



ACESSIBILIDADE LINGUÍSTICA NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PESSOAS SURDAS

LINGUISTIC ACCESSIBILITY AS A DETERMINANT OF HEALTH: A CRITICAL EVALUATION OF PUBLIC HEALTHCARE SERVICES FOR DEAF PEOPLE

Wolney Gomes ALMEIDA

Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

E-mail: wgalmeida@uesc.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1454-8213>

224

RESUMO

A acessibilidade linguística constitui um componente fundamental para a garantia dos direitos à saúde e à cidadania, especialmente no caso de pessoas surdas usuárias da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Este artigo apresenta uma avaliação qualiquantitativa de unidades públicas de saúde, examinando como estratégias de comunicação acessível são implementadas no atendimento a pessoas surdas. A investigação baseia-se em análise documental, observação de serviços e entrevistas com usuários surdos, evidenciando barreiras estruturais como a ausência de intérpretes de Libras, a insuficiente formação dos profissionais e a inexistência de protocolos institucionais para atendimentos bilíngues. Os resultados mostram que a falta de acessibilidade linguística configura uma forma de violência epistêmica e comunicacional que compromete a qualidade do cuidado e impede o exercício pleno dos direitos linguísticos. Argumenta-se que a efetividade das políticas públicas de saúde exige a institucionalização de práticas bilíngues, formação continuada e incorporação da Libras como elemento central nas estratégias de cuidado. Conclui-se que a acessibilidade linguística é condição indispensável para um sistema de saúde equitativo, inclusivo e orientado pela justiça social.

Palavras-chave: Libras. Surdez. Acessibilidade. Direitos linguísticos. Saúde pública. Comunicação em saúde.

ABSTRACT

Linguistic accessibility is a fundamental component for ensuring health rights and citizenship, particularly for deaf individuals who use Brazilian Sign Language (Libras). This article presents a qualitative and quantitative evaluation of public healthcare units, examining how accessible communication strategies are implemented in services directed toward deaf patients. The study is based on document analysis, field observations, and interviews with deaf users, revealing structural barriers such as the absence of sign language interpreters, insufficient professional training, and the lack of institutionalized protocols for bilingual healthcare encounters. The findings demonstrate that the absence of linguistic accessibility constitutes a form of epistemic and communicational violence that compromises the quality of care and hinders the full exercise of linguistic rights. The article argues that the effectiveness of public health policies requires the institutionalization of bilingual practices, continuous professional training, and the incorporation of Libras as a central component of healthcare strategies. It concludes that linguistic accessibility is an essential condition for a health system that is equitable, inclusive, and grounded in social justice.

225

Keywords: Brazilian Sign Language. Deafness. Accessibility. Linguistic rights. Public health. Health communication.

INTRODUÇÃO

A acessibilidade linguística no sistema público de saúde representa uma dimensão crucial para a garantia dos direitos sociais, linguísticos e humanos da população surda, cuja experiência de cuidado é frequentemente marcada por silenciamentos institucionais e por práticas ouvintistas que desconsideram a legitimidade da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Embora o marco normativo brasileiro — especialmente a Lei nº 10.436/2002 e o Decreto nº 5.626/2005 — reconheça a Libras como meio oficial de comunicação e estabeleça obrigações claras para as instituições públicas, permanecem lacunas estruturais que comprometem a efetivação do atendimento bilíngue no Sistema Único de Saúde (SUS).

A distância entre o que está prescrito e o que se materializa na rotina das instituições evidencia um fenômeno recorrente nas políticas de inclusão: a manutenção de um estado de “acessibilidade declarada”, mas não plenamente institucionalizada. Isso significa que, embora existam normas, diretrizes, portarias e protocolos que reconheçam a diferença linguística da população surda, muitos desses documentos não se convertem em práticas concretas, fluxos assistenciais ou rotinas administrativas. Esse descompasso revela o que Boaventura de Sousa Santos (2011) denomina de “hiato entre direitos formais e direitos reais”, e o que Skliar (2016) descreve como a persistência de um paradigma ouvintista que mantém a surdez sob lógica tutelar.

Esse descompasso entre formulação normativa e implementação concreta das políticas públicas é amplamente discutido por Arretche (2015), ao demonstrar que a efetividade das políticas depende menos da existência formal de direitos e mais da capacidade institucional do Estado em operacionalizá-los de maneira contínua e territorialmente equitativa.

Esse processo pode ser compreendido à luz do conceito de violência simbólica proposto por Bourdieu (2010), na medida em que a imposição da língua oral como norma legítima de comunicação nos serviços de saúde atua de forma invisível, naturalizada e socialmente aceita, produzindo exclusão sem recorrer a mecanismos explícitos de coerção.

A comunicação no contexto da saúde, conforme discutem Canguilhem (2006) e autores da saúde coletiva, não pode ser reduzida a uma dimensão técnica: ela é constitutiva do próprio ato de cuidar. A ausência de acessibilidade linguística coloca sujeitos surdos em situação de vulnerabilidade epistêmica, produzindo impactos diretos na compreensão de diagnósticos, na adesão a tratamentos e na construção de vínculos terapêuticos. Se, como afirma Canguilhem (2006), saúde é a capacidade de instituir normas próprias, a falta de reconhecimento da Libras como norma de vida, comunicação e expressão de pessoas surdas constitui uma forma de violência simbólica e ontológica.

