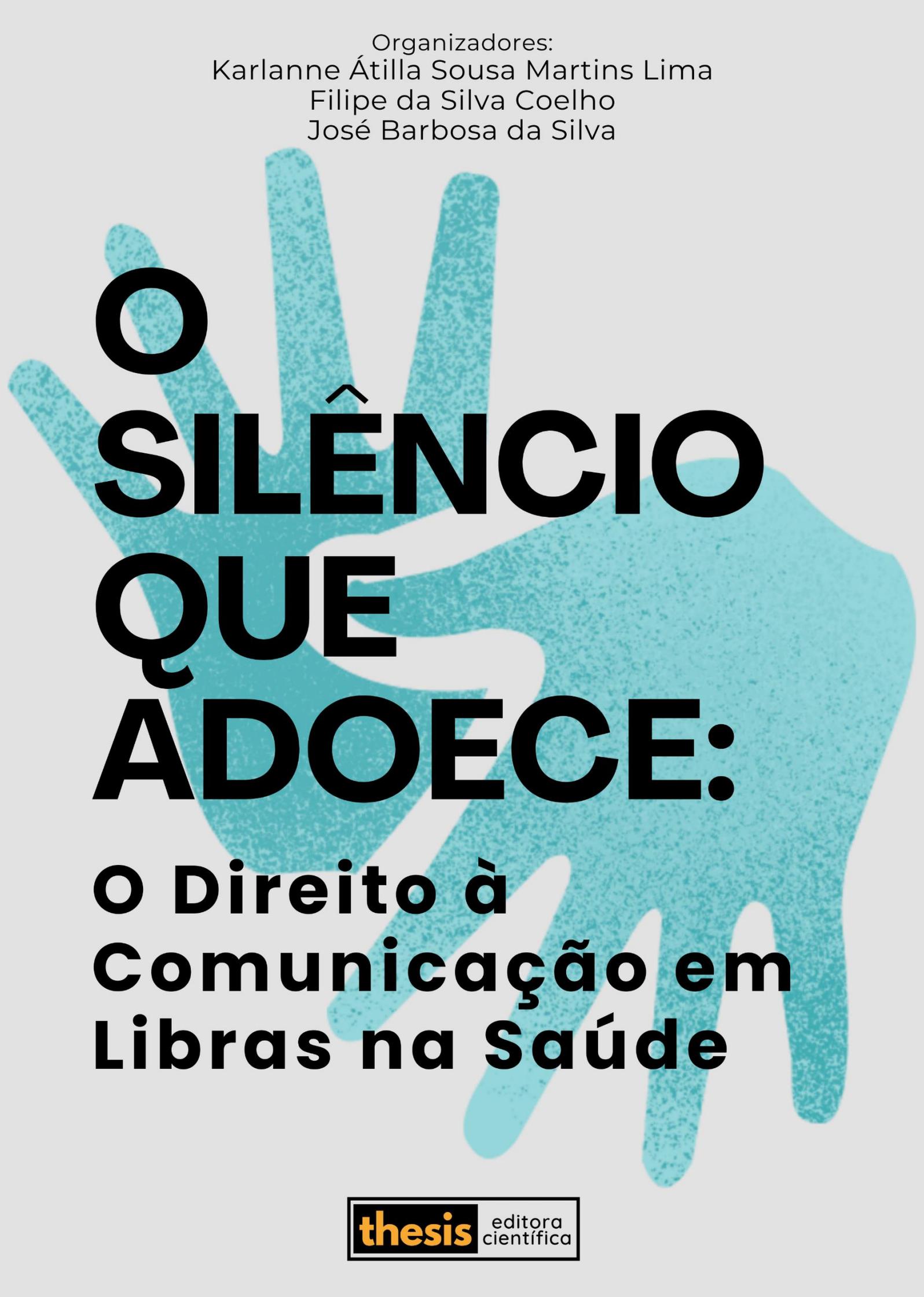


Organizadores:  
Karlanne Átilla Sousa Martins Lima  
Filipe da Silva Coelho  
José Barbosa da Silva



# O SILÊNCIO QUE ADOECE:

**o Direito à  
Comunicação em  
Libras na Saúde**



**2025 - Thesis Editora Científica**

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores



*Licença Creative Commons*

***O SILÊNCIO QUE ADOECE: O Direito à Comunicação em Libras na Saúde*** da Thesis Editora Científica está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Thesis Editora Científica. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

**ISBN: 978-65-83199-30-0**

Thesis Editora Científica  
Teresina – PI – Brasil  
[contato@thesiseditora.com.br](mailto:contato@thesiseditora.com.br)  
[www.thesiseditora.com.br](http://www.thesiseditora.com.br)



## **O SILÊNCIO QUE ADOECE: O Direito À Comunicação Em Libras Na Saúde**

### **Organizadores:**

#### **Karlanne Átilla Sousa Martins Lima**

Possui formação multidisciplinar nas áreas de educação e saúde. É Doutoranda em Gestão em Saúde, aprofundando seus conhecimentos sobre as políticas, a organização e a gestão dos sistemas e serviços de saúde, graduada em Pedagogia e graduanda em Enfermagem. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, com ênfase em Atendimento Psicopedagógico Acadêmico Superior, e em Neuropsicopedagogia Clínica e Institucional. Possui formação em Psicanálise, Neuropsicanálise e Neurociências, .

Atua como CEO do Centro Especializado em Aprendizagem (CEA), onde lidera uma equipe multidisciplinar e desenvolve soluções inovadoras para a educação, com foco na otimização da aprendizagem e no desenvolvimento de habilidades cognitivas e socioemocionais.

Também é CEO do Suplementos CEA, empresa dedicada à pesquisa e desenvolvimento de suplementos alimentares que promovem a saúde cognitiva e emocional, sendo a criadora dos produtos Tranquiliz, Cognifocus e Cognatural.

Tem experiência na coordenação de serviços de apoio psicopedagógico em instituições de ensino superior, atuado como Coordenadora do Núcleo de Atendimento aos Docentes e Discentes (NADD) e do Serviço de Apoio Psicopedagógico (SAPE) na Faculdade Santa Luzia. Também atua como psicopedagoga na Faculdade Santa Luzia, prestando atendimento a estudantes e desenvolvendo projetos de intervenção psicopedagógica.

Acumula experiência como professora universitária, tendo ministrado aulas no curso de graduação em Pedagogia da Faculdade CESTE, e Pós Graduação em Psicopedagogia Clínica e Institucional na Faculdade FAEPI.

Atua, ainda, como neuropsicopedagoga clínica na Clínica Espaço Evolução, oferecendo atendimento a crianças, adolescentes e adultos com dificuldades de aprendizagem e transtornos do neurodesenvolvimento.

Em sua trajetória profissional, também coordenou o programa federal Criança Feliz (PCF), demonstrando seu compromisso com políticas públicas voltadas para o desenvolvimento infantil.

Escritora e palestrante, compartilha seus conhecimentos e experiências em eventos e publicações, buscando disseminar informações relevantes sobre educação, saúde, desenvolvimento humano e gestão.

Desenvolve pesquisas na interface entre educação, saúde e gestão, com interesse em temas como: judicialização da saúde, políticas públicas de saúde, gestão de serviços de saúde, dificuldades de aprendizagem, neurodesenvolvimento, psicopedagogia e neuropsicopedagogia.

### **Filipe da Silva Coelho**

Possui formação técnica e profissional em Edificações pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA). Bacharel em Direito pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

Licenciado em História pelo Programa de Formação Pedagógica da Faculdade Única de Ipatinga/MG (FUNIP). Possui especializações em Direito Civil; Direito Trabalhista e Ciência Política pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI).

Especialista em Direitos Humanos e Ressocialização pela Faculdade Única de Ipatinga/MG (FUNIP), possuindo pela mesma instituição o título de MBA Executivo em Gestão Pública. Especialista em Antropologia Cultural e Social pela Faculdade Focus (FOCUS). Pós-graduando no curso de Especialização em Direito Médico e da Saúde pela Faculdade Legale Educacional (FALEG). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação da World University Ecumenical (WUE).

Foi Estagiário (2018-2020); Assessor Jurídico (2020-2022) e Residente Jurídico de Pós-Graduação (2022) da Defensoria Pública do Estado do Maranhão - Núcleo Santa Inês.

Advogado devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/MA n. 25180), Seccional do Estado do Maranhão, atuando em demandas cíveis, trabalhistas, consumeristas e empresariais. Coordenador, Membro do Núcleo Docente Estruturante e

do Conselho de Graduação do Curso de Direito Bacharelado da Faculdade Santa Luzia (FSL).

Professor Universitário na Faculdade Santa Luzia (FSL) no Curso de Direito Bacharelado, ministrando as disciplinas atinentes aos ramos do Direito Civil; Direito Constitucional; Direito do Trabalho; Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável; Direito Agrário e do Agronegócio e Ciência Política e Teoria Geral do Estado. Membro da Comissão de Direito das Famílias (Portaria n. 47/2024) e Presidente da Comissão de Direitos Humanos (Portaria n. 14/2025) da Subseção Santa Inês da OAB/MA.

Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Paralelamente, é professor do curso RACE Preparatório, direcionado a bacharéis e acadêmicos de Direito que almejam aprovação no Exame da Ordem dos Advogados do Brasil. Tem interesse e desenvolve pesquisas no campo do Direito e da Educação, no contexto brasileiro e da América Latina, realizando interseções multidisciplinares entre as temáticas concernentes as Relações Raciais e de Gênero, Fluxos Migratórios e Deslocamentos Forçados, Cultura, Desenvolvimento Sustentável, Políticas Públicas e Direitos Fundamentais.

### **José Barbosa da Silva**

É um educador cuja trajetória é definida pela confluência de saberes e por uma dedicação apaixonada à construção de pontes através da linguagem e da pedagogia. Sua jornada acadêmica, multifacetada e em constante evolução, reflete um profundo compromisso com o desenvolvimento humano e a inclusão.

Com uma base sólida em **Letras** pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), aprofundou seus conhecimentos nas esferas da **Gestão e Supervisão Escolar** e da **Psicopedagogia** pela FAEPI, demonstrando uma compreensão sistêmica do ambiente educacional, que vai da estrutura da linguagem à arquitetura da aprendizagem e da gestão. Sua especialização em **Língua Brasileira de Sinais (Libras)** pela Faculdade do Aço não foi apenas um acréscimo curricular, mas a consolidação de sua vocação como agente de inclusão, um marco que definiria o caráter inovador de sua atuação profissional. Atualmente, como **Mestrando** pela Must University, continua sua busca incessante pelo aprimoramento e pela produção de conhecimento relevante.

Sua carreira é um testemunho de seu impacto transformador. Na Faculdade Santa Luzia, desempenha um papel de suma importância que transcende a sala de aula.

Como **Secretário do curso de Enfermagem Bacharelado**, atua no coração administrativo e estratégico de um dos cursos mais vitais para a sociedade, garantindo a fluidez e a excelência dos processos que formam os futuros cuidadores. Simultaneamente, como **Docente de Ensino Superior** da disciplina de Libras, sua atuação é revolucionária. Ele não apenas ensina uma língua; ele abre um universo de percepção para os futuros enfermeiros, sensibilizando-os para a necessidade de um cuidado que "escuta com os olhos". Sua metodologia inovadora tem sido fundamental para formar profissionais de saúde mais humanos, conscientes e preparados para atender a comunidade surda com a dignidade e a eficácia que ela merece.

Paralelamente, sua dedicação à educação de base se manifesta em seu trabalho como **Professor** na Prefeitura Municipal de Pindaré-Mirim, onde semeia o conhecimento e inspira jovens mentes, reforçando seu compromisso com a educação em todos os níveis.

José Barbosa da Silva é, em essência, um arquiteto de diálogos. Seja na gestão acadêmica, na docência superior ou na educação básica, seu trabalho é um fio condutor que conecta pessoas, derruba barreiras e promove uma educação que é, ao mesmo tempo, tecnicamente rigorosa e profundamente humana. Esta obra é um reflexo natural de sua jornada: um chamado à ação que nasce da sala de aula, ecoa nos corredores da gestão e busca transformar a sociedade.

## **Conselho Editorial**

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira – [lattes.cnpq.br/9585477678289843](http://lattes.cnpq.br/9585477678289843)  
Adilson Tadeu Basquerote Silva – [lattes.cnpq.br/8318350738705473](http://lattes.cnpq.br/8318350738705473)  
Andréia Barcellos Teixeira Macedo – [lattes.cnpq.br/1637177044438320](http://lattes.cnpq.br/1637177044438320)  
Eliana Napoleão Cozendey da Silva – [lattes.cnpq.br/2784584976313535](http://lattes.cnpq.br/2784584976313535)  
Rodolfo Ritchelle Lima dos Santos – [lattes.cnpq.br/8295495634814963](http://lattes.cnpq.br/8295495634814963)  
Luís Carlos Ribeiro Alves – [lattes.cnpq.br/9634019972654177](http://lattes.cnpq.br/9634019972654177)  
João Vitor Andrade – [lattes.cnpq.br/1079560019523176](http://lattes.cnpq.br/1079560019523176)  
Bruna Aparecida Lisboa – [lattes.cnpq.br/1321523568431354](http://lattes.cnpq.br/1321523568431354)  
Júlio César Coelho do Nascimento – [lattes.cnpq.br/7514376995749628](http://lattes.cnpq.br/7514376995749628)  
Ana Paula Cordeiro Chaves – [lattes.cnpq.br/4006977507638703](http://lattes.cnpq.br/4006977507638703)  
Stanley Keynes Duarte dos Santos – [lattes.cnpq.br/3992636884325637](http://lattes.cnpq.br/3992636884325637)  
Brena Silva dos Santos – [lattes.cnpq.br/8427724475551636](http://lattes.cnpq.br/8427724475551636)  
Jessica da Silva Campos – [lattes.cnpq.br/7849599391816074](http://lattes.cnpq.br/7849599391816074)  
Milena Cordeiro de Freitas – [lattes.cnpq.br/5913862860839738](http://lattes.cnpq.br/5913862860839738)  
Thiago Alves Xavier dos Santos – [lattes.cnpq.br/4830258002967482](http://lattes.cnpq.br/4830258002967482)  
Clarice Bezerra – [lattes.cnpq.br/8568045874935183](http://lattes.cnpq.br/8568045874935183)  
Bianca Thaís Silva do Nascimento – [lattes.cnpq.br/4437575769985694](http://lattes.cnpq.br/4437575769985694)  
Ana Claudia Rodrigues da Silva – [lattes.cnpq.br/6594386344012975](http://lattes.cnpq.br/6594386344012975)  
Francisco Ronner Andrade da Silva – [lattes.cnpq.br/5014107373013731](http://lattes.cnpq.br/5014107373013731)  
Maria Isabel de Vasconcelos Mavignier Neta – [lattes.cnpq.br/8440258181190366](http://lattes.cnpq.br/8440258181190366)  
Anita de Souza Silva – [lattes.cnpq.br/9954744050650291](http://lattes.cnpq.br/9954744050650291)  
Sara Milena Gois Santos – [lattes.cnpq.br/6669488863792604](http://lattes.cnpq.br/6669488863792604)  
Leônidas Luiz Rubiano de Assunção – [lattes.cnpq.br/4636315219294766](http://lattes.cnpq.br/4636315219294766)  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – [lattes.cnpq.br/8839359674024233](http://lattes.cnpq.br/8839359674024233)  
Noeme Madeira Moura Fé Soares – [lattes.cnpq.br/7107491370408847](http://lattes.cnpq.br/7107491370408847)  
Luciene Rodrigues Barbosa – [lattes.cnpq.br/2146096901386355](http://lattes.cnpq.br/2146096901386355)  
Mário César de Oliveira – [lattes.cnpq.br/8924508898024445](http://lattes.cnpq.br/8924508898024445)  
Antonio da Costa Cardoso Neto – [lattes.cnpq.br/9036328153320126](http://lattes.cnpq.br/9036328153320126)

**2025 - Thesis Editora Científica**

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

O Silêncio que adoece [livro eletrônico] : o direito à comunicação em Libras na saúde / organizadores Karlanne Átilla Sousa Martins Lima, Filipe da Silva Coelho, José Barbosa da Silva. -- Teresina, PI : Thesis Editora Científica, 2025.

PDF

Vários autores.

ISBN 978-65-83199-30-0

1. Direito à comunicação 2. Inclusão social 3. Língua Brasileira de Sinais 4. Pessoas com deficiência auditiva - Direitos 5. Profissionais da saúde - Formação 6. Saúde I. Lima, Karlanne Átilla Sousa Martins. II. Coelho, Filipe da Silva. III. Silva, José Barbosa da.

25-301469.0

CDD-362.4

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Pessoas com deficiência : Direitos sociais :

Políticas públicas : Bem-estar social 362.4

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Thesis Editora Científica  
Teresina – PI – Brasil  
contato@thesiseditora.com.br  
www.thesiseditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

### Prezados(as) leitores(as),

Nas encruzilhadas onde o Direito e a Saúde se encontram, reside a promessa fundamental de um Estado moderno: a garantia da vida e da dignidade. No entanto, para milhões de cidadãos brasileiros surdos, essa promessa é frequentemente silenciada por uma barreira invisível, porém intransponível — a barreira da comunicação. O livro que o leitor tem em mãos é um mergulho profundo neste silêncio. Não o silêncio da ausência de som, mas o silêncio ruidoso da incompreensão, da negligência e de um direito que, embora gravado em lei, se perde nos corredores de hospitais e consultórios.

**O SILÊNCIO QUE ADOECE: O Direito À Comunicação Em Libras Na Saúde** não é apenas uma obra jurídica ou um manual para profissionais de saúde. É uma investigação sistemática e uma denúncia contundente de uma crise humanitária velada. Ao longo de seus capítulos, esta obra se propõe a desconstruir a perigosa normalização de um sistema de saúde que, em grande parte, permanece monolíngue e excludente, e a demonstrar, com base em um rigoroso arcabouço legal, acadêmico e em relatos da experiência vivida, como essa exclusão se traduz em risco clínico, em sofrimento psíquico e em uma violação contínua de direitos humanos fundamentais.

