá além da formalização de direitos, exigindo investimentos concretos em formação profissional, infraestrutura e reorganização das práticas institucionais. A acessibilidade comunicacional não pode ser tratada como um recurso complementar ou eventual, mas como um elemento estruturante do atendimento em saúde. Isso implica reconhecer a Libras como parte integrante das políticas de cuidado e assegurar condições para que a comunicação ocorra de forma direta, ética e eficaz.

Por fim, este estudo abre possibilidades para o desenvolvimento de novas investigações que aprofundem a temática da acessibilidade comunicacional. Pesquisas de campo que analisem experiências concretas de atendimento, estudos sobre a formação de profissionais da saúde em Libras, bem como análises comparativas entre diferentes regiões ou modelos de atendimento podem contribuir para uma compreensão mais detalhada dos desafios e das potencialidades existentes. Ao ampliar o debate, espera-se fortalecer iniciativas que aproximem, de forma mais efetiva, os

direitos garantidos em lei das práticas vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso em: 02 abr. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 23 dez. 2005. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 28 mar. 2026.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica.** Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de

Educação Especial, 2001. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002.** Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 25 abr. 2002. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm. Acesso em: 28 mar. 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). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 7 jul. 2015. Disponível em: <https://goo.su/bbymhld>. Acesso em: 08 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO,dos%20servi%C3%A7os%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 02 abr. 2026.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização (PNH):** HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 29 mar. 2026.

HANSEL, Ana Flávia; ZYCH, Anizia Costa; GODOY, Miriam Adalgisa Bedim. **Fundamentos da educação inclusiva.** Guarapuava: Universidade Estadual do Centro-Oeste, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unicentro.br/jspui/bitstream/123456789/911/5/Fundamentos%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Inclusiva.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2026.

KARAGIANNIS, Anastasios; STAINBACK, William; STAINBACK, Susan. Fundamentos do ensino inclusivo. In: STAINBACK, William; STAINBACK, Susan. (Org.). **Inclusão**: um guia para educadores. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LOURENÇO, Mónica. Formação de professores de Inglês e justiça linguística: liberdade, identidades e transformação social. **Biblos: Revista da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra**, Coimbra, n. 11, p. 213–235, 2025. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/biblos/article/view/16188/11936>. Acesso em: 10 abr. 2026.

MANTOAN, Maria Teresa Égler. **Inclusão escolar**: o que é? por quê? como fazer? São Paulo: Moderna, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771–780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/771-780/pt>. Acesso em: 03 abr. 2026.

OLIVEIRA, Nayara Cristina da Rocha; FERNANDES, Cellyneude de Souza; OLIVINDO, Celina Maria de Souza. Desafios da comunicação inclusiva na estratégia saúde da família: um relato de experiência com pacientes surdos no SUS. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CONEDU), 2024, Fortaleza. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2024. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2024/TRABALHO_COMPLETO_EV200_MD1_ID12825_TB6428_28102024105729.pdf. Acesso em: 03 abr. 2026.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa dos et al. Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **ARACÊ**, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, 2025. Doi: 10.56238/arev7n4 082. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4324>.

Acesso em: 04 abr. 2026.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

SKLIAR, Carlos. **A surdez**: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação, 1998.

SOUZA, Farah Campos. Conhecendo a acessibilidade: a lei brasileira de inclusão e os desafios para sua efetivação na sociedade. **Revista Educação Continuada**, São Paulo, v. 6, n. 12, p. 32-40, dez., 2024. Disponível em: <https://host-clientassets.s3.amazonaws.com/files/educont/Edi%C3%A7%C3%A3o%20Completa%20%20Revista%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada%20%20vol%206%20N12%20DEZ%202024.pdf#page=32>. Acesso em: 27 mar. 2026.

¹ Especialista em Tradução e interpretação da Língua Brasileira de Sinais (2025); Psicopedagogia (2025) e Docência do Ensino Superior (2025), as três pela Faculdade de Minas (Facuminas). Graduado em Letras - Espanhol pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (2025).

Graduado em Pedagogia pela Faculdade Mauá de Águas Lindas (2016). Atua como professor na Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia. Tradutor e intérprete de Libras na Prefeitura Municipal de Abadia de Goiás.