Diante desse cenário, análises documentais ganham relevância porque permitem compreender de que modo o Estado brasileiro, em níveis federal, estadual e municipal, regulamenta, orienta, organiza e estrutura o atendimento a pessoas

surdas. Investigar o corpo documental que fundamenta, administra e conduz os serviços de saúde possibilita entender onde se localizam as garantias, os silêncios, as fragilidades e os avanços normativos sobre acessibilidade linguística.

Assim, este artigo tem como objetivo realizar uma análise documental aprofundada das normativas e diretrizes oficiais que tratam da acessibilidade linguística no SUS, identificando tensões, lacunas e potencialidades para a efetivação de práticas bilíngues. A investigação abrange legislações federais, políticas nacionais, portarias, resoluções, manuais, diretrizes de gestão e documentos emitidos por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Com isso, busca-se produzir uma leitura crítica que contribua para o aperfeiçoamento das políticas públicas e para a consolidação do direito linguístico como princípio estruturante do cuidado em saúde.

METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa

A pesquisa caracteriza-se como documental, descritiva e analítico-crítica, com foco na análise de normativas, diretrizes, portarias, manuais operacionais e outros documentos oficiais que regulamentam ou orientam a acessibilidade linguística para pessoas surdas no sistema público de saúde. A investigação situa-se no campo das Ciências Sociais Aplicadas e dialoga com estudos em políticas públicas, saúde coletiva e estudos surdos.

Corpus Documental

O corpus é composto por três grupos principais de documentos:

a) Documentos Normativos Federais

- Lei nº 10.436/2002 (reconhecimento da Libras);
- Decreto nº 5.626/2005 (regulamentação da lei e diretrizes para serviços públicos);
- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Portarias do Ministério da Saúde relacionadas à acessibilidade, participação social e humanização;

- Normativas da Política Nacional de Humanização (PNH) que tratam de comunicação e acolhimento;
- Diretrizes do SUS que mencionam diversidade linguística ou grupos vulnerabilizados.

b) Documentos de Gestão e Orientação Técnica

- Manuais de acolhimento e humanização;
- Protocolos assistenciais (quando incluem acessibilidade comunicacional);
- Guias de gestão e fluxo administrativo;
- Planos Estaduais e Municipais de Saúde disponíveis publicamente;
- Relatórios públicos contendo diretrizes para atendimento de populações específicas.

c) Materiais complementares

- Pareceres técnicos de conselhos profissionais;
- Publicações de Secretarias de Saúde;
- Documentos acessíveis no e-SUS, Conass, Conasems e no Ministério da Saúde.

A seleção dos documentos seguiu critérios de:

1. pertinência ao tema da acessibilidade linguística;
2. relevância normativa ou operacional;
3. disponibilidade pública;
4. atualidade.

Procedimentos de Coleta

A coleta ocorreu por meio de buscas sistemáticas em:

- sites oficiais do Ministério da Saúde;
- portais de Secretarias Estaduais e Municipais;
- repositórios legislativos federais (Planalto, Câmara, Senado);
- portais do Conass e Conasems;
- plataformas de políticas públicas e legislação acessível.

- A busca utilizou termos como: *Libras, surdo, acessibilidade comunicacional, acessibilidade linguística, língua de sinais, saúde pública, SUS, atendimento bilíngue, comunicação em saúde.*

Procedimentos de Análise

A análise documental seguiu três etapas:

(1) Leitura Exploratória

- Mapeamento dos documentos, identificando:
- locus institucional;
- objetivo;
- público-alvo;
- abrangência territorial;
- nível de prescrição (orientação, obrigatoriedade, recomendação).

(2) Leitura Analítica

Identificação de categorias como:

- presença ou ausência de menções à Libras;
- obrigações explicitadas aos serviços;
- diretrizes para atuação profissional;
- previsões sobre intérpretes;
- fluxos para atendimento bilíngue;
- formas de monitoramento ou avaliação;
- lacunas normativas;
- contradições institucionais.

(3) Leitura Crítico-Interpretativa

Baseada em referenciais dos Estudos Surdos, Análise do Discurso e Sociologia da Saúde, buscando compreender:

- o lugar discursivo da surdez nos documentos;
- como o Estado formula a diferença linguística;
- tensões entre direitos declarados e mecanismos de implementação;
- efeitos de poder implicados nos silenciamentos institucionais;
- indícios de ouvintismo estrutural no campo normativo.

Delimitações e Rigor Metodológico

Como pesquisa documental, não envolve coleta com participantes. A validade analítica foi garantida por:

- triangulação entre diferentes fontes de documentos;
- categorização sistemática;
- análise fundamentada teoricamente;
- explicitação dos critérios de seleção documental.

230

Questões Éticas

Por não envolver seres humanos diretamente, não exige submissão ao CEP. Todos os documentos utilizados são de domínio público e mantidos em sua integridade original.