Partimos de uma análise detalhada da legislação brasileira — da Constituição Federal ao Estatuto da Pessoa com Deficiência —, que revela um paradoxo alarmante: possuímos um dos mais avançados conjuntos de leis de inclusão do mundo, mas falhamos em sua aplicação mais básica. Em seguida, damos rosto e voz a essa falha, explorando as consequências devastadoras da barreira comunicacional em cada etapa do cuidado: a anamnese que se torna um jogo de adivinhação, o diagnóstico que se perde na tradução, o consentimento que se resume a uma assinatura em um papel incompreendido, e o tratamento cujo fracasso é programado pela falta de orientação.

Analisamos o impacto dessa realidade em populações de extrema vulnerabilidade, como crianças, cujo desenvolvimento pode ser irremediavelmente afetado, e pacientes em situações de urgência e emergência, onde a comunicação é a linha tênue entre a vida e a morte. Aprofundamos, ainda, a discussão sobre a responsabilidade civil e penal de instituições e profissionais, e sobre o papel do Poder Judiciário como o último refúgio para a garantia de um direito negado.

Contudo, esta obra não se limita à denúncia. Em sua parte final, ela se volta para a construção de pontes, apresentando um roteiro de soluções práticas e exigíveis. Discutimos o papel crucial do intérprete de Libras como um agente de saúde, a necessidade imperativa de reformar a formação dos profissionais e a importância estratégica da tecnologia e de uma gestão hospitalar comprometida com uma cultura de inclusão.

Este livro é, portanto, um convite à reflexão e um chamado à ação. É direcionado a gestores públicos, para que transformem a lei em política pública eficaz; a profissionais de saúde, para que redescubram a comunicação como o cerne de sua prática; a juristas, para que instrumentalizem o Direito como ferramenta de transformação social; e a cada cidadão, para que compreenda a dimensão de uma injustiça que não pode mais ser tolerada.

Que a leitura das páginas a seguir sirva para perturbar, informar e, acima de tudo, inspirar a construção de um cuidado em saúde que finalmente aprenda a escutar com os olhos, reconhecendo em cada par de mãos que se expressam em Libras a voz plena de um cidadão que clama pelo seu mais fundamental direito: o direito a uma vida com saúde e dignidade.

Esperamos que esta obra possa contribuir para a qualificação do debate sobre a judicialização da saúde no Brasil, para a formação e a atualização de profissionais de saúde e do direito, e, principalmente, para a garantia do acesso universal, integral e equânime à saúde para todos os brasileiros.

Convidamos você a mergulhar neste rico conteúdo e a utilizar os conhecimentos aqui apresentados para construir um sistema de saúde mais justo, humano e eficiente.

**Boa leitura!**

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| O SILÊNCIO QUE ADOECE: O Direito À Comunicação Em Libras Na Saúde .....   | 13 |
| PARTE I - O Direito Ignorado (Fundamentos e Legislação).....  | 14 |
| CAPÍTULO 1: O SOM DO SILÊNCIO: INTRODUÇÃO AO UNIVERSO DA CULTURA SURDA, A LIBRAS COMO LÍNGUA E PILAR DE IDENTIDADE, E A APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA CENTRAL DO LIVRO .....   | 15 |
| CAPÍTULO 2: A CONQUISTA DO DIREITO À VOZ: HISTÓRICO DA LUTA DA COMUNIDADE SURDA NO BRASIL E O MARCO DA LEI DE LIBRAS (LEI Nº 10.436/2002).....  | 21 |
| CAPÍTULO 3: A LEI NO PAPEL: ANÁLISE DETALHADA DO DECRETO Nº 5.626/2005 E DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, COM FOCO NAS OBRIGAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE .....   | 27 |
| CAPÍTULO 4: SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL: DISCUSSÃO SOBRE O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E EQUIDADE DO SUS E COMO A BARREIRA LINGÜÍSTICA O VIOLA.....  | 32 |
| PARTE II - A Realidade que Adoece (As Barreiras e Suas Consequências) .....   | 41 |
| CAPÍTULO 5: "O DOUTOR NÃO ME ENTENDE": RELATOS E ESTUDOS DE CASO SOBRE AS FALHAS DE COMUNICAÇÃO NA ANAMNESE, DIAGNÓSTICO E CONSENTIMENTO INFORMADO.....   | 42 |
| CAPÍTULO 6: O DIAGNÓSTICO PERDIDO NA TRADUÇÃO: ANÁLISE DE COMO A COMUNICAÇÃO INEFICAZ PODE LEVAR A ERROS MÉDICOS, TRATAMENTOS INADEQUADOS E AGRAVAMENTO DE QUADROS CLÍNICOS .....                                     | 47 |
| CAPÍTULO 7: A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL: DISCUSSÃO JURÍDICA SOBRE A RESPONSABILIDADE DE HOSPITAIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR NEGLIGÊNCIA, IMPRUDÊNCIA OU IMPERÍCIA DECORRENTE DA BARREIRA DE COMUNICAÇÃO ..... | 52 |
| CAPÍTULO 8: SAÚDE MENTAL E O ISOLAMENTO: ABORDAGEM SOBRE O IMPACTO PSICOLÓGICO DA EXCLUSÃO NA SAÚDE, COMO ANSIEDADE E DEPRESSÃO, E A DIFICULDADE DE ACESSO A TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS PARA SURDOS .....              | 57 |
| CAPÍTULO 9: A CRIANÇA SURDA E A PEDIATRIA: OS DESAFIOS ESPECÍFICOS NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO, A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM OS PAIS E O DIREITO DA CRIANÇA DE SE EXPRESSAR.....                                    | 62 |

|  |     |
|--|-----|
| CAPÍTULO 10: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA LUTA CONTRA O TEMPO E O SILÊNCIO.....  | 68  |
| Parte III - Construindo Pontes (Soluções e Caminhos).....  | 73  |
| CAPÍTULO 11: O INTÉRPRETE DE LIBRAS: UM AGENTE DE SAÚDE: A IMPORTÂNCIA E O PAPEL DO INTÉRPRETE NO AMBIENTE HOSPITALAR, OS DESAFIOS DA PROFISSÃO E A NECESSIDADE DE SUA PRESENÇA CONSTANTE .....              | 74  |
| CAPÍTULO 12: FORMAR PARA INCLUIR: A NECESSIDADE DE INCLUIR A LIBRAS COMO DISCIPLINA OBRIGATÓRIA NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE E A CAPACITAÇÃO CONTÍNUA DOS PROFISSIONAIS .....                                 | 89  |
| CAPÍTULO 13: TECNOLOGIA COMO ALIADA: O USO DE CENTRAIS DE INTERPRETAÇÃO POR VÍDEO, APLICATIVOS E OUTRAS TECNOLOGIAS ASSISTIVAS PARA SUPERAR A BARREIRA DA DISTÂNCIA E DA FALTA DE PROFISSIONAIS .....        | 94  |
| CAPÍTULO 14: GESTÃO HOSPITALAR E ACESSIBILIDADE: UM GUIA PRÁTICO PARA GESTORES SOBRE COMO IMPLEMENTAR UM ATENDIMENTO ACESSÍVEL, DESDE A RECEPÇÃO ATÉ A ALTA HOSPITALAR.....                                  | 99  |
| CAPÍTULO 15: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ANÁLISE DE CASOS QUE CHEGARAM À JUSTIÇA, AS DECISÕES E O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS PACIENTES SURDOS .....                                   | 109 |
| CAPÍTULO 16: CONCLUSÃO - POR UM ATENDIMENTO QUE ESCUTA COM OS OLHOS: REFLEXÃO FINAL SOBRE A URGÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO E DA INCLUSÃO, E UM CHAMADO À AÇÃO PARA A SOCIEDADE, PROFISSIONAIS E PODER PÚBLICO ..... | 114 |
| REFERÊNCIAS .....  | 123 |
| AGRADECIMENTOS.....  | 126 |

# **O SILÊNCIO QUE ADOECE:**

## **O Direito À Comunicação Em Libras Na Saúde**

# **PARTE I**

## **O Direito Ignorado (Fundamentos e Legislação)**

# CAPÍTULO 1: O SOM DO SILÊNCIO: INTRODUÇÃO AO UNIVERSO DA CULTURA SURDA, A LIBRAS COMO LÍNGUA E PILAR DE IDENTIDADE, E A APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA CENTRAL DO LIVRO

## **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Elisângela Macedo Valentim<sup>4</sup>

## **Co-autores**

Zeimara Alves Chaves<sup>5</sup>  
Rayssa Rodrigues Silva<sup>6</sup>  
Gabriely Sousa Silva<sup>7</sup>  
Claudice Vieira Cutrim<sup>8</sup>  
Valdenice Da Conceição<sup>9</sup>  
Geandson Kerlly Cutrim Froz<sup>10</sup>  
Domingos Sombreira Da Silva<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Estudos Jurídicos, Ênfase no direito internacional-Must University

<sup>5</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A dignidade da pessoa humana, postulado fundamental da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), e o direito universal à saúde, consagrado como dever do Estado (BRASIL, 1990), constituem os pilares sobre os quais se edifica o pacto social brasileiro. Contudo, para uma parcela significativa da população, o exercício pleno desses direitos é obstruído por uma barreira invisível, porém intransponível: a barreira da comunicação. Este livro se debruça sobre o universo da comunidade surda brasileira e a sua contínua luta pelo reconhecimento de um direito basilar no contexto da saúde —

o direito de se comunicar em sua própria língua, a Língua Brasileira de Sinais (Libras). A problemática central que se desdobra nas páginas seguintes reside em um paradoxo alarmante: a existência de um arcabouço jurídico progressista, que reconhece a Libras (BRASIL, 2002) e determina a acessibilidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2015), em flagrante contraste com uma realidade assistencial marcada pela exclusão, pelo risco e pelo silenciamento. O "som do silêncio" que intitula este capítulo não se refere à ausência de som no sentido audiológico, mas ao ruído ensurdecedor da incompreensão, da negligência comunicacional e da violação sistemática de direitos que adocece e vulnerabiliza sujeitos cuja identidade e cultura se manifestam por meio de uma modalidade linguística viso-espacial. Propõe-se, portanto, uma análise crítica que transita da legitimação da cultura surda e da Libras como sistema linguístico complexo à exposição da fratura existente entre a norma jurídica e a práxis nos serviços de saúde, um espaço onde a comunicação eficaz não é um acessório, mas a própria essência do cuidado.

### 1.1 A Surdez Sob a Ótica Sociocultural: Para Além do Modelo Clínico-Terapêutico

Historicamente, a surdez foi enquadrada predominantemente sob um viés clínico-patológico, uma perspectiva que a define pela ausência, pela deficiência auditiva e pela necessidade de correção ou normalização em relação a um padrão ouvinte. Essa abordagem, embora relevante no campo da medicina, mostra-se redutora e inadequada para compreender a complexidade da experiência surda. A superação desse modelo limitador passa, necessariamente, pela adoção de uma perspectiva sociocultural, que desloca o foco da "falta" da audição para a "presença" de uma cultura e de uma língua distintas. Conforme aponta Skliar (1998), é imperativo operar uma mudança epistemológica, deixando de ver o surdo como um "deficiente auditivo" para reconhecê-lo como um sujeito surdo, membro de uma comunidade com identidade, história e produção cultural próprias.

Nessa concepção, a surdez não é uma patologia a ser curada, mas uma diferença a ser reconhecida e respeitada. A identidade surda é construída social e historicamente, não a partir da experiência da não audição, mas sim a partir do pertencimento a uma comunidade linguística minoritária. É a partilha da Língua Brasileira de Sinais que funciona como o principal aglutinador dessa comunidade, permitindo a transmissão de

valores, conhecimentos e tradições que constituem a cultura surda. Gesser (2009) adverte contra os preconceitos que orbitam a realidade surda, muitos dos quais derivam justamente da insistência em um paradigma clínico que patologiza a diferença. A autora argumenta que a visão da surdez como uma experiência visual e cultural, e não meramente auditiva, é fundamental para a construção de práticas sociais verdadeiramente inclusivas.

Essa mudança de paradigma tem implicações diretas e profundas no campo da saúde. Quando um profissional de saúde interage com um paciente surdo unicamente pela lente da deficiência, a comunicação tende a ser vista como um problema técnico a ser contornado, muitas vezes de forma improvisada e ineficaz, como por meio da escrita — que para muitos surdos é uma segunda língua — ou de gestos caseiros (WETTERICH, 2020). Tal abordagem ignora que o paciente à sua frente é um sujeito bilíngue e bicultural. Ao contrário, a adoção de uma perspectiva sociocultural permite ao profissional compreender que a comunicação eficaz não é apenas uma questão de acessibilidade, mas de respeito à identidade do sujeito. Reconhecer a cultura surda implica entender que a Libras não é um código ou um conjunto de mímicas, mas o idioma natural dessa comunidade, o veículo através do qual o paciente surdo expressa suas dores, compreende seu diagnóstico e consente, de forma livre e esclarecida, com seu tratamento. A falha em reconhecer essa dimensão cultural e linguística é, em si, uma forma de violência simbólica que precede e agrava a negligência assistencial.

### 1.2 Libras como Pilar de Identidade: A Legitimação de uma Língua

A Língua Brasileira de Sinais (Libras) é frequentemente mal compreendida pelo público leigo e, de forma preocupante, por profissionais de diversas áreas, incluindo a saúde. Persiste a crença equivocada de que as línguas de sinais são universais ou que se constituem como uma mera representação gestual das línguas orais-auditivas. Tais concepções são cientificamente infundadas e contribuem para a desvalorização da Libras e de seus usuários. A linguística moderna, através de estudos seminais, demonstrou de forma inequívoca que as línguas de sinais são línguas naturais, com estrutura gramatical própria, complexa e independente das línguas faladas em seus respectivos países. Conforme detalham Quadros e Karnopp (2004), a Libras possui todos os níveis de organização linguística: fonologia, morfologia, sintaxe e semântica. Sua "fonologia" opera por meio da combinação de parâmetros como a configuração das

mãos, o ponto de articulação, o movimento, a orientação da palma e as expressões faciais e corporais, que funcionam como unidades distintas de significado.

O reconhecimento da Libras como língua oficial da comunidade surda brasileira, por meio da Lei nº 10.436 de 2002, representou um marco histórico na luta por direitos desse grupo. Essa legislação não apenas conferiu status linguístico à Libras, mas também determinou que o poder público deve garantir formas de apoiar seu uso e difusão. O Decreto nº 5.626 de 2005, que regulamentou a referida lei, foi ainda mais específico, estabelecendo a Libras como disciplina curricular obrigatória em cursos de formação de professores e fonoaudiologia, e como optativa nos demais cursos de graduação. Mais importante para a presente discussão, o decreto determinou a obrigatoriedade de garantir o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de serviços públicos de saúde por profissionais capacitados para o uso da Libras ou para sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005, Art. 25).

Portanto, a Libras transcende a função de mero instrumento de comunicação. Para a comunidade surda, ela é o pilar central de sua identidade individual e coletiva. É por meio da Libras que o sujeito surdo se constitui, interage com seus pares, constrói conhecimento sobre o mundo e expressa as nuances de sua subjetividade (FELIPE; MONTEIRO, 2006). Negar a um indivíduo surdo o direito de se comunicar em sua língua materna, especialmente em um momento de vulnerabilidade como o atendimento de saúde, é negar-lhe a própria condição de sujeito de direitos. A comunicação, conforme destacam Oliveira, Celino e Costa (2021), é uma ferramenta essencial para a assistência à saúde. Sem ela, o ato de cuidar se torna unilateral, impositivo e perigoso. A legitimação jurídica da Libras, portanto, não foi um fim em si mesma, mas o ponto de partida para uma demanda social inadiável: a materialização desse direito em todos os espaços sociais, com especial urgência no Sistema Único de Saúde (SUS).

### 1.3 O Paradoxo Central: A Colisão entre o Direito à Saúde e a Barreira Comunicacional

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, conforme estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. O princípio da universalidade garante que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A integralidade pressupõe um atendimento completo, que abrange desde a prevenção até o tratamento, considerando o indivíduo em sua

totalidade. Já o princípio da equidade visa diminuir desigualdades, tratando desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades, ou seja, oferecendo mais a quem mais precisa. É precisamente na aplicação prática do princípio da equidade que o paradoxo se manifesta de forma mais contundente para a comunidade surda. Para que um paciente surdo tenha acesso à saúde em condições de igualdade com um paciente ouvinte, é indispensável que a barreira de comunicação seja removida.

Apesar do robusto arcabouço legal, que se estende da Constituição Federal ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), a realidade documentada em inúmeros estudos é de profunda inadequação. O Estatuto da Pessoa com Deficiência, por exemplo, é explícito ao assegurar o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência em processos de tratamento, e determina que devem ser fornecidos todos os recursos de acessibilidade necessários para tal (BRASIL, 2015). Contudo, a interação entre profissionais de saúde e pacientes surdos é frequentemente marcada pela ausência de intérpretes de Libras e pelo despreparo dos profissionais para uma comunicação minimamente eficaz (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

Estudos como o de Miranda et al. (2020) e Ferreira e Brayner (2021) demonstram empiricamente que a barreira comunicacional é o principal obstáculo enfrentado pelos surdos no acesso aos serviços de saúde. Essa barreira gera uma cascata de violações: impede uma anamnese precisa, compromete a fidedignidade do diagnóstico, dificulta a adesão ao tratamento por falta de compreensão das prescrições e, em última análise, coloca a vida do paciente em risco. A pesquisa de Silva et al. (2024) reforça que a ausência da Libras no atendimento do SUS fere diretamente o princípio da equidade, pois nega ao paciente surdo as ferramentas necessárias para que ele possa receber um cuidado de saúde em pé de igualdade. O direito à saúde, para a comunidade surda, torna-se um direito formal, mas não material. Existe no papel, mas é negado no balcão da recepção, no consultório médico e na sala de emergência.

Este livro se propõe a dissecar esse paradoxo. Investigará como a lacuna entre a previsão legal e a prática assistencial não é um mero detalhe administrativo, mas uma falha estrutural que perpetua a exclusão e produz adoecimento. Ao longo dos próximos capítulos, serão exploradas as consequências jurídicas, psicológicas e sociais dessa falha, a responsabilidade dos entes estatais e privados, e os caminhos possíveis para a construção de um sistema de saúde que, de fato, "escute" com os olhos e garanta que a

dignidade e a vida não se percam no silêncio da incompreensão. A jornada que se inicia agora é um convite à reflexão e à ação, para que o direito à saúde deixe de ser uma promessa distante e se torne uma realidade tangível para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição auditiva ou de sua língua materna.

**CAPÍTULO 2: A CONQUISTA DO DIREITO À VOZ: HISTÓRICO DA LUTA  
DA COMUNIDADE SURDA NO BRASIL E O MARCO DA LEI DE LIBRAS  
(LEI N° 10.436/2002)**

**Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Elisângela Macedo Valentim<sup>4</sup>

**Co-autores**

Claudice Vieira Cutrim<sup>5</sup>  
Valdenice Da Conceição<sup>6</sup>  
Geandson Kerlly Cutrim Froz<sup>7</sup>  
Domingos Sombreira Da Silva<sup>8</sup>  
Ellysvane Macedo Sousa<sup>9</sup>  
Ellen Amaral Da Silva<sup>10</sup>  
Emanuelly Rodrigues Maciel<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlanelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Estudos Jurídicos, Ênfase no direito internacional-Must University

<sup>5</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A conquista de direitos por qualquer grupo minoritário raramente é um ato de concessão; é, invariavelmente, o resultado de um longo e árduo processo de luta, resistência e reivindicação. Para a comunidade surda brasileira, a jornada pelo reconhecimento de sua língua e, conseqüentemente, de sua própria identidade, não foi diferente. A trajetória que culmina na sanção da Lei nº 10.436 em 2002 é uma narrativa de superação de paradigmas opressores, de organização política e de uma busca incessante por voz em uma sociedade estruturalmente ouvinte. Este capítulo se dedica a traçar um panorama histórico dessa luta, partindo de um passado marcado por filosofias

educacionais que visavam à normalização e ao silenciamento da língua de sinais, passando pelo despertar do associativismo e da militância surda, e culminando na análise da Lei de Libras como o marco jurídico fundamental que reconfigurou o status dos surdos no Brasil, de objetos de tutela a sujeitos de direito. Compreender esse percurso é essencial para dimensionar o peso e o significado da legislação e, ao mesmo tempo, para contextualizar as batalhas que ainda hoje são travadas, especialmente no campo da saúde, onde o "direito à voz" — ou, mais precisamente, o direito às mãos que falam — continua a ser um desafio cotidiano. A lei não foi o fim da luta, mas sim a legitimação da principal ferramenta para travá-la.

## 2.1 Do Oralismo à Comunicação Total: As Disputas Epistemológicas na Educação de Surdos

A história da educação de surdos no Brasil e no mundo é indissociável das correntes filosóficas que disputaram a hegemonia sobre o método "correto" de ensinar. Por mais de um século, a abordagem dominante foi o Oralismo, uma filosofia educacional que via a surdez como uma patologia a ser superada pela aquisição da língua oral e pela proibição expressa do uso de línguas de sinais. Essa corrente ganhou força global após o Congresso de Milão de 1880, um evento que, de forma controversa e com pouca representatividade de educadores surdos, deliberou pela superioridade do método oral puro. A premissa central do oralismo era a de que a integração do surdo na sociedade dependia de sua capacidade de falar e ler os lábios, considerando as línguas de sinais como um obstáculo a esse processo e um fator de isolamento. No Brasil, essa filosofia se refletiu em práticas pedagógicas que submetiam crianças surdas a exaustivos treinamentos de fala, muitas vezes com métodos coercitivos, enquanto suas mãos, seu canal natural de expressão, eram imobilizadas e sua língua, silenciada.

Essa abordagem, embora intencionada a "integrar", produziu resultados amplamente questionados e, para muitos, devastadores. O fracasso em oralizar a maioria dos surdos profundos e a supressão de sua língua natural resultaram em um significativo prejuízo cognitivo e acadêmico, além de um profundo sofrimento psicossocial. Conforme aponta Skliar (1998), o oralismo impôs uma identidade "negativa" ao surdo, definida por aquilo que ele não era (ouvinte) e não pelo que ele era (um sujeito com

uma língua e cultura próprias). A resistência a essa opressão linguística, contudo, nunca cessou. Mesmo sob proibição, a língua de sinais sobrevivia nos espaços informais, nos pátios das escolas e nos encontros entre surdos, provando ser um elemento resiliente e intrínseco à sua comunidade.

A partir da década de 1970, o paradigma oralista começou a ser seriamente contestado pelo surgimento da filosofia da Comunicação Total. Essa abordagem, em um primeiro momento, pareceu um avanço, pois propunha o uso de todos os recursos disponíveis para a comunicação com o surdo: língua de sinais, fala, leitura orofacial, escrita, entre outros. A intenção era não mais proibir, mas somar recursos. No entanto, a Comunicação Total também foi alvo de críticas por parte da comunidade surda e de linguistas. Uma das principais críticas era que, na prática, ela frequentemente resultava no que se conhece como "português sinalizado" ou bimodalismo, que consiste em falar e sinalizar simultaneamente, utilizando a estrutura gramatical da língua portuguesa com o léxico da Libras. Conforme demonstram os estudos linguísticos de Quadros e Karnopp (2004), essa prática não constitui nem português nem Libras, mas um híbrido que desrespeita a estrutura viso-espacial da língua de sinais, prejudicando a comunicação em vez de facilitá-la. Embora a Comunicação Total tenha representado um passo importante ao reintroduzir os sinais no ambiente educacional, ela ainda partia de uma perspectiva que via a língua oral como central. A verdadeira revolução viria com a defesa do Bilinguismo, uma abordagem que reconhece a Libras como a primeira língua (L1) da criança surda — a língua de instrução e de construção do conhecimento — e a Língua Portuguesa, na modalidade escrita, como uma segunda língua (L2). Foi a ascensão da filosofia bilíngue, impulsionada pela própria comunidade surda, que pavimentou o caminho para a luta política pelo reconhecimento oficial da Libras.

## 2.2 O Despertar da Militância Surda e a Luta por Reconhecimento

A transição de uma visão clínica para uma sociocultural da surdez não ocorreu apenas no campo teórico; ela foi impulsionada por um crescente movimento de organização e militância da própria comunidade surda. A fundação de associações de surdos em todo o Brasil, a partir de meados do século XX, foi um passo fundamental para a criação de espaços de pertencimento, troca e, crucialmente, de articulação

política. Nesses locais, os surdos puderam fortalecer sua identidade coletiva, desenvolver sua língua e cultura longe da pressão normalizadora das instituições ouvintes e começar a formular uma agenda de reivindicações de direitos. O lema "Nada sobre nós, sem nós" tornou-se um grito de guerra global das pessoas com deficiência, e a comunidade surda o abraçou com vigor, exigindo ser protagonista nas decisões que afetavam suas vidas.

A década de 1980 e, especialmente, o processo de redemocratização do Brasil e a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, representaram uma janela de oportunidade histórica. Movimentos sociais de todo o país se mobilizaram para inscrever suas demandas na nova Constituição Federal, e a comunidade surda não foi exceção. Embora a Constituição de 1988 não tenha mencionado explicitamente a Libras, ela estabeleceu princípios fundamentais que seriam a base para futuras conquistas, como a dignidade da pessoa humana, a cidadania, a igualdade e a proibição de quaisquer formas de discriminação (BRASIL, 1988). Mais diretamente, a Constituição garantiu direitos específicos às pessoas com deficiência, prevendo a criação de mecanismos para sua integração social.

A partir desse novo cenário democrático, a luta pelo reconhecimento da Libras ganhou força e contornos mais definidos. A Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos (FENEIS), juntamente com inúmeras associações locais, liderou um intenso trabalho de lobby político, conscientização social e mobilização popular. Foram realizadas passeatas, audiências públicas e manifestações que levaram a pauta surda para a esfera pública. A estratégia era clara: era preciso convencer a sociedade e o poder legislativo de que a Libras não era um conjunto de gestos, mas uma língua completa, e que seu reconhecimento oficial era uma questão de cidadania e direitos humanos. Essa luta não era apenas pela língua, mas pelo direito de existir como uma minoria linguística e cultural dentro da nação brasileira. A demanda não era por privilégios, mas pelo cumprimento do princípio da igualdade, que, para os surdos, passava necessariamente pelo reconhecimento de sua principal forma de comunicação e expressão. Foi essa pressão contínua e organizada que, após anos de tramitação de projetos de lei e de incansável articulação política, levou à histórica aprovação da Lei nº 10.436.

### 2.3 O Marco da Lei nº 10.436/2002: Da Legitimação à Exigibilidade do Direito

A sanção da Lei nº 10.436, em 24 de abril de 2002, representa o mais importante divisor de águas na história da comunidade surda brasileira. Em seu primeiro artigo, a lei é direta e revolucionária: "É reconhecida como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais - Libras e outros recursos de expressão a ela associados" (BRASIL, 2002). Este reconhecimento formal pelo Estado brasileiro teve um impacto simbólico e prático imensurável. Simbolicamente, a lei validou décadas de luta e resistência, conferindo status de língua a uma forma de comunicação historicamente marginalizada e reprimida. Ela efetivamente deslocou a Libras da esfera do "alternativo" ou do "terapêutico" para o campo dos direitos linguísticos.

Na prática, a lei abriu o caminho para a exigibilidade de direitos. O Artigo 2º determina que deve ser garantido, por parte do poder público em geral e das empresas concessionárias de serviços públicos, formas institucionalizadas de apoiar o uso e a difusão da Libras como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil. Este dispositivo é a semente de toda a política de acessibilidade em Libras que se seguiria. A lei, embora concisa, estabeleceu a premissa fundamental: se a Libras é um meio legal de comunicação, o Estado tem o dever de garantir que os cidadãos surdos possam utilizá-la para acessar serviços públicos essenciais, incluindo a saúde. A Lei de Libras, portanto, transformou uma aspiração comunitária em uma obrigação estatal.

O alcance da Lei nº 10.436 foi ampliado e detalhado pelo Decreto nº 5.626/2005, que a regulamentou. Este decreto foi um passo adiante, pois especificou as obrigações do Estado em diversas áreas, como educação, formação profissional e, de forma crucial para este estudo, na saúde. O decreto não deixou margem para ambiguidades ao determinar a necessidade de profissionais capacitados para o atendimento em Libras na rede do SUS. Posteriormente, a Lei nº 12.319/2010, que regulamentou a profissão de Tradutor e Intérprete de Libras, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) vieram a compor um ecossistema jurídico robusto, que confere ao cidadão surdo o direito inequívoco a um atendimento acessível em sua língua.

Portanto, a Lei de Libras não foi um ponto de chegada, mas um portal. Ela não resolveu todos os problemas, mas forneceu à comunidade surda a ferramenta jurídica mais poderosa para lutar por suas pautas. A partir de 2002, a ausência de um intérprete de Libras em uma repartição pública ou em um hospital deixou de ser apenas uma "dificuldade" ou uma "falha" para se tornar, objetivamente, o descumprimento de uma lei federal. A conquista do "direito à voz" foi, na verdade, a conquista do direito de ter suas mãos reconhecidas como uma voz legítima, digna de ser ouvida e compreendida em todas as esferas da vida social, um direito pelo qual a comunidade surda continua a lutar diariamente, especialmente nos corredores silenciosos dos serviços de saúde.

### **CAPÍTULO 3: A LEI NO PAPEL: ANÁLISE DETALHADA DO DECRETO Nº 5.626/2005 E DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, COM FOCO NAS OBRIGAÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE**

#### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Elisângela Macedo Valentim<sup>4</sup>

#### **Co-autores**

Domingos Sombreira Da Silva<sup>5</sup>  
Ellysvane Macedo Sousa<sup>6</sup>  
Ellen Amaral Da Silva<sup>7</sup>  
Emanuelly Rodrigues Maciel<sup>8</sup>  
Raiane Rodrigues Monteiro<sup>9</sup>  
Miguel Sousa Silva<sup>10</sup>  
Cosme Alberto Teixeira Santos<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Estudos Jurídicos, Ênfase no direito internacional-Must University

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A promulgação da Lei nº 10.436/2002 foi o ato inaugural que inseriu a Língua Brasileira de Sinais no ordenamento jurídico nacional, conferindo-lhe um status de legitimidade há muito reivindicado. Contudo, a efetiva materialização de um direito raramente se esgota na lei que o institui. São os instrumentos regulamentadores e as legislações subsequentes que detalham as obrigações do Estado, transformando princípios abstratos em deveres concretos e exigíveis. Neste capítulo, a análise se aprofunda no "direito no papel", dissecando dois dos mais importantes pilares que sustentam a exigibilidade do atendimento acessível em saúde para a comunidade surda:

o Decreto nº 5.626 de 2005 e a Lei nº 13.146 de 2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência. O primeiro funciona como a espinha dorsal da política de inclusão da Libras, detalhando sua inserção em áreas vitais, com destaque para a saúde. O segundo, por sua vez, representa um paradigma de direitos humanos aplicado à deficiência, consolidando a acessibilidade comunicacional como um elemento não negociável da dignidade e autonomia do indivíduo. Ao esmiuçar o texto desses dispositivos, expõe-se a clareza e a contundência com que o legislador determinou as responsabilidades do poder público, tornando ainda mais flagrante o hiato entre a obrigação legal e a realidade assistencial. A letra da lei, como se demonstrará, não deixa margem para interpretações que justifiquem a omissão; ela desenha um roteiro preciso para a inclusão, cuja inobservância constitui uma inequívoca violação de direitos.

### 3.1 A Capilaridade do Decreto nº 5.626/2005: A Inclusão da Libras como Política de Estado

O Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, surge como o principal instrumento de operacionalização da Lei de Libras, conferindo densidade e capilaridade às suas diretrizes. Sua importância reside na forma metódica como traduz o reconhecimento da Libras em políticas públicas setoriais, abrangendo desde a formação de professores e a inclusão da Libras como disciplina curricular até a garantia de acesso a serviços públicos. O decreto não se limita a reafirmar a importância da língua; ele estabelece mecanismos, prazos e responsabilidades, funcionando como um verdadeiro manual de implementação da acessibilidade linguística para a população surda. Ao fazê-lo, eleva a inclusão da Libras ao patamar de uma política de Estado, transversal e obrigatória. Um dos eixos mais cruciais e detalhados pelo decreto é, sem dúvida, o da saúde. O Capítulo VII, intitulado "Da Garantia do Direito à Saúde das Pessoas Surdas ou com Deficiência Auditiva", é um marco jurídico que aborda diretamente a problemática central deste livro, estabelecendo um conjunto de obrigações para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para as empresas privadas que atuam no setor.

O artigo 25 do decreto é o dispositivo central e merece análise pormenorizada. Ele determina que, a partir de um ano de sua publicação, a rede de serviços do SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviço público de assistência à saúde deveriam "garantir o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva por profissionais capacitados para o uso de Libras, ou para sua tradução e interpretação"

(BRASIL, 2005). A redação do artigo é imperativa ("deverão garantir"), não deixando margem para discricionariedade do gestor público ou privado. A norma estabelece uma dupla via para a garantia do atendimento: a presença de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, etc.) que sejam eles mesmos fluentes em Libras ou, alternativamente, a disponibilização de tradutores e intérpretes de Libras (TILS) para mediar a comunicação. Essa flexibilidade reconhece a complexidade da implementação, mas mantém o resultado final como inegociável: a comunicação eficaz deve ser assegurada. O decreto avança ao detalhar, no parágrafo primeiro do mesmo artigo, que as instituições de saúde devem dispor de, no mínimo, 5% de servidores, funcionários e empregados capacitados para o uso e interpretação da Libras. Embora o percentual possa ser objeto de debate quanto à sua suficiência, sua existência na norma cria um critério objetivo de fiscalização e exigibilidade.

Adicionalmente, o artigo 26 aprofunda a responsabilidade do Estado ao determinar que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais devem assegurar a formação de profissionais da rede de serviços do SUS para o uso da Libras e sua tradução e interpretação. Isso significa que a obrigação não é apenas a de contratar, mas também a de promover a capacitação contínua dos quadros existentes, uma diretriz fundamental para a sustentabilidade da política de inclusão. A análise desses artigos revela que, desde 2005, existe uma base legal sólida e detalhada que obriga os serviços de saúde a superarem a barreira comunicacional. A lei não apenas reconhece o problema, mas aponta as soluções e os responsáveis por sua execução. A persistência da inacessibilidade, documentada em estudos como os de Chaveiro e Barbosa (2005) e, mais recentemente, por Monteiro et al. (2025), não pode, portanto, ser atribuída a uma lacuna legislativa. Pelo contrário, ela evidencia um descumprimento sistemático e generalizado de uma norma clara e vigente há quase duas décadas. O Decreto nº 5.626/2005, ao detalhar as obrigações na área da saúde, transformou o direito à comunicação em um dever de prestar, cuja omissão pode e deve ser objeto de responsabilização administrativa e judicial. Ele fornece a régua com a qual a efetividade das políticas de saúde para a comunidade surda deve ser medida, e o resultado dessa medição, como se verá nos capítulos seguintes, revela uma dívida histórica do Estado para com seus cidadãos surdos.