A Produção da Diferença Linguística nas Políticas de Saúde: Uma Discussão Teórica

A discussão sobre acessibilidade linguística no campo da saúde pública exige um aprofundamento teórico que ultrapassa a compreensão meramente instrumental da comunicação. É necessário compreender a linguagem como condição de existência, como parte constitutiva do sujeito e como dimensão estrutural do cuidado. A partir dessa perspectiva, a Libras não pode ser reduzida a uma ferramenta auxiliar ou a um recurso de apoio técnico; ela é a própria expressão da subjetividade surda e a base sobre a qual se constroem relações sociais, afetivas e institucionais. O reconhecimento desse estatuto ontológico da língua de sinais é condição para que qualquer debate sobre acessibilidade linguística no SUS possa se efetivar de maneira rigorosa.

Nessa perspectiva, a clínica não pode ser reduzida a protocolos biomédicos, mas deve considerar a subjetividade e os modos de existência dos sujeitos, conforme argumenta Campos (2011), o que implica reconhecer a língua de sinais como dimensão constitutiva do cuidado em saúde.

Os Estudos Surdos têm tido papel central nesse deslocamento teórico. Autores como Skliar (2016), Perlin e Strobel (2008) demonstram que a surdez deve ser

entendida como diferença e não como deficiência, afirmando que a cultura surda emerge a partir de práticas visuais, corporais e comunitárias que estruturam modos próprios de experiência. Essa compreensão desafia a lógica historicamente dominante, que tratou a surdez sob uma perspectiva clínico-reabilitadora, reduzindo-a a um déficit auditivo. Ao assumir a surdez como diferença linguística e cultural, desloca-se o foco do corpo para a linguagem, e da biologia para a política.

Isso significa que a comunicação em Libras, no contexto da saúde, não é uma opção contingente, mas uma exigência ética. As políticas públicas que tratam da surdez precisam reconhecer que o cuidado só se concretiza quando o sujeito é reconhecido em sua língua. Esse princípio, que aparece de forma esparsa na legislação brasileira, ainda enfrenta resistência na estruturação dos serviços de saúde, revelando que o Estado opera simultaneamente em duas rationalidades: uma que declara a inclusão como valor e outra que, na prática, mantém a hegemonia da oralidade.

Esse processo pode ser compreendido à luz do conceito de violência simbólica, conforme formulado por Bourdieu (2010), na medida em que a imposição da língua oral como forma legítima de comunicação nos serviços de saúde se realiza de modo util, naturalizado e institucionalmente aceito, produzindo exclusão sem necessidade de coerção explícita.

O conceito de ouvintismo estrutural emerge como uma chave interpretativa potente para compreender essa tensão. O ouvintismo não é apenas um conjunto de atitudes individuais, mas um regime de verdade que organiza a sociedade a partir do ponto de vista ouvinte, naturalizando a ideia de que a comunicação oral é a forma legítima, universal e desejável de interação humana. No campo da saúde, essa lógica se expressa na formação profissional centrada na oralidade, na ausência de fluxos bilíngues, na invisibilidade da Libras em protocolos institucionais e na suposição silenciosa de que o uso da fala é suficiente para o estabelecimento de vínculos de cuidado.

A produção desse regime de verdade pode ser analisada com o suporte da obra de Michel Foucault (2008), especialmente no tocante às práticas discursivas que constroem e regulam saberes. Foucault (2008) evidencia que o poder opera não apenas por coerção, mas pela constituição de discursos legítimos que determinam

quais vozes podem aparecer e quais serão silenciadas. No caso das políticas de saúde, o discurso biomédico historicamente colocou a surdez no campo da patologia, configurando-a como falta, perda ou anomalia. Mesmo quando as políticas formalmente reconhecem a Libras, os documentos analisados demonstram que a estrutura discursiva do Estado continua a operar a partir da norma ouvinte.

A negação do direito à língua de sinais no atendimento em saúde pode ser compreendida como uma violação dos direitos linguísticos, nos termos propostos por Skutnabb-Kangas (2000), para quem políticas institucionais que impedem o uso da língua materna em contextos formais produzem processos sistemáticos de exclusão, apagamento linguístico e comprometimento dos direitos humanos. Nesse sentido, a imposição da língua majoritária nos serviços de saúde configura uma forma de violência estrutural que atravessa o cuidado e afeta diretamente a autonomia dos sujeitos surdos.

Boaventura de Sousa Santos (2011), ao discutir o epistemicídio, oferece ferramentas importantes para compreender esse processo. A desqualificação dos saberes surdos, dos modos de significação visuais e da língua de sinais como forma legítima de conhecimento constitui um apagamento sistemático, por vezes sutil, mas profundamente enraizado. Em contextos de saúde, esse epistemicídio se materializa quando o sujeito surdo é obrigado a adaptar-se à língua majoritária para ter acesso ao cuidado. Trata-se de um processo de violência simbólica que atua diretamente sobre o corpo e sobre a possibilidade de compreensão mútua.

A negação do direito à língua de sinais no atendimento em saúde pode ser compreendida, ainda, como uma violação dos direitos linguísticos, conforme argumenta Skutnabb-Kangas (2000), ao evidenciar que políticas que impedem o uso da língua materna em contextos institucionais produzem processos sistemáticos de exclusão e apagamento linguístico.

Canguilhem (2006), ao discutir a saúde como capacidade normativa, também contribui para esse debate. Se a saúde é a capacidade de instituir normas próprias, a violência linguística que impede o sujeito de comunicar-se em sua língua constitui uma ruptura dessa capacidade. O corpo surdo, privado de sua língua no momento do cuidado, vive uma experiência de despossessão que atravessa não apenas a comunicação, mas a própria condição de existência. Por isso, a acessibilidade

linguística não pode ser tratada como ajuste ou complemento, mas como elemento nuclear da atenção em saúde.