### 3.2 O Estatuto da Pessoa com Deficiência: A Consolidação da Autonomia e do Consentimento Informado

Se o Decreto nº 5.626/2005 foi o instrumento que especificou as obrigações setoriais, a Lei nº 13.146 de 2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), representou uma mudança de paradigma, consolidando uma abordagem de direitos humanos e alinhando a legislação brasileira à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, da qual o Brasil é signatário com status de emenda constitucional. O EPD abandona em definitivo qualquer resquício de um modelo assistencialista ou meramente integracionista, para adotar o modelo social, que compreende a deficiência como o resultado da interação entre as barreiras impostas pelo meio e as características da pessoa. Sob essa ótica, a responsabilidade pela inclusão recai sobre a sociedade e o Estado, que devem eliminar as barreiras para garantir a plena participação. No contexto da saúde, o Estatuto reforça e expande as garantias já previstas, com ênfase especial nos conceitos de autonomia, capacidade civil e consentimento informado.

O artigo 18 do EPD é categórico ao afirmar que é assegurada "atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido o acesso universal e igualitário". O texto legal vai além e, em seus parágrafos, detalha o que essa atenção integral significa. Inclui, por exemplo, a garantia de "serviços especializados em habilitação e reabilitação" e, crucialmente, o respeito às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo a oferta de "redes de atenção à saúde articuladas que garantam o atendimento" (BRASIL, 2015). A articulação da rede pressupõe, logicamente, a remoção de barreiras, sendo a comunicacional uma das mais evidentes para a comunidade surda. O grande avanço do Estatuto, contudo, reside na forma como trata a questão do consentimento. Historicamente, pessoas com deficiência, incluindo surdos, foram frequentemente infantilizadas e tiveram sua capacidade de tomar decisões sobre a própria vida e saúde usurpada por familiares ou profissionais. O EPD rompe com essa tradição tutelar.

O artigo 114, que altera o Código Civil, e o próprio artigo 6º do Estatuto, estabelecem que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para exercer o direito de decidir sobre o próprio corpo e tratamento. Para que essa decisão seja válida, ela deve ser precedida de um consentimento "prévio, livre e esclarecido". É aqui que a conexão com a Libras se torna indissociável. Para um cidadão surdo, cujo idioma

primário é a Libras, o consentimento só pode ser considerado verdadeiramente "esclarecido" se as informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e alternativas de tratamento forem transmitidas de forma clara e completa em sua língua. A simples entrega de um formulário escrito ou uma tentativa de explicação por meio de gestos não cumpre a exigência legal. O Estatuto, em seu artigo 3º, define as barreiras na comunicação como qualquer entrave que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia assistiva. A ausência de um intérprete de Libras ou de um profissional fluente na língua em um ambiente de saúde configura, portanto, uma barreira na comunicação, que, por sua vez, impede o consentimento esclarecido e viola a autonomia do paciente. O artigo 22 do EPD é ainda mais explícito, ao determinar que, nos serviços de urgência e emergência, deve ser garantida a "comunicação plena" com a pessoa com deficiência. A lei, portanto, não apenas exige a acessibilidade, mas a qualifica, demandando que ela seja efetiva e completa, especialmente em situações críticas. Ao consolidar a autonomia e o direito à informação como pilares do atendimento, o Estatuto da Pessoa com Deficiência fornece o argumento jurídico definitivo contra a negligência comunicacional, enquadrando-a não mais como uma falha operacional, mas como uma violação direta aos direitos humanos e à dignidade do paciente.

## **CAPÍTULO 4: SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL: DISCUSSÃO SOBRE O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE E EQUIDADE DO SUS E COMO A BARREIRA LINGUÍSTICA O VIOLA**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Elisângela Macedo Valentim<sup>4</sup>

### **Co-autores**

Domingos Sombreira Da Silva<sup>5</sup>  
Ellysvane Macedo Sousa<sup>6</sup>  
Ellen Amaral Da Silva<sup>7</sup>  
Emanuelly Rodrigues Maciel<sup>8</sup>  
Cosme Alberto Teixeira Santos<sup>9</sup>  
Rogério Silva Serejo<sup>10</sup>  
Raiane Rodrigues Monteiro<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Estudos Jurídicos, Ênfase no direito internacional-Must University

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A saúde, em sua concepção mais ampla, transcende a mera ausência de doença. Ela se configura como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo um elemento indispensável para o exercício pleno da cidadania e para a fruição de uma vida digna. No Brasil, a elevação da saúde ao patamar de direito fundamental, formalizada na Constituição de 1988, representou uma das mais significativas conquistas sociais do processo de redemocratização. Essa nova arquitetura jurídica deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de política pública de saúde que se distingue por seus princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. Este capítulo se propõe a aprofundar a análise desses princípios, não como meros ideais abstratos, mas

como normas jurídicas cogentes que estruturam o dever do Estado e o direito do cidadão. A discussão se concentrará em demonstrar como a barreira comunicacional, sistematicamente enfrentada pela comunidade surda no acesso e na utilização dos serviços de saúde, não constitui uma falha periférica ou um inconveniente administrativo, mas sim uma violação frontal e substancial da própria essência do SUS. Ao negar a comunicação em Língua Brasileira de Sinais (Libras), o sistema de saúde falha em ser universal, pois exclui uma parcela da população; falha em ser integral, pois fragmenta o cuidado ao impedir a compreensão mútua; e, de forma mais contundente, falha em promover a equidade, pois aprofunda a desigualdade ao não prover os recursos necessários para garantir um atendimento paritário.

#### 4.1 A Arquitetura do Direito à Saúde no Brasil: Universalidade, Integralidade e o Dever do Estado

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 196, inaugura a seção "Da Saúde" com uma declaração que reconfigura fundamentalmente a relação entre o Estado e o cidadão nesta matéria: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Este dispositivo não é uma mera carta de intenções; ele estabelece um direito subjetivo público, o que significa que todo indivíduo pode exigí-lo do Estado, e impõe a este último um conjunto de obrigações de fazer. A saúde deixa de ser um bem a ser adquirido no mercado ou um ato de caridade para se tornar um pilar do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, intrinsecamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República (Art. 1º, III). A materialização desse direito se deu por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado principalmente pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde. É nesta lei que os princípios doutrinários do SUS — universalidade, integralidade e equidade — são detalhados, formando a base filosófica e operacional de todo o sistema.

O princípio da universalidade do acesso, derivado diretamente do "direito de todos" constitucional, decreta que todo e qualquer indivíduo em território nacional tem o direito de ser atendido na rede de serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação ou pré-requisito, como contribuição previdenciária ou vínculo empregatício. A

universalidade rompe com o modelo anterior, que condicionava o acesso à saúde à condição de trabalhador formal. Em sua essência, ser universal significa que as portas do sistema devem estar abertas a todos, sem barreiras. Contudo, a noção de "acesso" não pode ser interpretada de forma restritiva, como o mero direito de transpor a entrada física de uma unidade de saúde. O acesso, para ser efetivo, deve ser compreendido em sua dimensão material, o que implica a capacidade do indivíduo de, uma vez dentro do serviço, obter o cuidado de que necessita. Uma porta aberta que leva a um corredor de incompreensão não configura acesso real. A universalidade, portanto, pressupõe a remoção de todos os obstáculos que impeçam o cidadão de alcançar o objetivo final do atendimento, que é a promoção, proteção ou recuperação de sua saúde. Barreiras de natureza econômica, geográfica, cultural e, crucialmente, comunicacional, corroem o princípio da universalidade em sua raiz, tornando-o uma promessa vazia para aqueles que são por elas afetados.

Complementar à universalidade, o princípio da integralidade da assistência, definido no Art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90, postula que o atendimento em saúde deve ser completo, considerando o indivíduo como um todo e atendendo a todas as suas necessidades. Isso se desdobra em duas dimensões principais. A primeira refere-se à articulação das ações e serviços, abrangendo desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças até o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. O sistema deve funcionar como uma rede integrada, capaz de acompanhar o paciente em toda a sua jornada. A segunda dimensão, mais subjetiva, implica em enxergar o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial, e não apenas como um portador de uma patologia. O profissional de saúde deve estar apto a ouvir e compreender as demandas do paciente, considerando seu contexto de vida, suas crenças e suas angústias. É precisamente neste ponto que a integralidade se conecta de forma visceral à comunicação. Como é possível considerar o indivíduo como um "todo" se suas palavras, expressas na única língua que lhe permite plena articulação de ideias e sentimentos, não são compreendidas? A integralidade é frustrada quando a anamnese é falha, quando o diagnóstico é incerto por falta de informações, quando as orientações de tratamento são perdidas na tradução improvisada e quando o sofrimento psíquico do paciente é ignorado por não poder ser verbalizado. A assistência fragmentada pela barreira linguística é, por definição, uma assistência não integral. O dever do Estado, portanto, não se cumpre apenas com a disponibilização de

médicos e equipamentos, mas com a garantia de que a interação entre o paciente e o sistema de saúde seja um diálogo efetivo, e não um monólogo frustrante. A ausência de comunicação qualificada quebra a cadeia do cuidado, violando o princípio da integralidade em sua dimensão mais humana e essencial.

#### 4.2 O Princípio da Equidade como Ferramenta de Justiça Social: Tratando os Desiguais na Medida de Suas Desigualdades

Enquanto os princípios da universalidade e da integralidade estabelecem, respectivamente, o *quem* (todos) e o *o quê* (o todo) do direito à saúde, o princípio da equidade define o *como* esse direito deve ser distribuído para que se alcance a justiça social. Frequentemente confundido com o conceito de igualdade, a equidade representa um avanço qualitativo e uma correção necessária à noção de um tratamento puramente isonômico. A máxima aristotélica de "tratar os iguais de forma igual e os desiguais de forma desigual, na medida de sua desigualdade" encontra no campo da saúde pública sua expressão mais concreta e urgente. O princípio da equidade, inscrito no artigo 7º, IV, da Lei nº 8.080/1990 como "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie", deve ser interpretado não como a oferta de um serviço padronizado e idêntico para todos, mas como o esforço deliberado e constante para reduzir as disparidades e atender às necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo social. Ele reconhece que partir de pontos de partida diferentes exige trajetórias assistenciais distintas para se alcançar resultados de saúde equiparáveis. Nesse sentido, a equidade é a ferramenta do SUS para a materialização da justiça distributiva, alocando recursos e esforços de forma a compensar as vulnerabilidades e desvantagens, sejam elas de ordem socioeconômica, geográfica, cultural ou, como é central para esta obra, de ordem comunicacional. A aplicação deste princípio exige do Estado uma postura proativa, que vai além da simples não discriminação para abraçar a promoção ativa da igualdade material. Ignorar as necessidades específicas da comunidade surda, oferecendo-lhe o mesmo modelo de atendimento projetado para o público ouvinte, não é um ato de neutralidade, mas uma perpetuação da desigualdade sob o disfarce de um tratamento igualitário. A verdadeira equidade, no contexto da saúde para a população surda, manifesta-se precisamente na oferta de um atendimento diferenciado — um atendimento que inclua a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como modalidade padrão de comunicação, pois somente através dessa diferenciação é possível nivelar o campo

de jogo e garantir que o direito à saúde seja, de fato, igual para todos em sua substância, e não apenas em sua forma.

A complexidade do princípio da equidade reside em sua natureza dinâmica e contextual. Ele exige que os gestores e profissionais de saúde desenvolvam uma sensibilidade para identificar as barreiras que impedem determinados grupos de acessarem e utilizarem os serviços de saúde em pé de igualdade com a população geral. Essas barreiras, como já mencionado, são multifacetadas. No caso da comunidade surda, a barreira linguística não é apenas um obstáculo, mas o principal determinante da iniquidade em saúde. A oferta de um serviço de saúde que opera exclusivamente em português, uma língua de modalidade oral-auditiva, para um público cuja língua primária é de modalidade viso-espacial, é análoga a oferecer um serviço de saúde em um país estrangeiro sem qualquer tipo de tradução. A consequência inevitável é a exclusão. A pesquisa de Silva et al. (2024) articula com precisão este ponto, ao afirmar que a implementação da Libras no atendimento do SUS é a própria concretização do princípio da equidade na prática. Não se trata de um "privilegio" ou de um "benefício extra", mas da condição *sine qua non* para que o acesso igualitário, previsto no artigo 196 da Constituição, se torne realidade para o cidadão surdo. O Estado, ao se omitir em prover os meios para a comunicação eficaz, está, na prática, tratando desiguais de forma igual, o que resulta na ampliação da desigualdade.

Para ilustrar a aplicação da equidade, pode-se traçar um paralelo com outras políticas de saúde. O SUS já reconhece e atua sobre diversas vulnerabilidades: programas de saúde da mulher consideram as especificidades do corpo feminino e do ciclo de vida; a política de saúde da população negra busca combater os efeitos do racismo estrutural na saúde, como a maior prevalência de certas doenças; a saúde indígena respeita os conhecimentos e práticas tradicionais. Em todos esses casos, o sistema reconhece que um tratamento padronizado seria insuficiente e injusto. A lógica deve ser a mesma para a comunidade surda. A surdez, sob a ótica sociocultural adotada neste trabalho, impõe uma necessidade específica de comunicação que deve ser atendida pelo sistema de saúde como parte de sua obrigação de promover a equidade. A ausência de intérpretes de Libras ou de profissionais de saúde fluentes na língua, conforme documentado por Ferreira e Brayner (2021) e Miranda et al. (2020), não é uma mera falha logística, mas uma falha na aplicação de um dos princípios basilares do SUS. Essa falha cria um

sistema de saúde de duas classes: uma para os ouvintes, que recebem o cuidado em sua plenitude, e outra para os surdos, que recebem um cuidado precário, fragmentado e inseguro, mediado por mímicas, escrita (que para muitos é uma segunda língua de difícil domínio) ou pela presença constrangedora e inadequada de familiares como intérpretes improvisados.

A violação da equidade se manifesta em cada etapa do percurso assistencial. Na atenção primária, a dificuldade de comunicação impede a criação de vínculo entre o paciente surdo e a equipe de saúde da família, um dos pilares da estratégia de prevenção e promoção da saúde. Sem vínculo, não há confiança; sem confiança, não há adesão. Em consultas especializadas, a impossibilidade de descrever sintomas complexos ou de compreender um diagnóstico detalhado pode levar a erros médicos com consequências graves, um ponto que será aprofundado em capítulos posteriores. Em situações de urgência e emergência, a barreira comunicacional pode ser fatal, quando cada segundo conta e a troca de informações precisas é vital. Em todos esses cenários, o paciente surdo se encontra em uma posição de extrema desvantagem, não por sua condição auditiva, mas pela incapacidade do sistema de saúde de se adaptar à sua necessidade linguística. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) reforça a perspectiva da equidade ao demandar a eliminação de barreiras para garantir a participação plena e efetiva. A barreira comunicacional é, talvez, a mais alta e excludente de todas. Portanto, a luta pela inclusão da Libras no SUS não é apenas uma luta por acessibilidade; é uma luta pela alma do próprio SUS, para que seu princípio mais justo e transformador, a equidade, não se torne letra morta para milhões de brasileiros. A obrigação de tratar os desiguais de forma desigual impõe ao Estado o dever de investir na formação de profissionais, na contratação de intérpretes e na adaptação de seus serviços, não como um favor, mas como o cumprimento de sua mais fundamental promessa constitucional.

#### 4.3 A Negação Material do Direito: Como a Barreira Linguística Anula os Princípios do SUS na Prática

A arquitetura jurídica do Sistema Único de Saúde, fundamentada nos pilares da universalidade, integralidade e equidade, desenha um ideal de justiça social e de cuidado em saúde que é, em teoria, robusto e abrangente. Contudo, a distância entre a norma prescrita e a realidade vivida é o abismo onde os direitos mais fundamentais

podem se perder. Para a comunidade surda brasileira, esse abismo é cavado diariamente pela barreira da comunicação. A ausência sistemática da Língua Brasileira de Sinais (Libras) nos serviços de saúde não é uma mera inconveniência ou uma falha administrativa secundária; ela opera como um agente corrosivo que desintegra, na prática, cada um dos princípios doutrinários do SUS, transformando o direito à saúde, para este grupo, em uma ficção jurídica. A universalidade é negada quando o acesso efetivo é bloqueado pela incompreensão. A integralidade é desfeita quando o cuidado é fragmentado e desumanizado pela impossibilidade de diálogo. A equidade é violada quando o sistema, ao tratar desiguais de forma igual, aprofunda a vulnerabilidade em vez de mitigá-la. Este subtópico se dedica a demonstrar, de forma pormenorizada e com base na intersecção entre a teoria jurídica e a evidência empírica, como a barreira linguística funciona como um mecanismo de anulação material do direito à saúde. Argumenta-se que a falha em prover comunicação acessível não é apenas um descumprimento de leis específicas de acessibilidade, como o Decreto nº 5.626/2005 ou o Estatuto da Pessoa com Deficiência, mas uma afronta direta ao coração da Lei Orgânica da Saúde e da própria Constituição Federal. A saúde, para ser um direito de todos, precisa ser comunicada a todos, em suas respectivas línguas.

A violação do princípio da universalidade é a consequência mais imediata e visível da barreira comunicacional. Conforme estabelecido, a universalidade garante que as portas do sistema estejam abertas a todos. No entanto, para o cidadão surdo, a porta, embora fisicamente aberta, leva a um vácuo comunicacional. O acesso, neste contexto, torna-se meramente formal. O paciente surdo pode estar fisicamente presente em uma Unidade Básica de Saúde ou em um hospital, mas está funcionalmente ausente da interação que define o ato de cuidar. A pesquisa de Nascimento (2018) destaca a comunicação como a principal barreira de acesso dos surdos aos serviços de saúde, uma conclusão corroborada por inúmeros outros estudos, como o de Wetterich (2020). Essa barreira se manifesta desde o primeiro contato: na recepção, ao tentar marcar uma consulta ou obter uma informação simples; na triagem, ao tentar descrever a urgência de seus sintomas para um profissional de enfermagem; e, de forma mais crítica, na consulta médica. Quando um paciente não consegue expressar sua queixa e o profissional não consegue realizar uma anamnese adequada, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento é efetivamente bloqueado. O direito de acesso universal não pode ser reduzido ao direito

de estar presente; ele deve abranger o direito de ser compreendido. A ausência de um intérprete de Libras ou de um profissional capacitado cria um filtro que impede o fluxo de informações vitais, tornando o serviço de saúde inoperante para o usuário surdo. Na prática, é como se o serviço não existisse para ele. Essa exclusão funcional transforma o princípio da universalidade em uma miragem, acessível apenas àqueles que dominam a língua majoritária. A universalidade real só se concretiza quando o sistema se adapta para acolher a diversidade linguística de sua população, reconhecendo que o "acesso" é um conceito relacional que depende intrinsecamente da possibilidade de comunicação.

A violação do princípio da integralidade é, talvez, ainda mais profunda, pois atinge a qualidade e a humanidade do cuidado. A integralidade, como vimos, pressupõe um olhar sobre o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial e a articulação contínua do cuidado. A barreira linguística destrói ambas as dimensões. Primeiramente, ela impede a visão do todo. Um profissional de saúde que não consegue se comunicar com seu paciente é forçado a focar apenas em sinais clínicos objetivos e mensuráveis, ignorando todo o universo subjetivo do indivíduo: seu histórico de saúde, seus hábitos de vida, seu contexto familiar, suas angústias e medos. O paciente é reduzido a um corpo sintomático, desprovido de sua história e de sua voz. O estudo de Chaveiro e Barbosa (2005) já apontava para a má interação como um fator de exclusão, e trabalhos mais recentes, como o de Oliveira, Celino e Costa (2021), reforçam que a comunicação é a ferramenta essencial para a assistência. Sem essa ferramenta, o cuidado se torna puramente técnico, mecânico e despersonalizado. A anamnese, pilar do diagnóstico médico, torna-se um jogo de adivinhação, e o consentimento informado, uma formalidade vazia. Em segundo lugar, a barreira comunicacional fragmenta a continuidade do cuidado. Um paciente surdo que não compreende as orientações sobre a posologia de um medicamento, as restrições de uma dieta ou a necessidade de um exame de retorno, tem sua adesão ao tratamento severamente comprometida. A alta hospitalar, em vez de ser um passo na recuperação, pode se tornar o início de um ciclo de complicações e reinternações, tudo por uma falha na transmissão de informações. A integralidade exige um fluxo contínuo de comunicação entre o paciente e a equipe de saúde ao longo de toda a jornada terapêutica. Quando esse fluxo é interrompido ou inexistente, o que resta são atos de saúde isolados, desconexos e, muitas vezes, ineficazes. A integralidade é, portanto, anulada, e em seu lugar surge um modelo de

cuidado fragmentado, reativo e desumano, que não trata pessoas, mas apenas doenças isoladas de seus portadores.

Por fim, a violação do princípio da equidade é a mais contundente demonstração da injustiça estrutural imposta pela barreira linguística. A equidade, como princípio corretivo, exige que o sistema de saúde atue ativamente para reduzir as desigualdades, oferecendo mais a quem mais precisa. A comunidade surda, por sua especificidade linguística, constitui um grupo que necessita de um recurso adicional — a comunicação em Libras — para alcançar um patamar de igualdade no acesso à saúde. Ao se omitir em fornecer esse recurso, o Estado não está apenas falhando em promover a equidade; está ativamente promovendo a iniquidade. Está tratando de forma igualitária sujeitos que se encontram em situações manifestamente desiguais, o que, na prática, significa penalizar o grupo mais vulnerável. A ausência de uma política de acessibilidade linguística no SUS funciona como um imposto sobre a surdez, uma sobretaxa de risco e sofrimento imposta àqueles que não se comunicam pela língua da maioria. A responsabilidade de se fazer entender é transferida indevidamente do sistema para o indivíduo, que é forçado a levar acompanhantes (muitas vezes, filhos menores de idade, em uma inversão de papéis inadequada), a depender da boa vontade de terceiros ou a se arriscar em um atendimento precário. Esta é a antítese da equidade. A verdadeira equidade exigiria do sistema um movimento em direção ao paciente, adaptando seus processos para acolher a diversidade. A Lei nº 10.436/2002 e seus regulamentos subsequentes, ao determinarem a presença da Libras nos serviços públicos, não fizeram nada mais do que traduzir o princípio da equidade em uma obrigação legal específica para a comunidade surda. O descumprimento dessa obrigação, portanto, não é apenas uma infração administrativa, mas a negação do próprio fundamento ético e político do SUS. Em conclusão, a barreira linguística não é um problema periférico. Ela é um ácido que corrói os pilares do direito à saúde no Brasil. Ela transforma a universalidade em exclusão, a integralidade em fragmentação e a equidade em injustiça. A luta pela efetivação da Libras no sistema de saúde é, em última análise, a luta para que os princípios constitucionais que prometem saúde como um direito de todos deixem de ser apenas palavras no papel e se tornem uma realidade vivida e sentida por cada cidadão brasileiro, em qualquer língua que ele use para expressar sua humanidade.

# **PARTE II**

**A Realidade que Adoece**

**(As Barreiras e Suas  
Consequências)**

## **CAPÍTULO 5: "O DOUTOR NÃO ME ENTENDE": RELATOS E ESTUDOS DE CASO SOBRE AS FALHAS DE COMUNICAÇÃO NA ANAMNESE, DIAGNÓSTICO E CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Elisângela Macedo Valentim<sup>4</sup>

### **Co-autores**

Domingos Sombreira Da Silva<sup>5</sup>  
Ellysvane Macedo Sousa<sup>6</sup>  
Ellen Amaral Da Silva<sup>7</sup>  
Emanuelly Rodrigues Maciel<sup>8</sup>  
Cosme Alberto Teixeira Santos<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.—Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlanelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Estudos Jurídicos, Ênfase no direito internacional-Must University

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

Após a dissecação do robusto, porém negligenciado, arcabouço jurídico que deveria amparar o cidadão surdo no acesso à saúde, a análise se desloca agora do plano normativo para o terreno da experiência vivida. É no encontro direto entre o paciente e o profissional de saúde, no espaço íntimo e vulnerável do consultório ou da sala de emergência, que os princípios constitucionais e as determinações legais são postos à prova. É nesse momento que o "direito no papel" se confronta com a dura realidade, e onde a frase que intitula este capítulo — "O doutor não me entende" — deixa de ser uma mera hipótese para se tornar o relato recorrente e angustiante de uma falha sistêmica. Este capítulo se dedica a ilustrar, por meio de estudos de caso, narrativas e evidências empíricas, as consequências devastadoras da barreira comunicacional em três momentos críticos e sequenciais do ato de cuidar: a anamnese, o processo diagnóstico e

a obtenção do consentimento livre e esclarecido. Cada uma dessas etapas, quando comprometida pela ausência da Língua Brasileira de Sinais (Libras), se transforma em um campo minado de riscos, mal-entendidos e violações de direitos, convertendo o que deveria ser um processo de cuidado e cura em uma fonte de ansiedade, perigo e profunda injustiça. As histórias aqui compiladas não são meras anedotas; são a personificação da violação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, demonstrando de forma inequívoca como o silêncio imposto pela incompreensão adoece, vulnerabiliza e, em última instância, nega a própria humanidade do paciente surdo.

O ponto de partida de quase toda interação em saúde é a anamnese, a entrevista na qual o paciente relata sua história clínica, seus sintomas, seu estilo de vida e suas preocupações, permitindo ao profissional construir um panorama inicial para a investigação diagnóstica. A anamnese é, por excelência, um ato de comunicação, uma troca dialógica que depende da precisão da linguagem para ser eficaz. Para o paciente surdo, em um ambiente desprovido de acessibilidade linguística, este primeiro passo já representa um obstáculo monumental. A cena é tragicamente comum e documentada em estudos como os de Miranda et al. (2020) e Wetterich (2020): o paciente surdo tenta descrever uma dor complexa, um mal-estar sutil ou uma cronologia de sintomas usando gestos limitados ou a escrita, que para muitos é uma segunda língua com a qual não possuem fluência para expressar nuances. O profissional de saúde, por sua vez, sem treinamento em Libras, tenta decifrar essa comunicação fragmentada, fazendo suposições, simplificando as perguntas e, frequentemente, perdendo informações cruciais. Uma dor que irradia, um sintoma que aparece apenas em certas condições, um efeito colateral de um medicamento anterior — detalhes que seriam facilmente expressos em Libras se perdem em uma névoa de incompreensão.

Considere-se o caso hipotético, mas representativo, de uma paciente surda que chega a uma emergência com dor abdominal. Sem um intérprete, ela aponta para a região da dor. O profissional pode inferir que se trata de um problema gástrico ou intestinal simples. Contudo, a paciente poderia estar tentando comunicar, em sua língua, que a dor é pulsátil, que começou após um esforço específico, que está associada a outro sintoma que ela não consegue descrever, como tontura, e que ela tem um histórico familiar de problemas vasculares. Essas informações, essenciais para diferenciar uma gastrite de um

aneurisma aórtico, por exemplo, são inacessíveis. A anamnese, nesse contexto, torna-se um exercício de adivinhação, e o profissional é forçado a depender quase que exclusivamente de exames objetivos, que nem sempre são suficientes ou indicados sem uma suspeita clínica bem direcionada. A dependência de familiares como "intérpretes" improvisados, uma prática comum e perigosa, também compromete a anamnese. Conforme apontam diversos estudos, o familiar pode, por pudor, vergonha ou falta de conhecimento técnico, omitir ou distorcer informações, especialmente em se tratando de questões de saúde sexual, uso de substâncias ou saúde mental. O direito à confidencialidade, pilar da relação médico-paciente, é sumariamente violado, e a autonomia do paciente surdo é transferida para um terceiro não qualificado. A anamnese, que deveria ser o alicerce do diagnóstico, torna-se assim um terreno movediço, construído sobre dados incompletos, imprecisos e não confiáveis, estabelecendo desde o início uma base frágil para todo o processo de cuidado.

A consequência direta de uma anamnese falha é um processo diagnóstico comprometido e propenso a erros. O diagnóstico médico é um exercício de raciocínio clínico que se assemelha a uma investigação detetivesca, onde cada informação fornecida pelo paciente é uma pista. Quando as pistas são poucas, confusas ou equivocadas, a probabilidade de se chegar a uma conclusão errada aumenta exponencialmente. A barreira comunicacional pode levar a dois tipos principais de erro diagnóstico: o diagnóstico incorreto e o atraso diagnóstico. O diagnóstico incorreto ocorre quando os sintomas são mal interpretados, levando a um tratamento inadequado para uma condição que o paciente não tem, enquanto a doença real progride sem tratamento. Imagine-se um paciente surdo com sintomas neurológicos sutis, como pequenas alterações na coordenação motora ou na sensibilidade, que são difíceis de demonstrar e precisam ser descritas verbalmente. Sem a Libras, esses sintomas podem ser ignorados ou atribuídos a causas mais benignas, como estresse ou ansiedade, enquanto uma condição neurológica degenerativa ou um tumor cerebral em estágio inicial deixam de ser investigados.

O atraso diagnóstico, por sua vez, é igualmente perigoso. O paciente surdo, frustrado por não conseguir se comunicar, pode receber um tratamento sintomático para sua queixa inicial, sendo liberado sem uma investigação aprofundada. Ele pode peregrinar por diversos serviços de saúde, repetindo a mesma experiência de incompreensão, até

que a doença se agrave a um ponto em que os sinais clínicos se tornem tão evidentes que o diagnóstico se torna inescapável, mas talvez tardio demais. O estudo de caso de uma paciente surda que buscou atendimento por um sangramento ginecológico irregular ilustra esse perigo. Em um sistema sem acessibilidade, sua queixa pode ser tratada como um distúrbio menstrual comum. A impossibilidade de detalhar a frequência, o volume, a associação com outras dores ou de relatar um histórico familiar de câncer ginecológico pode atrasar a realização de exames essenciais, como uma ultrassonografia ou uma biópsia. O tempo perdido pode significar a diferença entre um câncer de colo de útero em estágio inicial, com altas chances de cura, e uma doença em estágio avançado, com prognóstico reservado. A falha diagnóstica, neste caso, não é um erro de julgamento clínico do profissional, mas um erro sistêmico, uma consequência direta e previsível da exclusão comunicacional. O sistema de saúde, ao não prover os meios para a comunicação, torna-se cúmplice na produção do agravo à saúde do paciente, violando não apenas seu direito à informação, mas seu direito à vida e à integridade física.

Finalmente, mesmo que a anamnese e o diagnóstico superem milagrosamente a barreira da comunicação, o processo de cuidado se depara com seu último e mais crítico obstáculo ético e legal: a obtenção do consentimento livre e esclarecido. O consentimento, conforme solidificado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), é a expressão máxima da autonomia do paciente. Ele pressupõe que o indivíduo recebeu todas as informações pertinentes sobre sua condição, as opções de tratamento disponíveis, os riscos e benefícios de cada uma, e as consequências de não se tratar, para então tomar uma decisão soberana sobre seu próprio corpo. Para o paciente surdo, em um ambiente sem Libras, o consentimento informado é uma impossibilidade prática. A entrega de um formulário de consentimento por escrito para ser assinado é uma afronta a esse princípio. Para muitos surdos, o português escrito é uma segunda língua de difícil compreensão, especialmente quando se trata de terminologia médica complexa. Pedir que assinem um documento que não compreendem plenamente não é obter consentimento, é coletar uma assinatura sob coação situacional.

Considere-se a situação de um paciente surdo que precisa se submeter a um procedimento cirúrgico. O cirurgião tenta explicar, por meio de gestos e desenhos, a natureza da cirurgia. O paciente, ansioso e em uma posição de vulnerabilidade, pode acenar afirmativamente, não porque compreendeu os riscos de hemorragia, infecção ou

as possíveis sequelas permanentes, mas porque se sente pressionado a concordar, ou porque confia cegamente na autoridade médica, ou simplesmente porque não tem como expressar suas dúvidas e medos. Ele consente sem estar esclarecido. Essa prática viola a dignidade do paciente, tratando-o como um objeto passivo do cuidado, e não como um sujeito ativo e participante. A situação se agrava em procedimentos eletivos, onde existem múltiplas opções de tratamento. Como um paciente surdo pode decidir entre um tratamento clínico e um cirúrgico se ele não consegue participar de uma discussão aprofundada sobre as taxas de sucesso, os efeitos colaterais e o impacto de cada opção em sua qualidade de vida? A decisão acaba sendo tomada pelo médico ou pela família, usurpando a autonomia do principal interessado. A ausência da Libras no momento do consentimento não é apenas uma falha de comunicação; é uma violação ética fundamental, um desrespeito à capacidade civil do indivíduo e uma exposição do profissional e da instituição de saúde a futuras responsabilizações legais por realizarem procedimentos sem o consentimento válido do paciente. Em suma, a jornada do paciente surdo pelo sistema de saúde é uma sucessão de violações que se iniciam na porta de entrada e culminam no ato mais sagrado da medicina. A anamnese silenciada, o diagnóstico às cegas e o consentimento forçado não são eventos isolados, mas sintomas de uma patologia sistêmica: a recusa em reconhecer e acolher a diversidade linguística como um componente essencial do direito à saúde.

## **CAPÍTULO 6: O DIAGNÓSTICO PERDIDO NA TRADUÇÃO: ANÁLISE DE COMO A COMUNICAÇÃO INEFICAZ PODE LEVAR A ERROS MÉDICOS, TRATAMENTOS INADEQUADOS E AGRAVAMENTO DE QUADROS CLÍNICOS**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima <sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho <sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva <sup>3</sup>  
Elisângela Macedo Valentim <sup>4</sup>

### **Co-autores**

Domingos Sombreira Da Silva <sup>5</sup>  
Ellysvane Macedo Sousa <sup>6</sup>  
Ellen Amaral Da Silva <sup>7</sup>  
Emanuelly Rodrigues Maciel <sup>8</sup>  
Cosme Alberto Teixeira Santos <sup>9</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlanelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Estudos Jurídicos, Ênfase no direito internacional-Must University

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

Se o capítulo anterior deu voz à experiência subjetiva do paciente surdo diante da incompreensão, este se aprofunda nas consequências objetivas e clinicamente mensuráveis dessa mesma falha. O diagnóstico, ato central da medicina moderna, é um processo de alta complexidade que depende da síntese de informações subjetivas (o relato do paciente) e dados objetivos (exames físicos e complementares). Quando a principal fonte de informação subjetiva é corrompida ou silenciada, todo o edifício do raciocínio clínico se torna instável. A expressão "perdido na tradução" é frequentemente usada para descrever mal-entendidos culturais ou linguísticos de pouca consequência. No contexto da saúde, no entanto, o que se perde na tradução improvisada entre o

português e os gestos rudimentares não é apenas o significado de uma palavra, mas a precisão de um sintoma, a cronologia de uma doença, a suspeita de um efeito adverso — elementos que constituem a diferença entre a vida e a morte, entre a cura e a seqüela. Este capítulo se dedica a uma análise sistemática de como a comunicação ineficaz, decorrente da ausência da Língua Brasileira de Sinais (Libras), se converte em um fator de risco direto para a ocorrência de erros médicos, a prescrição de tratamentos inadequados e o agravamento de quadros clínicos. Argumenta-se que o erro médico, nestas circunstâncias, transcende a falha individual do profissional e se revela como um erro sistêmico, uma consequência previsível e evitável de uma política de saúde que se recusa a ser linguisticamente acessível. A trajetória do diagnóstico perdido é a prova material de que a barreira comunicacional não é apenas uma questão de desconforto ou de violação de direitos abstratos, mas um problema de segurança do paciente, com implicações clínicas, éticas e jurídicas de primeira ordem.