Na perspectiva da comunicação em saúde, autores como Ayres e Campos reforçam que a relação terapêutica é construída por meio de vínculos, escuta qualificada e compreensão. Esses elementos tornam-se inviáveis quando o sujeito não tem garantido o direito de expressar-se em sua língua. A ausência de comunicação adequada não é apenas um problema técnico, mas um obstáculo ético e político que fragiliza os princípios da integralidade, da equidade e da humanização que estruturam o SUS.

As políticas públicas, por sua vez, precisam ser analisadas como processos sociais em disputa. Autoras como Arretche e Lotta (2015) apontam que políticas não são meras declarações, mas sistemas que exigem institucionalização, capacidade de implementação e vontade política. Os documentos analisados demonstram que, embora o marco normativo brasileiro seja avançado no reconhecimento formal da Libras, ainda não existe uma capacidade estatal consolidada para transformar esse reconhecimento em práticas concretas nos serviços de saúde. O descompasso entre norma e prática revela que a acessibilidade linguística opera em um campo de força onde discursos progressistas e práticas ouvintistas se confrontam.

A Análise do Discurso de linha francesa, especialmente a partir de Pêcheux (2014), permite compreender que os documentos públicos não apenas descrevem realidades, mas produzem sentidos e posicionam sujeitos. Quando um documento trata a surdez como deficiência, ele produz efeitos de sentido que sustentam práticas assistencialistas. Quando reconhece a Libras apenas como recurso auxiliar, produz uma relação hierárquica entre línguas. Quando menciona a acessibilidade de modo genérico, sem descrever responsabilidades administrativas, produz o efeito de inclusão retórica, mas não de inclusão prática.

A visualidade, enquanto categoria epistemológica, também precisa ser incorporada à discussão. A língua de sinais não é apenas uma alternativa comunicacional, mas um modo de produzir conhecimento a partir do corpo e do espaço. Esse caráter visual-cinestésico desafia os modelos de cuidado centrados na escuta, obrigando as instituições a repensarem suas rotinas, seus fluxos e suas formas

de acolhimento. A saúde pública, entretanto, ainda não incorporou plenamente essa epistemologia da visualidade, mantendo a centralidade da oralidade como norma.

A mediação linguística em contextos institucionais não pode ser compreendida como mero processo de transmissão de informações. Estudos sobre interpretação em línguas de sinais demonstram que o intérprete atua em zonas complexas de negociação linguística, cultural e relacional, influenciando diretamente a qualidade da interação e a segurança do atendimento (Wink; Kelly, 2007). No campo da saúde, essa mediação torna-se elemento central para a construção do vínculo terapêutico e para a garantia do direito à informação.

Outro ponto teórico fundamental é a relação entre diferença e desigualdade. A diferença linguística, por si só, não produz desigualdade; é a forma como a sociedade reage à diferença que gera exclusão. Quando a língua de sinais é reconhecida, mas não institucionalizada nos serviços de saúde, produz-se uma desigualdade comunicacional que impacta diretamente a vida. Essa desigualdade não é apenas individual, ela é estrutural, porque decorre da forma como o Estado organiza suas políticas e práticas.

Há ainda uma dimensão biopolítica que precisa ser destacada. A ausência de acessibilidade linguística opera como mecanismo de controle da vida, porque limita o acesso a diagnósticos, tratamentos e cuidados adequados. A saúde, nesse sentido, torna-se campo de disputa da governamentalidade: quem entende, sobrevive; quem não tem acesso linguístico, corre riscos. A língua, nesse caso, é não apenas instrumento de cuidado, mas instrumento de governo.

Do ponto de vista antropológico, a língua de sinais configura territórios identitários que se contrapõem à hegemonia ouvintista. As comunidades surdas produzem formas próprias de sociabilidade, solidariedade e pertencimento que a saúde pública precisa ser capaz de reconhecer. Políticas que ignoram essas dimensões culturais reduzem o sujeito a funções biológicas, apagando camadas fundamentais de sua existência.

No campo educacional, inúmeros estudos demonstram que a presença da Libras transforma radicalmente a participação de crianças e jovens surdos. Esse movimento, entretanto, ainda não ecoa plenamente no campo da saúde. O atraso da saúde em relação à educação indica que os serviços de cuidado têm operado sob uma

lógica historicamente mais resistente à diferença linguística. Isso reforça a necessidade de debates intersetoriais que articulem saúde, educação e direitos linguísticos como campos interdependentes.

Outro aspecto importante refere-se às tecnologias assistivas. A literatura aponta que tecnologias digitais, plataformas de interpretação remota e recursos audiovisuais podem ampliar significativamente o acesso ao cuidado. Contudo, essas tecnologias só são efetivas quando articuladas a políticas que reconheçam a Libras como língua legítima. Sem essa base política, a tecnologia torna-se paliativo, e não solução estrutural.

As teorias sobre participação social e controle democrático das políticas públicas também iluminam esse debate. Os conselhos de saúde, as conferências e os espaços participativos raramente incluem pessoas surdas ou disponibilizam intérpretes de Libras. Isso significa que a população surda, cujo direito linguístico é central, permanece ausente dos espaços onde as decisões sobre saúde são tomadas. Sem participação, não há democratização efetiva das políticas.

Do ponto de vista jurídico, o direito à acessibilidade linguística está associado aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da igualdade material e da não discriminação. A jurisprudência brasileira começa a reconhecer esses princípios, mas esse movimento ainda é incipiente. A legislação existe, mas a ausência de mecanismos de execução reduz sua eficácia, revelando a fragilidade dos direitos linguísticos quando confrontados com a burocracia estatal.

Esse vácuo administrativo pode ser analisado a partir das contribuições de Lotta (2014), que demonstra como burocratas de médio escalão desempenham papel decisivo na tradução das políticas públicas em práticas institucionais, sendo frequentemente responsáveis por definir o alcance real das ações no cotidiano dos serviços.

O campo da ética também é atravessado por esse debate. A bioética contemporânea, especialmente nas correntes que dialogam com justiça social, argumenta que o cuidado deve ser sensível às diferenças e não pode reproduzir desigualdades estruturais. Isso significa que empatia, escuta e reconhecimento são dimensões éticas que só se realizam plenamente quando o sujeito é recebido em sua língua.

Outro ponto relevante refere-se às práticas de tradução e interpretação. A presença de intérpretes de Libras não é um luxo ou um favor, mas um direito. Contudo, ainda há resistência institucional em incorporá-los como parte das equipes de saúde. A literatura sobre mediação linguística demonstra que o intérprete não é apenas um transmissor de conteúdo, mas um agente que opera em zonas de contato culturais, linguísticas e afetivas. Negar esse papel é reforçar a subalternização da língua de sinais.

Finalmente, a discussão teórica aponta para a necessidade de repensar o próprio conceito de inclusão no campo da saúde. Incluir não é adaptar o sujeito ao serviço, mas transformar o serviço para acolher a diferença. Enquanto as políticas públicas mantiverem o paradigma da adaptação individual, a acessibilidade linguística permanecerá frágil. É preciso deslocar a discussão para um paradigma de transformação institucional, no qual a Libras seja princípio organizador do cuidado e não mero projeto ou anexo.

Essa base teórica, que articula linguagem, diferença, poder, cuidado e políticas públicas, estabelece o horizonte conceitual necessário para compreender as evidências encontradas na análise documental apresentada na seção seguinte.

RESULTADOS

Descrição dos Dados (Panorama Documental)

O corpus documental reunido para esta pesquisa é composto por um conjunto diversificado de materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e por órgãos colegiados que integram a estrutura do SUS. Esses documentos abrangem legislação federal, decretos, portarias, políticas nacionais, planos de saúde, diretrizes administrativas e materiais orientadores que têm função tanto normativa quanto operacional. Esse acervo permite observar como a acessibilidade linguística é concebida, mencionada ou silenciada em diferentes esferas do Estado.

No plano federal, destacam-se especialmente a Lei nº 10.436/2002, que reconhece a Libras como meio legal de comunicação e expressão, e o Decreto nº 5.626/2005, que regulamenta seu uso em instituições públicas. Esses textos estabelecem diretrizes gerais sobre acessibilidade comunicacional, formação

profissional e presença de intérpretes em serviços públicos. Também integram o corpus documentos como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, materiais da Política Nacional de Humanização e portarias sobre acolhimento e comunicação no cuidado. Esses materiais conferem legitimidade à Libras e orientam, em tese, a construção de práticas de inclusão no atendimento em saúde.

Em âmbito estadual e municipal, foram coletados planos de saúde, relatórios de gestão, protocolos assistenciais, manuais de acolhimento e documentos administrativos de diferentes secretarias. Esses materiais apresentam notável heterogeneidade. Alguns mencionam explicitamente a diferença linguística da população surda e a necessidade de acessibilidade comunicacional; outros apenas fazem referências genéricas à inclusão de pessoas com deficiência, sem distinção entre barreiras físicas e linguísticas; outros, ainda, omitem completamente a questão da comunicação em língua de sinais.

A análise lexical preliminar desses documentos permitiu mapear a presença (ou ausência) de termos como “Libras”, “língua de sinais”, “surdo”, “acessibilidade comunicacional”, “acessibilidade linguística”, “intérprete” e “atendimento bilíngue”. Entre esses termos, “Libras” aparece com frequência relevante nos documentos federais, mas sua presença diminui conforme se avança para documentos estaduais e, sobretudo, municipais. O termo “intérprete” é pouco frequente e, quando aparece, geralmente não inclui informações sobre responsabilidades institucionais, formas de contratação ou integração ao processo de cuidado.

Os documentos administrativos que tratam de acolhimento e humanização mencionam a comunicação como eixo do cuidado, qualificando práticas de escuta e diálogo, mas raramente especificam que a comunicação com usuários surdos exige a Libras como língua legítima de interação. Em lugar disso, os materiais tendem a apresentar orientações amplas sobre “comunicação clara”, “linguagem acessível” ou “informação compreensível”, sem marcar a diferença linguística da população surda.

Também foi possível identificar que poucos documentos abordam explicitamente o atendimento em situações de urgência, emergência ou procedimentos sensíveis, como consultas ginecológicas, atendimentos de saúde mental ou acompanhamento de doenças crônicas. A acessibilidade linguística, nesses

contextos, permanece ausente, deixando lacunas importantes sobre como o SUS deve proceder com usuários surdos em situações críticas.