O erro médico pode ser definido como uma falha no processo de cuidado que resulta em dano, ou tem o potencial de resultar em dano, ao paciente. Uma das suas causas mais bem documentadas na literatura médica global é a falha de comunicação. No caso da interação com pacientes surdos em um sistema despreparado, essa falha não é uma exceção, mas a regra. O primeiro e mais fundamental impacto ocorre na coleta de dados. A medicina é uma ciência de detalhes. A diferença entre uma cefaleia tensional e os pródromos de um acidente vascular cerebral (AVC) pode residir em detalhes sutis da descrição da dor, na presença de sintomas associados como alterações visuais ou formigamento, e no tempo de evolução do quadro. Um paciente surdo, sem acesso à Libras, é privado da ferramenta para fornecer essa riqueza de detalhes. Sua comunicação é forçosamente reduzida ao essencial, ao apontar, ao gesticular de forma ampla. O profissional, por sua vez, é privado da matéria-prima para seu raciocínio. O resultado é um aumento exponencial da incerteza diagnóstica. Diante da incerteza, o profissional pode seguir por dois caminhos, ambos perigosos: a simplificação ou a investigação excessiva e não direcionada. A simplificação leva a "diagnósticos de gaveta", onde sintomas complexos são enquadrados em condições benignas e comuns, como viroses, crises de ansiedade ou dores musculares. O paciente é medicado para o sintoma e dispensado, enquanto a doença de base, mais grave, continua a evoluir silenciosamente.

Essa minimização do quadro clínico é uma forma insidiosa de erro. Pensemos em um paciente surdo com dor torácica. A comunicação precária pode levar o profissional a assumir que se trata de dor muscular ou refluxo gastroesofágico. A impossibilidade de o paciente descrever a dor como "aperto", sua irradiação para o braço esquerdo ou a sensação de "morte iminente" — descrições clássicas de um infarto agudo do miocárdio — pode levar à não realização de um eletrocardiograma em tempo hábil. O erro, aqui, não foi interpretar mal o exame, mas a decisão de não o fazer, uma decisão diretamente influenciada pela pobreza da informação obtida. O mesmo ocorre em quadros de saúde mental. Um paciente surdo que tenta expressar sentimentos de anedonia, ideação suicida ou alterações de pensamento pode ser simplesmente rotulado como "agitado" ou "deprimido" em um sentido genérico, recebendo um ansiolítico ou um antidepressivo padrão, sem que se investigue a possibilidade de um transtorno bipolar, esquizofrenia ou um quadro psicótico induzido por outra condição médica. A complexidade da experiência psíquica é achatada e perdida, resultando em tratamentos que podem ser não apenas ineficazes, mas também prejudiciais.

O caminho oposto, da investigação excessiva, também gera danos. Diante da falta de informações claras, um profissional pode solicitar uma bateria de exames de imagem e laboratoriais, muitos deles invasivos, caros e desnecessários, em uma tentativa de "atirar para todos os lados". Essa prática, conhecida como medicina defensiva, submete o paciente a riscos iatrogênicos (danos causados pelo próprio tratamento ou investigação), como exposição à radiação, reações a contrastes e complicações de procedimentos, além de gerar um custo desnecessário para o sistema de saúde. O erro, neste caso, é de percurso. A tecnologia é usada como uma muleta para compensar a ausência da ferramenta mais fundamental e antiga da medicina: a escuta atenta do paciente. A comunicação eficaz em Libras, ao permitir uma anamnese precisa, direcionaria a investigação, tornando-a mais rápida, segura e custo-efetiva. A sua ausência transforma o processo diagnóstico em uma jornada errática e perigosa.

Uma vez estabelecido um diagnóstico — seja ele correto, incorreto ou tardio —, a falha de comunicação continua a sabotar a etapa seguinte: o tratamento. A prescrição de um tratamento adequado vai muito além de escrever o nome de um medicamento em uma receita. Envolve explicar ao paciente o propósito do tratamento, a forma correta de administração (dosagem, horários, duração), os potenciais efeitos colaterais e os sinais

de alerta que indicam a necessidade de procurar ajuda médica. Para um paciente surdo, essa etapa crucial é frequentemente reduzida à entrega de uma receita ilegível e a gestos que tentam indicar "duas vezes ao dia". A chance de erro na adesão ao tratamento é altíssima. O paciente pode tomar o medicamento na dose errada, nos horários errados ou interromper o uso precocemente por não compreender a importância de completar o ciclo, como no caso de antibióticos, levando à resistência bacteriana e à falha terapêutica.

Mais grave ainda é a questão dos efeitos colaterais. Um paciente que inicia um novo medicamento pode experimentar reações adversas. Se ele foi devidamente orientado, em sua língua, sobre quais reações são esperadas e benignas e quais são graves, ele saberá como agir. Um paciente surdo, sem essa orientação, pode entrar em pânico com um efeito colateral simples ou, inversamente, ignorar um sinal de alerta perigoso, como uma reação alérgica grave ou um sintoma de toxicidade hepática. Ele não tem como comunicar o que está sentindo ao retornar ao serviço de saúde, e o profissional pode não associar a nova queixa ao medicamento prescrito, tratando-a como uma nova doença e, por vezes, adicionando mais um medicamento à prescrição, em uma cascata de erros e polifarmácia. O tratamento, que deveria ser a solução, torna-se parte do problema. A inadequação do tratamento também se manifesta na escolha da modalidade terapêutica. Muitas condições de saúde possuem diferentes opções de tratamento (ex: cirurgia vs. fisioterapia; um tipo de quimioterapia vs. outro). A decisão sobre o melhor caminho a seguir deveria ser compartilhada entre médico e paciente, considerando não apenas a eficácia clínica, mas também o impacto na qualidade de vida, as preferências e os valores do paciente. Sem comunicação, essa decisão compartilhada é impossível. O paciente surdo é excluído do processo decisório sobre seu próprio corpo e seu futuro, recebendo um tratamento imposto, que pode não ser o mais adequado ao seu estilo de vida ou às suas expectativas.

Finalmente, a consequência inevitável de diagnósticos falhos e tratamentos inadequados é o agravamento de quadros clínicos. Condições que poderiam ser facilmente controladas ou curadas se detectadas e tratadas precocemente evoluem para estágios crônicos, graves ou irreversíveis. Uma infecção urinária não tratada adequadamente pode evoluir para uma pielonefrite e, em casos extremos, para sepse. Uma hipertensão arterial não controlada por falta de adesão ao tratamento aumenta

drasticamente o risco de AVC, infarto e insuficiência renal crônica. Um diabetes mal gerenciado por falta de orientação sobre dieta, medicação e monitoramento da glicemia leva a complicações devastadoras, como cegueira, amputações e doença cardiovascular. Em todos esses exemplos, a causa raiz do agravamento não é a doença em si, mas uma falha sistêmica de comunicação que impediu a implementação do cuidado adequado. O sistema de saúde, ao se omitir, não está apenas sendo ineficaz; está ativamente contribuindo para a produção de morbidade e mortalidade na população surda. O dano é concreto, físico e, muitas vezes, permanente. O diagnóstico perdido na tradução não é uma metáfora. É um jovem que perde a função renal, um idoso que sofre um AVC incapacitante, uma mulher que descobre um câncer em estágio avançado. São vidas alteradas para sempre, não pela fatalidade da doença, mas pela negligência de um sistema que, ao se recusar a aprender a língua de seus pacientes, os condena a um ciclo de sofrimento e risco que poderia e deveria ter sido evitado. A responsabilidade por esses desfechos não pode ser atribuída apenas ao profissional na ponta do sistema, mas deve ser rastreada até os gestores e formuladores de políticas que, apesar do claro mandato legal, perpetuam um modelo de saúde linguisticamente excludente e, portanto, intrinsecamente inseguro.

## **CAPÍTULO 7: A RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL: DISCUSSÃO JURÍDICA SOBRE A RESPONSABILIDADE DE HOSPITAIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR NEGLIGÊNCIA, IMPRUDÊNCIA OU IMPERÍCIA DECORRENTE DA BARREIRA DE COMUNICAÇÃO**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima <sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho <sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva <sup>3</sup>  
Ester Moreira Silva <sup>4</sup>

### **Co-autores**

Domingos Sombreira Da Silva <sup>5</sup>  
Ellen Amaral Da Silva <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestra em Direito - UNAMA

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A cadeia de eventos adversos desencadeada pela barreira comunicacional, que se inicia com uma anamnese falha e culmina no agravamento de quadros clínicos, não se esgota em uma análise de saúde pública ou de ética médica. Ela transborda para a esfera do Direito, onde os danos infligidos a um paciente por falhas no serviço de saúde convocam a aplicação de um dos institutos mais importantes da ordem jurídica: a responsabilidade. Quando um paciente surdo sofre um dano — seja ele físico, como uma seqüela de um tratamento incorreto, ou moral, como a angústia e a violação de sua autonomia — em decorrência direta da incapacidade do sistema de saúde de se comunicar em Língua Brasileira de Sinais (Libras), emerge a questão fundamental: quem responde por esse dano? A resposta a essa pergunta não é simples e exige uma imersão nos fundamentos da responsabilidade civil e, em casos extremos, penal. Este capítulo se propõe a realizar essa imersão, construindo uma tese jurídica sólida sobre a responsabilização de profissionais de saúde e das instituições (hospitais, clínicas, entes públicos) pela falha sistêmica de comunicação. Argumenta-se que a ausência de

acessibilidade em Libras, longe de ser uma fatalidade ou um "caso fortuito", configura uma conduta culposa que se amolda perfeitamente às modalidades da negligência, da imprudência e da imperícia. A análise distinguirá cuidadosamente a responsabilidade subjetiva do profissional, que depende da comprovação de sua culpa individual, da responsabilidade objetiva da instituição, que responde pelo dano independentemente de culpa, com base na teoria do risco da atividade. Ao final, ficará demonstrado que o dano decorrente da barreira linguística não é um dano sem autor; ele é o resultado direto de uma omissão ilícita e reiterada, passível de reparação civil e, a depender da gravidade, de sanção penal, transformando a luta por acessibilidade também em uma luta por justiça e reparação.

A responsabilidade civil, em sua essência, baseia-se no princípio fundamental do *neminem laedere*, ou seja, o dever de não lesar a outrem. Quando esse dever é violado, surge a obrigação de reparar o dano causado. No campo da saúde, a relação entre o profissional e o paciente é contratual (ainda que, muitas vezes, de forma tácita), estabelecendo uma obrigação de meio, e não de resultado. Isso significa que o profissional não se obriga a curar o paciente, mas se compromete a empregar toda a sua diligência, conhecimento e técnica disponíveis para buscar o melhor resultado possível. A responsabilidade do profissional de saúde é, via de regra, subjetiva, conforme estabelece o artigo 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), aplicável à relação. Isso implica que, para que o profissional seja obrigado a indenizar, é necessária a comprovação de quatro elementos: a conduta (uma ação ou omissão), o dano (a lesão sofrida pelo paciente), o nexo de causalidade (a ligação entre a conduta e o dano) e a culpa (a demonstração de que o profissional agiu com negligência, imprudência ou imperícia).

É na análise da culpa que a questão da barreira comunicacional se torna central. A negligência é caracterizada pela omissão, pela falta de cuidado ou pela inércia. Um profissional de saúde que, diante de um paciente surdo, constata a impossibilidade de uma comunicação eficaz e, mesmo assim, prossegue com o atendimento sem buscar os meios adequados para superar essa barreira — como acionar um intérprete de Libras (se disponível), contatar uma central de interpretação por vídeo, ou mesmo transferir o atendimento para um local ou profissional capacitado (em situações não emergenciais) — age com manifesta negligência. Ele se omite em seu dever de garantir a segurança e

a qualidade do atendimento. A conduta esperada do "homem médio", ou, no caso, do "profissional médio", seria a de reconhecer a limitação e agir para mitigá-la. Ao ignorar a barreira e prosseguir "às cegas", ele assume o risco de causar um dano, o que configura sua culpa. A negligência se torna ainda mais grave quando se considera o arcabouço legal já discutido nos capítulos anteriores. Desde a Lei de Libras (2002) e, especialmente, desde o Decreto nº 5.626/2005, a necessidade de acessibilidade comunicacional na saúde é uma obrigação legal. O profissional não pode mais alegar desconhecimento. A omissão em prover ou buscar os meios de comunicação acessíveis é uma omissão qualificada pelo descumprimento de um dever legal expresso.

A imprudência, por sua vez, é uma conduta comissiva, um agir sem a cautela necessária. Ela se manifesta quando o profissional, ciente da comunicação precária, toma decisões clínicas arriscadas. Por exemplo, prescrever um medicamento de alta toxicidade ou indicar um procedimento invasivo com base em uma anamnese incompleta e duvidosa é um ato de imprudência. O profissional precipita-se, agindo com base em informações insuficientes, quando a cautela exigiria uma investigação mais aprofundada ou, antes de tudo, o estabelecimento de um canal de comunicação confiável. A decisão de realizar uma cirurgia com base em um "consentimento" obtido por meio de gestos, sem a certeza da compreensão do paciente sobre os riscos, é um exemplo clássico de imprudência médica, pois expõe o paciente a um perigo que ele não compreendeu e, portanto, não assumiu validamente.

Já a imperícia se refere à falta de aptidão ou conhecimento técnico para o exercício da profissão. Tradicionalmente, a imperícia é associada a erros de técnica cirúrgica ou de diagnóstico de doenças raras. No entanto, o conceito pode e deve ser expandido para abarcar as competências comunicacionais, especialmente quando estas são essenciais para a prática segura da medicina. Em um país com uma língua oficial para a comunidade surda, a completa incapacidade de um profissional de saúde de estabelecer qualquer forma de comunicação funcional com um paciente surdo pode ser interpretada como uma forma de imperícia relacional ou comunicacional. Embora não se possa exigir a fluência em Libras de todos os profissionais, a total falta de preparo para lidar com a situação — o desconhecimento sobre a existência de intérpretes, de tecnologias assistivas ou dos protocolos mínimos para buscar ajuda — revela uma falha na formação técnica para atuar em um sistema de saúde que se pretende universal. A

imperícia se torna mais evidente quando o profissional tenta se comunicar de forma inadequada, utilizando, por exemplo, um "português sinalizado" incorreto que mais confunde do que esclarece, demonstrando falta de conhecimento sobre a própria estrutura da língua que tenta utilizar.

Enquanto a responsabilidade do profissional é subjetiva, a das instituições de saúde — hospitais, clínicas e os próprios entes públicos (União, Estados e Municípios) — é, em regra, objetiva. Isso significa que a instituição responde pelo dano causado independentemente da comprovação de culpa de seus agentes. Essa responsabilidade, fundamentada no artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor e no artigo 37, § 6º, da Constituição Federal (para o poder público), baseia-se na teoria do risco da atividade. Quem se propõe a exercer uma atividade econômica ou a prestar um serviço público assume os riscos inerentes a essa atividade. A prestação de serviços de saúde é uma atividade de alto risco, e um desses riscos é, precisamente, a falha na prestação do serviço. A ausência de uma estrutura adequada para garantir a comunicação com pacientes surdos é uma falha na organização do serviço. Portanto, quando um paciente sofre um dano devido à barreira linguística, a instituição de saúde é diretamente responsável pela reparação, pois falhou em seu dever de fornecer um serviço seguro e adequado.

A responsabilidade da instituição é ainda mais clara. Não cabe ao médico, individualmente, contratar um intérprete de Libras para o hospital. Cabe à instituição, em seu dever de organização e gestão, estruturar-se para cumprir a legislação e garantir a acessibilidade. A obrigação de ter "profissionais capacitados para o uso de Libras, ou para sua tradução e interpretação", conforme o Decreto nº 5.626/2005, é uma obrigação da instituição. Ao não prover essa estrutura, a instituição comete um ato ilícito e assume a responsabilidade por todos os danos que decorram dessa omissão. O paciente lesado não precisa provar que o médico A ou o enfermeiro B agiu com culpa; basta que ele demonstre o dano sofrido e o nexo de causalidade com a falha do serviço (a ausência de comunicação acessível). O hospital ou o ente público só se eximiria da responsabilidade se provasse uma das excludentes, como a culpa exclusiva da vítima, o que é virtualmente impossível neste cenário. A instituição pode, posteriormente, em uma ação de regresso, buscar a responsabilização do profissional se comprovar que ele agiu com dolo ou culpa, mas, perante o paciente, sua responsabilidade é primária e objetiva.

Em casos de extrema gravidade, onde a conduta culposa resulta em lesão corporal grave ou morte, a responsabilidade pode transcender a esfera cível e alcançar a esfera penal. O Código Penal tipifica os crimes de lesão corporal culposa (Art. 129, § 6º) e homicídio culposo (Art. 121, § 3º), que ocorrem quando o agente dá causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Se for comprovado que a morte de um paciente foi causada por um erro diagnóstico ou de tratamento diretamente resultante da negligência do profissional em superar a barreira comunicacional, este pode, em tese, ser responsabilizado criminalmente. A imputação penal é mais complexa e exige uma prova robusta do nexo causal e da previsibilidade do resultado. No entanto, não é uma possibilidade a ser descartada. A previsibilidade, neste contexto, é alta. Um profissional que atende um paciente com dor torácica sem conseguir se comunicar adequadamente tem a obrigação de prever que pode estar diante de um infarto e que a falha na comunicação pode levar a um desfecho fatal. A omissão em garantir a comunicação, nesse caso, pode ser considerada a causa jurídica do resultado morte, atraindo a responsabilidade penal.

Em suma, o dano sofrido pelo paciente surdo não é um infortúnio sem autoria. Ele é o produto de uma cadeia de responsabilidades. Há a responsabilidade subjetiva do profissional que, na ponta, age com culpa ao não empregar a diligência necessária para garantir uma comunicação segura. E há, de forma mais ampla e estrutural, a responsabilidade objetiva da instituição de saúde, que falha em seu dever de organizar um serviço acessível e seguro, descumprindo a lei e assumindo o risco de lesar seus pacientes. A judicialização de casos de dano por barreira comunicacional é, portanto, não apenas um caminho para a reparação individual da vítima, mas também um poderoso instrumento de transformação social. Cada condenação serve como um precedente, um alerta para as instituições de saúde de que a inércia tem um custo, e que o investimento em acessibilidade não é uma opção, mas uma obrigação jurídica cujo descumprimento pode e deve gerar severas consequências legais.