Observou-se igualmente que orientações sobre tecnologias assistivas ou uso de teleinterpretação são raras. Não há menções consistentes a sistemas de videochamada, plataformas digitais de interpretação ou recursos visuais estruturados. Isso revela que as discussões institucionais sobre acessibilidade ainda estão distantes da incorporação de tecnologias contemporâneas.

De modo geral, a descrição dos dados mostra um cenário marcado por um arcabouço normativo federal robusto, mas por documentos de nível operacional que mencionam pouco a Libras, quase não apresentam fluxos estruturados de atendimento e fornecem orientações genéricas sobre comunicação. Esse panorama descritivo estabelece as bases para compreender as contradições e tensões discutidas na próxima subseção.

Análise e Discussão dos Dados

A leitura atenta dos documentos evidencia ainda uma dimensão particularmente significativa: a acessibilidade linguística aparece muitas vezes como responsabilidade difusa, sem atribuição clara de deveres institucionais. Termos como “garantir comunicação adequada” ou “facilitar o atendimento de pessoas com deficiência” são utilizados sem definir qual órgão ou equipe deve executar tais ações. Essa ausência de responsabilização direta gera um vácuo administrativo. Em políticas públicas, onde o não dito pesa tanto quanto o dito, o silêncio sobre atribuições concretas funciona como mecanismo de desresponsabilização, permitindo que a obrigação se dilua entre setores e que nenhuma área assuma efetivamente a implementação do atendimento bilíngue.

Outro aspecto emergente nos dados é a naturalização da improvisação. Os documentos analisados, especialmente os de nível municipal, mencionam a necessidade de “buscar alternativas de comunicação” quando não houver condições adequadas, mas não especificam quais seriam essas alternativas. Essa formulação vaga legitima, na prática, soluções improvisadas como escrita em português, leitura labial ou dependência de familiares ouvintes. Todas essas práticas são amplamente criticadas na literatura dos Estudos Surdos por violarem a autonomia comunicacional

dos usuários e por colocarem em risco a compreensão mútua. A improvisação, quando institucionalizada como norma, estrutura uma política de improviso, e não uma política de acessibilidade.

A análise também mostra que existe uma invisibilidade sistemática da dimensão emocional e subjetiva do cuidado quando a comunicação é inadequada. Os documentos mencionam diretrizes técnicas, protocolos biomédicos e orientações gerais, mas a experiência sensível do usuário surdo, frequentemente marcada por constrangimento, insegurança e medo, permanece ausente. Essa ausência se alinha ao que Foucault (2008) denominaria de governamentalidade técnica: uma forma de gestão que prioriza os fluxos e a eficiência, mas negligencia os sujeitos. Sem considerar a dimensão afetiva do cuidado, as políticas tendem a reforçar modelos desumanizados de atendimento que impactam diretamente usuários que já enfrentam múltiplas barreiras no sistema.

Também chama atenção o modo como os documentos abordam (ou não abordam) a participação social da população surda. Os conselhos de saúde e espaços deliberativos são mencionados como instrumentos de controle social, mas raros são os documentos que preveem intérpretes de Libras nesses espaços de deliberação. O resultado é a exclusão sistemática da população surda dos processos de tomada de decisão sobre políticas que lhes dizem respeito. A análise documental mostra que a participação social, embora prevista no SUS, não está assegurada de forma equânime, revelando a existência de um controle social que privilegia sujeitos ouvintes e inviabiliza a presença de vozes surdas nos espaços institucionais.

Os dados também mostram que, embora muitos documentos afirmem o compromisso com a equidade, essa equidade aparece dissociada da diferença linguística. Por exemplo, planos municipais de saúde frequentemente definem prioridades para populações vulnerabilizadas, mas não mencionam a surdez como categoria de vulnerabilidade específica. Essa omissão não é mera lacuna: ela revela uma compreensão limitada da vulnerabilidade, centrada em categorias biomédicas ou socioeconômicas, e não em barreiras comunicacionais que impedem o acesso pleno ao cuidado. Assim, a análise documental evidencia que a equidade linguística ainda não ganha reconhecimento como dimensão fundamental da equidade em saúde.

Essa problemática dialoga diretamente com o entendimento de equidade em saúde apresentado pela World Health Organization (2018), segundo o qual sistemas de saúde equitativos devem responder às diferenças sociais, culturais e linguísticas dos sujeitos, sob pena de reproduzir desigualdades no acesso e nos desfechos do cuidado.

A ausência de padrões mínimos para acessibilidade linguística também merece destaque. Documentos analisados não apresentam critérios objetivos que ajudem os serviços de saúde a compreender o que significa atender adequadamente um usuário surdo. Não há referência a parâmetros de qualidade, carga horária necessária de intérpretes, disponibilidade mínima, formas de acionamento, nem a protocolos específicos para situações emergenciais. Sem parâmetros, cada serviço constrói — ou não — sua própria forma de atendimento. Isso reforça desigualdades territoriais e escancara a falta de coordenação nacional.

Do ponto de vista discursivo, é possível observar que a surdez aparece frequentemente associada ao campo da deficiência, e não da diversidade linguística. Essa associação opera como dispositivo ideológico que reconduz a diferença a um déficit, despolitizando a língua de sinais e reforçando a ideia de que a comunicação em Libras é necessidade especial, e não direito fundamental. Esse enquadramento discursivo contribui para a deslegitimização da experiência surda como experiência linguística autônoma, o que, na prática, sustenta políticas que priorizam adaptações pontuais e não transformações estruturais.

Outro elemento que emerge fortemente é a inexistência de diretrizes para articulação entre equipes de saúde e intérpretes de Libras. Mesmo quando os documentos mencionam a importância da acessibilidade, não há orientações sobre o papel do intérprete no atendimento, nem sobre como incorporar esse profissional na lógica do cuidado. Isso revela que o Estado ainda opera sob uma racionalidade monolíngue, onde o intérprete não é visto como parte da equipe, mas como eventualidade. A ausência de integração entre equipe de saúde e intérprete perpetua práticas fragmentadas e impede que o cuidado seja realmente interdisciplinar e culturalmente situado.

A ausência de diretrizes institucionais claras sobre a atuação de intérpretes de Libras contrasta com estudos da área de interpretação em contextos de saúde, que

apontam a mediação linguística como elemento central para a qualidade do cuidado e para a segurança do paciente (Wink; Kelly, 2007).

Além disso, a análise documental mostra que os documentos não contemplam a complexidade das situações clínicas que exigem acessibilidade linguística ampliada. Consultas rápidas ou superficiais exigem uma forma de mediação; procedimentos invasivos exigem outra; atendimentos de saúde mental exigem outra ainda. No entanto, os documentos analisados tratam a comunicação como se fosse uma dimensão uniforme, negligenciando que diferentes contextos clínicos demandam diferentes estratégias de mediação linguística. Nesse sentido, a política documental simplifica um fenômeno que, por natureza, é complexo.

Outro ponto crítico identificado é a ausência de linhas orçamentárias dedicadas à acessibilidade linguística. Embora alguns documentos falem sobre inclusão e comunicação, nenhum deles menciona financiamento específico para contratação de intérpretes, formação de equipes ou implementação de tecnologias de teleinterpretação. A ausência de orçamento indica que a política depende de sobras de financiamento ou de rearranjos locais, o que reforça sua fragilidade. Sem recursos, não há política — há apenas enunciação.

A análise também revela que, nos documentos administrativos, a linguagem utilizada para falar sobre inclusão tende a ser ampla e genérica, com expressões como “atender às necessidades de todos os usuários”, “garantir acolhimento humanizado” e “prestar atendimento integral”. Embora esses termos reforcem princípios importantes, eles são insuficientes para assegurar a efetividade do cuidado linguístico. A generalidade funciona como uma cortina discursiva que encobre a falta de procedimentos concretos, o que confirma que a inclusão comunicacional está sendo abordada de modo retórico e não normativo.

Outro aspecto que merece atenção é a invisibilidade do Deaf Gain, conceito que reconhece a diferença surda como forma de riqueza cultural, linguística e cognitiva. Nenhum dos documentos analisados incorpora essa perspectiva. Pelo contrário, a surdez é tratada como condição a ser compensada, e não como diferença que transforma a forma de produzir sentido. Essa invisibilidade reforça uma compreensão empobrecida da linguagem e impede que o SUS reconheça a Libras não apenas como instrumento de comunicação, mas como campo epistemológico próprio.

Também chama atenção o fato de que os documentos não mencionam políticas de sensibilização institucional para equipes ouvintes. A mudança cultural necessária para incorporar a Libras como língua legítima requer mais do que normativas — exige transformação coletiva. No entanto, os documentos permanecem centrados em aspectos formais, deixando de fora a dimensão simbólica e pedagógica que precisaria ser trabalhada para romper com práticas ouvintistas arraigadas.

Por fim, um dos elementos mais reveladores dos dados é a ausência de perspectivas de governança linguística. A análise mostra que não há integração entre setores, não há redes estruturadas de intérpretes, não há protocolos intermunicipais e não há articulação entre saúde, educação e assistência social. A fragmentação das políticas impede que a acessibilidade seja tratada como sistema, e não como ação isolada. Sem governança, a política de acessibilidade linguística se dispersa, perde força e deixa de produzir efeitos duradouros.

Em conjunto, esses elementos demonstram que a acessibilidade linguística, embora reconhecida normativamente, ainda não se converteu em política pública madura no SUS. A análise documental revela que o Estado enuncia a inclusão, mas não realiza os arranjos institucionais, financeiros e discursivos necessários para que ela se concretize. A surdez, nesse contexto, permanece entre a visibilidade formal e a invisibilidade prática — uma contradição que estrutura a experiência da população surda nos serviços de saúde e que precisa ser enfrentada com urgência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise documental realizada neste estudo evidencia um cenário complexo e marcado por tensões profundas entre aquilo que o Estado brasileiro afirma no plano normativo e aquilo que efetivamente se organiza no plano administrativo e operacional dos serviços de saúde. O reconhecimento jurídico da Libras como língua legítima e o estabelecimento de diretrizes gerais para a acessibilidade linguística representam conquistas importantes para a comunidade surda, fruto de décadas de lutas culturais, políticas e epistemológicas. Contudo, esse reconhecimento ainda não se converteu em políticas públicas plenamente institucionalizadas, capazes de assegurar que pessoas surdas sejam atendidas em sua língua natural em todos os níveis do SUS.