## **CAPÍTULO 8: SAÚDE MENTAL E O ISOLAMENTO: ABORDAGEM SOBRE O IMPACTO PSICOLÓGICO DA EXCLUSÃO NA SAÚDE, COMO ANSIEDADE E DEPRESSÃO, E A DIFICULDADE DE ACESSO A TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS PARA SURDOS**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima <sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho <sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva <sup>3</sup>  
Ester Moreira Silva <sup>4</sup>

### **Co-autores**

Domingos Sombreira Da Silva <sup>5</sup>  
Ellen Amaral Da Silva <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde.–Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação-Must University

<sup>4</sup> Mestra em Direito - UNAMA

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A saúde, em sua definição holística, é um tripé composto pelo bem-estar físico, social e mental. Se os capítulos anteriores demonstraram como a barreira comunicacional compromete o pilar da saúde física, este se volta para uma dimensão talvez ainda mais insidiosa e invisível do dano: o impacto devastador da exclusão na saúde mental da comunidade surda. A experiência de ser consistentemente incompreendido, ignorado e marginalizado, especialmente em momentos de vulnerabilidade, não é um mero inconveniente; é uma forma de violência psicológica crônica, um gotejamento constante de microagressões que erodem a autoestima, geram ansiedade e podem precipitar quadros depressivos severos. O isolamento imposto pela barreira linguística transcende o consultório médico e se espalha por todas as facetas da vida, mas é no contexto da saúde que ele se manifesta de forma mais aguda e perigosa. Este capítulo se propõe a uma análise aprofundada dessa intersecção cruel, abordando uma dupla tragédia: primeiro, como a própria experiência de buscar cuidado para a saúde física se torna um

gatilho para o adoecimento psíquico; e segundo, como o indivíduo surdo que já sofre de um transtorno mental encontra barreiras ainda mais altas e complexas para acessar um diagnóstico e tratamento psiquiátrico adequados. A psiquiatria, uma especialidade médica que depende quase que inteiramente da linguagem e da comunicação para sua prática, torna-se um campo praticamente inacessível quando o sistema se recusa a falar a língua do paciente. Argumenta-se que a comunidade surda enfrenta uma "dupla vulnerabilidade": o risco aumentado de desenvolver transtornos mentais como resultado da exclusão social e comunicacional, e a quase impossibilidade de receber tratamento para esses mesmos transtornos. O resultado é um ciclo vicioso de sofrimento silencioso, diagnósticos equivocados e medicalização inadequada, que representa uma das mais graves e negligenciadas crises de saúde pública dentro da já precária atenção à população surda.

A gênese do sofrimento psíquico associado à barreira comunicacional na saúde começa muito antes de um diagnóstico psiquiátrico formal. Ela se inicia na antecipação do encontro com o serviço de saúde. Para uma pessoa ouvinte, a decisão de procurar um médico pode gerar ansiedade relacionada à doença em si. Para uma pessoa surda, a essa ansiedade primária se soma uma camada adicional e paralisante de estresse: a certeza da dificuldade de comunicação. A mente do paciente é inundada por uma cascata de preocupações: "Como vou explicar o que estou sentindo?", "Será que vão me entender?", "Vou precisar levar um familiar e expor minha intimidade?", "E se for uma emergência e eu estiver sozinho?". Essa ruminação ansiosa, que precede cada consulta, cada exame, cada visita a um hospital, constitui um estressor crônico. O sistema de saúde, que deveria ser uma fonte de segurança e alívio, transforma-se em uma fonte de medo e angústia. Essa experiência repetida de estresse antecipatório pode levar ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade generalizada, fobias sociais (evitação de situações sociais, incluindo as de cuidado médico) e ataques de pânico. O paciente pode passar a evitar procurar ajuda médica, mesmo quando necessário, em um comportamento de esquiva para não ter que enfrentar a humilhação e a frustração da incompreensão. Este adiamento do cuidado, por sua vez, leva ao agravamento de suas condições de saúde física, criando um ciclo de retroalimentação negativo onde a saúde física e a mental se deterioram em conjunto.

Dentro do consultório, a experiência de exclusão se materializa e intensifica o dano psíquico. A sensação de impotência ao tentar comunicar uma dor e ser recebido com um olhar vago ou impaciente, a frustração de ver suas preocupações serem minimizadas por não serem compreendidas, e a humilhação de ser tratado como incapaz ou infantilizado geram sentimentos de invalidação e desvalorização. A autoestima do indivíduo é minada. Ele pode internalizar a ideia de que suas necessidades não são importantes ou que ele é um fardo para o sistema. Essa erosão da autoimagem é um terreno fértil para o desenvolvimento da depressão. A literatura sobre minorias linguísticas e culturais demonstra consistentemente que a experiência de discriminação e marginalização é um fator de risco significativo para transtornos depressivos. No caso da comunidade surda, essa discriminação se manifesta de forma aguda na barreira comunicacional. O isolamento sentido dentro do consultório é um microcosmo do isolamento social mais amplo, mas com um peso maior, pois ocorre em um momento em que o indivíduo está em seu estado mais vulnerável. A falta de controle sobre o próprio cuidado, a perda de autonomia e a violação da privacidade (quando familiares são usados como intérpretes) são experiências que geram um profundo sentimento de desesperança e desamparo, que são os pilares cognitivos da depressão.

Se a busca por cuidado para a saúde física já é um gatilho para o adoecimento mental, a busca por tratamento para a própria saúde mental revela uma barreira quase intransponível. A psiquiatria e a psicologia são, por natureza, "ciências da palavra". O diagnóstico psiquiátrico depende de uma anamnese detalhada sobre a história de vida do paciente, seus padrões de pensamento, suas emoções, suas relações interpessoais e a sutileza de suas experiências subjetivas. A psicoterapia, principal ferramenta de tratamento não farmacológico, é um processo de cura através do diálogo. Quando esse diálogo é impossível, toda a prática da saúde mental desmorona. O desafio começa na triagem. Um paciente surdo que chega a um serviço de saúde mental com uma crise de ansiedade ou em um estado psicótico agudo enfrenta uma equipe que, em sua vasta maioria, não tem o menor preparo para lidar com ele. A sua agitação, decorrente do pânico ou da psicose, pode ser erroneamente interpretada como agressividade, e sua tentativa de se comunicar em Libras, como "gesticulação bizarra". O resultado frequente é a contenção física e a sedação química, uma resposta que silencia o sintoma sem

sequer arranhar a superfície da causa. O paciente é tratado como um problema a ser controlado, não como um ser humano em sofrimento a ser compreendido.

Supondo que o paciente consiga uma consulta psiquiátrica, o problema da avaliação se impõe. Os instrumentos diagnósticos padrão, como as escalas de avaliação de depressão e ansiedade e as entrevistas clínicas estruturadas, são desenvolvidos e validados para a população ouvinte. Sua aplicação a um paciente surdo por meio da escrita ou com a mediação de um intérprete não qualificado é metodologicamente falha e clinicamente perigosa. Muitos conceitos abstratos da psicopatologia (como "anedonia", "ideação paranoide" ou "fuga de ideias") não possuem uma tradução literal e direta para a Libras. Sua expressão na língua de sinais pode ter nuances culturais e linguísticas que apenas um profissional fluente ou um intérprete com vasta experiência na área da saúde mental conseguiria captar e traduzir adequadamente. Sem esse conhecimento especializado, o risco de um diagnóstico equivocado é imenso. Um paciente surdo com transtorno bipolar, em uma fase de mania, pode ter sua fala rápida em Libras e sua grandiosidade interpretadas como simples "agitação". Um paciente com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), cujos sintomas incluem flashbacks e reações dissociativas, pode ser diagnosticado erroneamente com esquizofrenia, devido à natureza "estranha" de seu comportamento para um observador não treinado.

Essa falha diagnóstica leva diretamente a uma das práticas mais perigosas: a medicalização inadequada. Diante da incapacidade de realizar uma avaliação psicopatológica precisa, a tendência é tratar os sintomas mais aparentes com psicofármacos potentes. A "agitação" é tratada com antipsicóticos, a "tristeza" com antidepressivos, a "ansiedade" com benzodiazepínicos, muitas vezes em doses altas e em combinações não criteriosas. O paciente surdo torna-se um alvo fácil para a polifarmácia. Ele recebe medicamentos que podem não ser indicados para sua condição real, expondo-o a uma gama de efeitos colaterais graves (ganho de peso, diabetes, sintomas extrapiramidais, dependência química) sem obter o benefício terapêutico esperado. Pior ainda, a medicação pode mascarar a verdadeira natureza do problema, cronificando o transtorno e dificultando ainda mais um diagnóstico correto no futuro. O tratamento farmacológico, que deveria ser uma ferramenta precisa, torna-se uma forma de contenção química, uma maneira de tornar o paciente "gerenciável" para um sistema que não consegue, ou não quer, compreendê-lo.

Paralelamente, o acesso à psicoterapia, que para muitos transtornos é o tratamento de primeira linha ou um componente essencial do cuidado, é praticamente nulo. A oferta de psicólogos e psiquiatras fluentes em Libras é ínfima e concentrada em poucos grandes centros urbanos, deixando a vasta maioria da população surda do país desassistida. A terapia com a mediação de um intérprete de Libras, embora seja uma alternativa viável, apresenta seus próprios desafios. Requer um intérprete com formação específica em saúde mental, que compreenda os conceitos de sigilo, neutralidade e a complexidade da transferência e contratransferência na relação terapêutica. A presença de uma terceira pessoa na sala de terapia, por mais qualificada que seja, altera a dinâmica do processo e exige um manejo técnico apurado tanto do terapeuta quanto do intérprete. A realidade, no entanto, é que mesmo os intérpretes gerais são escassos no SUS; intérpretes especializados em saúde mental são uma raridade extrema. Na prática, isso significa que a imensa maioria dos pacientes surdos no Brasil está privada do acesso à forma mais eficaz de tratamento para o sofrimento psíquico. Eles estão condenados a um modelo de cuidado puramente medicamentoso e, como vimos, frequentemente equivocado.

Em conclusão, a barreira comunicacional na saúde impõe um fardo psicológico esmagador sobre a comunidade surda. Ela não apenas gera e agrava transtornos mentais como ansiedade e depressão através de um processo contínuo de estresse e invalidação, mas também bloqueia de forma sistemática o acesso ao cuidado psiquiátrico minimamente adequado. O sistema de saúde, em sua configuração atual, é estruturalmente incompetente para diagnosticar, tratar e acolher o sofrimento mental da população surda. Ele responde com sedação em vez de compreensão, com medicalização em vez de diálogo, com exclusão em vez de terapia. Este ciclo de negligência não é apenas uma falha técnica; é uma crise humanitária silenciosa, uma violação contínua do direito fundamental à saúde em sua dimensão mais íntima e profunda. A superação dessa crise exige mais do que a simples disponibilização de intérpretes; requer uma reforma profunda na formação dos profissionais de saúde mental, o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos cultural e linguisticamente adaptados, e a criação de serviços de saúde mental que sejam, desde sua concepção, bilíngues e biculturais. Sem essa transformação radical, o sofrimento psíquico da comunidade surda continuará a ecoar no silêncio ensurdecido da indiferença institucional.

**CAPÍTULO 9: A CRIANÇA SURDA E A PEDIATRIA: OS DESAFIOS  
ESPECÍFICOS NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO, A IMPORTÂNCIA DA  
COMUNICAÇÃO COM OS PAIS E O DIREITO DA CRIANÇA DE SE  
EXPRESSAR**

**Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Valdiana Gomes Rolim Albuquerque<sup>4</sup>

**Co-autores**

Ericlis Nascimento das Chagas Silva<sup>5</sup>  
Cássia de Oliveira Miguins<sup>6</sup>  
Kaylane Campelo Lima<sup>7</sup>  
Samira da Silva Pinto<sup>8</sup>  
Mikaelly da Silva de Marcedo<sup>9</sup>  
Bruno Kadson Silva Sousa<sup>10</sup>  
Yasmin Rocha Albino<sup>11</sup>  
Ana Gabryelle dos Santos Amaro<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação.  
lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail:  
karlanelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Mestrado em Gestão em cuidados de saúde - Must University

<sup>5</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A pediatria, em sua essência, é a medicina da vulnerabilidade e do potencial. Ela cuida do ser humano em sua fase mais crucial de desenvolvimento, onde cada intervenção, cada diagnóstico e cada orientação podem ter repercussões por toda a vida. Quando a criança sob cuidado é surda, essa já delicada equação ganha camadas exponenciais de complexidade e responsabilidade. O atendimento pediátrico à criança surda não é

apenas uma versão em menor escala do atendimento ao adulto; é um campo inteiramente distinto, com desafios únicos que se iniciam no momento do diagnóstico da surdez e se estendem por toda a jornada do crescimento. A comunicação, já estabelecida como pilar central do cuidado em saúde, assume aqui uma dimensão triádica: não se trata mais apenas da interação entre profissional e paciente, mas de uma complexa rede de diálogo que envolve o profissional, a criança e seus pais ou cuidadores — que, em mais de 90% dos casos, são ouvintes e não têm familiaridade prévia com a surdez ou com a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Este capítulo se aprofunda na análise multifacetada dessa realidade, argumentando que a falha comunicacional na pediatria não apenas compromete a saúde física da criança, mas também sabota seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social, violando seus direitos mais fundamentais. A discussão irá percorrer o caminho que vai desde o impacto do diagnóstico da surdez e a orientação (ou desorientação) dada aos pais, passando pelos riscos clínicos específicos em um ambiente pediátrico linguisticamente inacessível, até a afirmação crucial do direito da própria criança de ser ouvida, de consentir de forma progressiva e de ter sua identidade linguística e cultural respeitada desde o berço. A negligência comunicacional na infância não gera apenas um dano presente; ela planta sementes de desigualdade e sofrimento que germinarão por toda a vida adulta, tornando a pediatria o front mais crítico e urgente na luta por um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo.

O primeiro grande desafio emerge no momento do diagnóstico da surdez, geralmente após a falha no teste da orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal). Para a esmagadora maioria dos pais ouvintes, a notícia é recebida com choque, medo e luto pelo "filho idealizado". Este é um momento de extrema fragilidade emocional, onde a orientação fornecida pela equipe de saúde é absolutamente determinante para o futuro da criança. É aqui que a primeira e talvez mais grave falha de comunicação do sistema ocorre. Historicamente, e ainda hoje em muitos contextos, a abordagem predominante é a clínico-patológica, que apresenta a surdez como uma doença, uma deficiência a ser "corrigida". Os pais são imediatamente bombardeados com informações sobre aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e, principalmente, sobre o implante coclear, apresentado muitas vezes como a "solução" definitiva para a surdez. O que frequentemente falta nesse aconselhamento inicial é a outra metade da história: a

perspectiva sociocultural. Raramente os pais são informados de que a surdez é também uma diferença linguística e cultural, que seu filho pode se desenvolver de forma plena e saudável como um indivíduo bilíngue, tendo a Libras como sua primeira língua e o português escrito como segunda. A Lei nº 10.436/2002 e o Decreto nº 5.626/2005 garantem o direito à educação bilíngue e o acesso à Libras, mas essa informação crucial é frequentemente omitida ou minimizada no ambiente clínico, que privilegia a abordagem oralista ou "curativa".

Essa omissão deliberada ou por desconhecimento constitui uma grave violação do direito dos pais ao consentimento informado sobre o projeto de vida de seu filho. Eles são levados a tomar decisões de longo alcance — como a opção por uma cirurgia de implante coclear, um procedimento irreversível e com seus próprios riscos e limitações — com base em informações parciais e enviesadas. A falta de contato com adultos surdos bem-sucedidos e com a comunidade surda local priva os pais de modelos positivos e de uma rede de apoio que poderia aliviar sua angústia e mostrar-lhes um futuro diferente daquele centrado na busca incessante pela oralização. A falha do sistema de saúde em apresentar a Libras não como uma "última opção", mas como um caminho linguístico válido e enriquecedor desde o início, tem consequências devastadoras. Atrasar a exposição da criança à Libras durante a janela crítica do desenvolvimento da linguagem (os primeiros anos de vida) pode levar a prejuízos cognitivos e linguísticos permanentes, um fenômeno conhecido como "privação linguística". A criança, sem acesso a uma língua plenamente acessível (seja a oral, que ela não ouve, ou a de sinais, que não lhe foi apresentada), fica em um limbo comunicacional que afeta seu desenvolvimento intelectual, sua capacidade de socialização e sua saúde mental. A responsabilidade do sistema de saúde, portanto, começa aqui: no dever de fornecer uma orientação completa, imparcial e que inclua a perspectiva sociocultural da surdez, capacitando os pais a fazerem escolhas verdadeiramente informadas.

Superada, ou não, essa fase inicial, os desafios comunicacionais permeiam todo o cuidado pediátrico rotineiro. A comunicação na pediatria é inerentemente complexa. O profissional precisa ser capaz de "traduzir" a linguagem técnica para os pais e, ao mesmo tempo, saber interpretar os sinais não-verbais e as descrições muitas vezes vagas da própria criança. Quando a criança é surda e os pais são ouvintes, a tríade se quebra.

O profissional não consegue se comunicar diretamente com a criança. A criança não consegue expressar diretamente seus sintomas e medos ao profissional. E os pais, muitas vezes ainda aprendendo Libras (se tiverem recebido a orientação correta), tornam-se intermediários sobrecarregados e, por vezes, ineficazes. Uma consulta sobre uma simples dor de ouvido, por exemplo, torna-se um exercício de triangulação frustrante. A criança sinaliza para os pais, que tentam traduzir para o médico, que faz uma pergunta aos pais, que tentam repassá-la à criança. Nesse "telefone sem fio", nuances são perdidas, a precisão se esvai e o risco de erro aumenta. O profissional não consegue avaliar adequadamente a intensidade da dor, sua localização exata ou outros sintomas associados que a criança poderia expressar diretamente.