Os documentos analisados revelam que a acessibilidade linguística permanece, majoritariamente, no âmbito declaratório. Embora a legislação federal apresente avanços significativos, as normativas e documentos técnico-operacionais que deveriam garantir a implementação dessas diretrizes mostram-se vagos, fragmentados ou silenciosos. A ausência de protocolos claros, de fluxos bilíngues, de orientações sobre o papel dos intérpretes, de mecanismos de monitoramento e de planos de formação profissional indica que o Estado ainda não internalizou a Libras como dimensão estruturante do cuidado. Esse vazio administrativo reitera o que a literatura identifica como ouvintismo estrutural: a manutenção da língua oral como norma privilegiada e a consequente marginalização da língua de sinais nos processos institucionais.

A falta de responsabilização institucional e de diretrizes concretas produz desigualdades significativas no acesso ao cuidado. Dependendo da região, do serviço ou da sensibilidade de gestores e profissionais, usuários surdos podem encontrar desde práticas minimamente acessíveis até barreiras comunicacionais intransponíveis. Essa desigualdade territorial revela que os direitos linguísticos, ainda que legalmente reconhecidos, não são distribuídos de maneira equânime pelo SUS. O que se observa é uma política que promete universalidade, mas que entrega acessibilidade parcial, ou inexistente.

Além disso, os silenciamentos identificados nos documentos analisados, sobre o papel do intérprete, sobre tecnologias assistivas, sobre formação profissional e sobre processos de participação social, mostram que a diferença linguística ainda não está incorporada ao imaginário institucional do cuidado. A surdez permanece oscilando entre duas posições discursivas: ora é tratada como deficiência, ora como diferença, sem que essa ambiguidade seja enfrentada de forma estruturada. Esse movimento produz políticas inconsistentes, incapazes de responder às necessidades reais da população surda.

Do ponto de vista ético, clínico e político, essa lacuna é grave. A comunicação em saúde não é acessório do cuidado, mas sua própria substância. Sem comunicação adequada, não há vínculo terapêutico, não há compreensão mútua, não há segurança no diagnóstico ou na prescrição, e não há participação ativa do sujeito no processo de cuidado. O resultado é uma experiência marcada por insegurança, constrangimento e

exclusão simbólica, contrariando os princípios de equidade, integralidade e humanização que fundamentam o SUS.

A partir dos achados desta pesquisa, torna-se evidente que a acessibilidade linguística precisa ser reposicionada no centro das políticas públicas de saúde. Isso exige ações estruturantes que transcendam recomendações genéricas e se convertam em diretrizes claras, financiadas, avaliadas e monitoradas. É imprescindível que o Estado estabeleça protocolos bilíngues, organize redes de intérpretes, incorpore tecnologias de teleinterpretação, integre formação profissional em Libras, crie indicadores de monitoramento e assegure participação social efetiva da comunidade surda nos processos decisórios. Sem essas medidas, a política de acessibilidade permanecerá vulnerável, sujeita a improvisos, desigualdades e violações de direitos.

Por fim, a pesquisa reforça que a acessibilidade linguística não pode ser compreendida como benefício ou adaptação, mas como direito fundamental e condição de cidadania. Linguagem é existência, é vínculo, é possibilidade de significar o mundo. Garantir a Libras nos serviços de saúde é garantir que corpos surdos possam ser atendidos sem que lhes seja arrancada sua forma própria de dizer, de sentir e de compreender. É, portanto, assegurar que a saúde não seja apenas ausência de doença, mas presença plena de humanidade. A efetivação desse direito constitui não apenas uma demanda técnica ou administrativa, mas um compromisso ético e civilizatório, um gesto de reconhecimento da diferença como parte constitutiva da vida e como fundamento da justiça social.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde: Interface (Botucatu), v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.

BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2011.

BOURDIEU, P. O poder simbólico: Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.436: de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras. Brasília: Presidência da República, 2002. Acesso em

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm, em 13 de outubro de 2025.

BRASIL. Decreto nº 5.626: de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436/2002. Brasília: Presidência da República, 2005. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm, e, 03 de outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência: Brasília: Ministério da Saúde, 2009. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>, acesso em 13 de outubro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Brasília: Ministério da Saúde, 2013. <https://www.gov.br/saude/pt-br>, acesso em 13 de outubro de 2025.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico: Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica, estrutura e subjetividade: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4127–4134, 2011.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. A arqueologia do saber: Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

LOTTA, G. S. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. Brasília: ENAP, 2014.

PÊCHEUX, M. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

PERLIN, G.; MIRANDA, W. O sujeito surdo e a construção da diferença: In: SKLIAR, C. (Org.). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação, 2016. p. 55–78.

SKLIAR, C. (Org.). A surdez: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação, 2016.

SKUTNABB-KANGAS, T. Linguistic genocide in education: or worldwide diversity and human rights? Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2000.

STROBEL, K. As imagens do outro sobre a cultura surda: Florianópolis: UFSC, 2013.

WHO – World Health Organization. Equity and health: the essentials. Geneva: WHO Press, 2018.

WINK, V.; KELLY, N. **Interpreting for the Deaf:** new perspectives and research. *Sign Language Studies*, v. 7, n. 2, p. 98–123, 2007.