Essa dificuldade se agrava em situações que exigem a colaboração da criança. Exames físicos que requerem que a criança siga instruções ("respire fundo", "abra a boca", "olhe para a luz") tornam-se um desafio. Procedimentos como vacinação, coleta de sangue ou administração de medicamentos podem se tornar extremamente traumáticos, não apenas pela dor, mas pela incapacidade de explicar à criança o que vai acontecer, de prepará-la e de confortá-la em sua própria língua. A criança surda pode perceber o ambiente médico como um lugar imprevisível, assustador e hostil, onde pessoas estranhas fazem coisas em seu corpo sem sua compreensão ou consentimento. Essa associação negativa pode gerar traumas duradouros e uma aversão ao cuidado de saúde que se estende pela vida adulta. A ausência de profissionais de saúde que saibam Libras ou de intérpretes pediátricos qualificados priva a criança de uma experiência de cuidado humanizada e segura. Ela é tratada como um objeto do cuidado, e não como o sujeito central dele. A comunicação com os pais, embora essencial, não substitui a comunicação direta com a criança. O direito da criança de entender o que está acontecendo com seu próprio corpo é um princípio fundamental da pediatria moderna, e ele é sistematicamente negado à criança surda em um sistema despreparado.

À medida que a criança cresce e entra na adolescência, os desafios se transformam e se intensificam. A adolescência é um período de busca por autonomia, de desenvolvimento da identidade e de surgimento de questões de saúde complexas e íntimas, como saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e uso de substâncias. Para o adolescente surdo, a dependência contínua dos pais como intermediários na consulta médica torna-se insustentável e violadora de sua privacidade. Como pode um adolescente discutir com

um médico sobre contracepção, sexualidade ou sentimentos de depressão com seus pais na sala, traduzindo cada palavra? É uma violação flagrante de seu direito à confidencialidade. A ausência de um canal de comunicação direto e privado com o profissional de saúde impede o adolescente de buscar ajuda para suas questões mais urgentes e pessoais. O resultado é uma perigosa lacuna no cuidado preventivo. O adolescente surdo pode não receber orientação adequada sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez não planejada ou sobre os riscos do uso de álcool e outras drogas. Questões de saúde mental, que frequentemente emergem com força na adolescência, permanecem não ditas e não tratadas, aumentando o risco de suicídio, automutilação e outros desfechos trágicos.

O princípio do consentimento informado, que na pediatria é aplicado de forma progressiva (chamado de assentimento), também é completamente anulado. A partir de uma certa idade e com maturidade cognitiva, a criança e, mais ainda, o adolescente, têm o direito de participar das decisões sobre seu tratamento. Eles devem ser informados sobre sua condição de saúde e suas opiniões devem ser levadas em consideração. Para o adolescente surdo, esse direito é letra morta. As decisões são tomadas por cima dele, entre os pais e os médicos. Ele é excluído das conversas que definirão seu futuro, sua saúde e seu corpo. Essa exclusão contínua reforça sentimentos de impotência e invalidação, podendo exacerbar conflitos familiares e problemas de saúde mental. O sistema de saúde, ao não prover um ambiente confidencial e acessível, falha em sua responsabilidade de facilitar a transição do adolescente para um adulto autônomo e responsável por sua própria saúde. Ele o mantém em um estado de dependência infantilizada, com consequências deletérias para seu desenvolvimento psicossocial.

Em conclusão, o atendimento pediátrico à criança surda em um sistema de saúde linguisticamente inacessível é uma falha estrutural de proporções catastróficas. Ele começa com uma orientação inadequada aos pais que pode comprometer todo o desenvolvimento linguístico e cognitivo da criança. Prossegue com um cuidado rotineiro marcado pela imprecisão, pelo risco e pela produção de trauma, tratando a criança como um objeto passivo. E culmina em uma adolescência de segredos, riscos não abordados e autonomia suprimida. Cada etapa dessa jornada é uma violação não apenas das leis de acessibilidade, mas dos princípios mais sagrados da pediatria: o dever de não maleficência (*primum non nocere*), o respeito pela dignidade do paciente e a

promoção do seu melhor interesse. A ausência da Libras no cuidado pediátrico não é um detalhe; é o fator que impede o sistema de cumprir sua função primária. A criação de serviços pediátricos verdadeiramente bilíngues e biculturais, com equipes multiprofissionais capacitadas e com a presença constante de intérpretes, não é um luxo ou uma opção. É a única forma de garantir que as crianças surdas do Brasil tenham o mesmo direito que todas as outras crianças: o direito a crescerem saudáveis, seguras, compreendidas e respeitadas em sua plenitude.

## CAPÍTULO 10: URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA LUTA CONTRA O TEMPO E O SILÊNCIO

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>

### **Co-autores**

Ericlis Nascimento das Chagas Silva<sup>4</sup>  
Cássia de Oliveira Miguins<sup>5</sup>  
Kaylane Campelo Lima<sup>6</sup>  
Samira da Silva Pinto<sup>7</sup>  
Mikaely da Silva de Marcedo<sup>8</sup>  
Bruno Kadson Silva Sousa<sup>9</sup>  
Yasmin Rocha Albino<sup>10</sup>  
Daniela Aline Andrade Santos<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

Nos corredores de um pronto-socorro, o tempo não é medido em horas ou minutos, mas em segundos que separam a vida da morte, a recuperação plena da sequela permanente. A medicina de urgência e emergência é uma disciplina da ação imediata, da decisão rápida e, acima de tudo, da comunicação precisa. Cada pergunta feita, cada resposta obtida, cada instrução dada é uma peça crítica em um quebra-cabeça montado contra o relógio. É neste cenário de altíssima pressão, onde a margem para erro é praticamente inexistente, que a barreira comunicacional imposta ao paciente surdo se revela em sua forma mais brutal e perigosa. A luta pela vida, já árdua por si só, torna-se uma batalha dupla: uma luta contra a patologia aguda e outra, igualmente desesperada, contra o silêncio imposto pela incompreensão. Este capítulo se aprofunda na análise deste

cenário extremo, argumentando que a ausência da Língua Brasileira de Sinais (Libras) nos serviços de urgência e emergência não é apenas uma violação de direitos, mas uma falha de segurança do paciente de magnitude catastrófica, que multiplica exponencialmente o risco de desfechos adversos graves. A discussão irá percorrer a jornada do paciente surdo desde o momento da chamada de socorro, passando pela triagem e classificação de risco, até o atendimento intra-hospitalar, demonstrando como cada etapa é minada pela impossibilidade de diálogo. A análise jurídica será retomada para enfatizar como, neste contexto, a negligência comunicacional atinge seu grau máximo, configurando uma violação direta não apenas das leis de acessibilidade, mas do próprio direito à vida, consagrado como o mais fundamental de todos os direitos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A jornada do paciente surdo em uma situação de emergência já começa com um obstáculo primário e, muitas vezes, intransponível: o pedido de socorro. Os serviços de atendimento pré-hospitalar, como o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), são acionados predominantemente por via telefônica. Para um cidadão surdo que está sozinho e enfrenta uma emergência médica — como um infarto, um AVC, uma crise alérgica grave ou um trauma —, a impossibilidade de usar o telefone para pedir ajuda pode ser a primeira e fatal barreira. A dependência de terceiros (vizinhos, familiares, transeuntes) para realizar a chamada coloca o indivíduo surdo em uma posição de extrema vulnerabilidade, atrasando o início do atendimento em um momento onde cada minuto é crucial. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) é explícito em seu artigo 22, ao determinar que à pessoa com deficiência "será assegurada acessibilidade nos serviços de emergência". A ausência de canais de acionamento acessíveis, como aplicativos de mensagem, videochamadas com intérpretes ou linhas de SMS dedicadas, constitui uma falha primária do Estado em cumprir seu dever, uma falha que pode custar a vida do cidadão antes mesmo que ele tenha a chance de chegar ao hospital.

Supondo que o paciente consiga, por algum meio, chegar ao serviço de emergência, ele se depara com a segunda barreira crítica: a triagem. A triagem, baseada em protocolos como o de Manchester, é o processo de classificação de risco que determina a prioridade do atendimento. Ela não se baseia apenas em sinais vitais, mas fundamentalmente no relato do paciente sobre a natureza e a intensidade de seus sintomas. É neste momento

que o profissional de enfermagem precisa diferenciar uma dor de cabeça comum de uma cefaleia súbita e explosiva que pode indicar uma hemorragia subaracnoide; uma dor no peito de origem muscular de uma dor isquêmica característica de um infarto. Conforme destacam Oliveira, Celino e Costa (2021), a comunicação é uma ferramenta essencial para a assistência, e sua ausência na triagem é desastrosa. Um paciente surdo, incapaz de descrever verbalmente a gravidade de seus sintomas, corre o risco real de ser sub-classificado. Sua dor lancinante pode ser interpretada como um desconforto menor, recebendo uma pulseira de cor verde ou azul (baixa prioridade) quando, na verdade, sua condição exigiria atendimento imediato (pulseira vermelha ou laranja). Ele é então deixado na sala de espera, enquanto sua condição se deteriora. Essa falha na classificação de risco não é um mero erro administrativo; é uma negligência que coloca o paciente em perigo iminente, uma consequência direta da "inadequação da comunicação entre profissional e paciente surdo" (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005, p. 421).

Uma vez no consultório de emergência, a ausência de comunicação eficaz continua a amplificar os riscos. O médico, pressionado pelo tempo e pela superlotação do serviço, precisa tomar decisões rápidas com base em informações limitadas. A impossibilidade de realizar uma anamnese de emergência adequada — perguntar sobre alergias, medicamentos em uso, histórico de doenças, hora da última refeição (crucial para uma possível anestesia) — transforma o atendimento em um campo minado. A administração de um medicamento ao qual o paciente é alérgico, a interação medicamentosa perigosa ou a indicação de um procedimento contraindicado por uma condição preexistente tornam-se riscos palpáveis. O estudo de Miranda et al. (2020) aponta que a comunicação com surdos no atendimento em saúde é frequentemente marcada por barreiras que geram exclusão e insegurança, um cenário que na emergência atinge seu ápice. O profissional é forçado a praticar uma medicina reativa e baseada em suposições, violando os preceitos de uma prática segura e baseada em evidências.

A questão do consentimento informado em situações de urgência e emergência adquire contornos ainda mais dramáticos. Embora a lei preveja que, em caso de risco iminente de morte, o consentimento pode ser dispensado para salvar a vida do paciente, essa exceção não se aplica a todas as situações. Muitas vezes, existem diferentes opções de tratamento, mesmo na emergência, e o paciente, se consciente e orientado, tem o direito

de participar da decisão. Um paciente surdo com uma fratura exposta, por exemplo, precisa compreender a natureza do procedimento cirúrgico, os riscos de infecção e a possibilidade de sequelas. Um paciente com um quadro de abdome agudo precisa entender por que uma cirurgia exploratória é necessária. Sem um intérprete de Libras, esse diálogo é impossível. O paciente é submetido a procedimentos invasivos sem qualquer compreensão do que está sendo feito em seu corpo. Essa é uma violação profunda de sua autonomia e dignidade, que o reduz à condição de objeto passivo da intervenção médica. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) é claro ao garantir o direito ao consentimento livre e esclarecido, e a urgência da situação não anula esse direito, apenas o contextualiza. A obrigação do serviço de saúde de prover os meios para a comunicação, conforme o Decreto nº 5.626/2005, torna-se ainda mais premente neste cenário, pois a decisão a ser tomada pode ter consequências irreversíveis.

A análise da responsabilidade jurídica, discutida no Capítulo 7, ganha aqui sua máxima expressão. A negligência do sistema em não se estruturar para atender pacientes surdos em situações de emergência é grosseira. A previsibilidade do dano é altíssima — é evidente que a ausência de comunicação em um pronto-socorro levará a erros e desfechos graves. A conduta do Estado e das instituições de saúde, ao ignorarem por décadas as determinações legais de acessibilidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2015), configura uma omissão ilícita que, no contexto da emergência, pode ser equiparada a uma falha dolosa em sua modalidade de dolo eventual, onde o agente, mesmo não querendo o resultado danoso, assume o risco de produzi-lo. A instituição "assume o risco" de que um paciente surdo seja mal classificado na triagem, que receba um tratamento incorreto ou que morra por falta de um diagnóstico atempado. A luta do paciente surdo contra o tempo e o silêncio é, portanto, o resultado direto de uma decisão política e administrativa de não investir em acessibilidade. Conforme argumentam Silva et al. (2024), a ausência da Libras no SUS fere diretamente o princípio da equidade, e em nenhum lugar essa ferida é mais profunda e letal do que nos serviços de urgência.

Em conclusão, o atendimento de urgência e emergência representa o colapso final do direito à saúde para a comunidade surda. É o ponto onde a exclusão comunicacional se converte, da forma mais direta e inequívoca, em risco de morte. A jornada do paciente, desde a dificuldade de pedir socorro até a submissão a procedimentos não

compreendidos, é uma sucessão de violações que desafiam os princípios mais básicos da ética médica e do direito. A solução para este problema gravíssimo não pode ser deixada ao acaso, à boa vontade de um profissional que saiba alguns sinais ou à sorte de um familiar estar presente. A solução exige uma resposta sistêmica e robusta: a implementação obrigatória de centrais de interpretação por vídeo (CILs) acessíveis 24 horas por dia em todos os serviços de urgência, a formação contínua das equipes de emergência em protocolos de atendimento ao paciente surdo e a criação de canais de acionamento de emergência verdadeiramente acessíveis. Sem essas medidas, o silêncio continuará a ser um fator de morbidade e mortalidade, e o direito à vida, para os cidadãos surdos, continuará a depender da sorte, em uma trágica e evitável loteria contra o tempo.

# **Parte III**

## **Construindo Pontes (Soluções e Caminhos)**

# **CAPÍTULO 11: O INTÉRPRETE DE LIBRAS: UM AGENTE DE SAÚDE: A IMPORTÂNCIA E O PAPEL DO INTÉRPRETE NO AMBIENTE HOSPITALAR, OS DESAFIOS DA PROFISSÃO E A NECESSIDADE DE SUA PRESENÇA CONSTANTE**

## **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima <sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho <sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva <sup>3</sup>

## **Co-autores**

Ericlis Nascimento das Chagas Silva <sup>4</sup>  
Daniela Aline Andrade Santos <sup>5</sup>  
Marília Gabriela Lima Barros <sup>6</sup>  
Kalyne Gomes Aquino <sup>7</sup>  
Maria Gabrielly de Souza Machado <sup>8</sup>  
Fernanda Santos Dutra <sup>9</sup>  
Célida Alves Oliveira <sup>10</sup>  
Willamy Martins de Oliveira <sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação.  
lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

Após uma imersão exaustiva na realidade de exclusão, risco e violação de direitos que caracteriza a experiência da comunidade surda no sistema de saúde, a análise se volta agora para a mais crucial e eficaz das pontes que podem ser construídas sobre o abismo da incompreensão: a figura do Tradutor e Intérprete de Libras (TILS). A presença deste profissional no ambiente hospitalar não pode ser vista como um luxo, um acessório ou uma mera concessão à legislação de acessibilidade. Pelo contrário, este capítulo argumenta que o intérprete de Libras, quando inserido no contexto da saúde, transcende sua função de mediador linguístico para se tornar um verdadeiro agente de saúde, um

componente indispensável para a segurança, a eficácia e a humanização do cuidado. Sua atuação é a materialização do princípio da equidade, a ferramenta que transforma o acesso formal em acesso real e a condição sine qua non para que os direitos à saúde, à informação e à autonomia do paciente surdo deixem de ser letra morta. Esta análise se propõe a dissecar o papel multifacetado do TILS no ambiente hospitalar, explorando não apenas sua função como ponte comunicacional, mas também os desafios éticos e técnicos da profissão, a necessidade de sua presença constante e a urgência de sua integração formal nas equipes de saúde. A profissionalização do intérprete, regulamentada pela Lei nº 12.319/2010, fornece o alicerce legal para essa integração, mas é a compreensão de sua importância clínica e humana que impulsionará a transformação necessária para um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo.

#### 11.1 Mais que um Tradutor: Redefinindo o Intérprete como Ponte Comunicacional e Agente de Segurança do Paciente

A concepção reducionista do Tradutor e Intérprete de Libras como um simples "decodificador" de palavras, um canal neutro que apenas converte sentenças do português para a Libras e vice-versa, é uma visão que não apenas subestima a complexidade da profissão, mas também ignora seu impacto vital no contexto da saúde. A atuação do TILS no ambiente hospitalar é um ato de alta complexidade técnica e ética que vai muito além da transposição lexical. Ele é, antes de tudo, um mediador intercultural, um profissional que navega entre dois universos distintos: a cultura surda, com sua modalidade linguística viso-espacial e suas próprias formas de compreender o mundo, e a cultura hospitalar, com seu jargão técnico, seus protocolos rígidos e sua estrutura de poder inerente. Conforme aponta Gesser (2009), a Libras não é apenas um sistema de comunicação, mas o pilar de uma cultura, e o intérprete competente é aquele que compreende e respeita as nuances dessa cultura. No ato da interpretação, ele não traduz apenas palavras, mas conceitos, intenções e emoções, adaptando a mensagem para que ela seja não apenas linguisticamente correta, mas também culturalmente inteligível e apropriada para ambas as partes.

Essa mediação é a primeira e mais fundamental contribuição do intérprete como agente de saúde. Ao estabelecer um canal de comunicação claro e confiável, ele efetivamente habilita todo o processo de cuidado. A anamnese, antes um exercício de adivinhação, torna-se uma entrevista clínica precisa. O paciente surdo, através do intérprete, pode

finalmente descrever seus sintomas com a riqueza de detalhes necessária, conforme destacam Quadros e Karnopp (2004) sobre a complexidade estrutural da língua de sinais. Ele pode explicar a cronologia da dor, suas características, os fatores de melhora e piora, e seu histórico médico e familiar. O profissional de saúde, por sua vez, recebe um relato fidedigno que lhe permite construir um raciocínio clínico sólido. Nesse sentido, o intérprete funciona como o estetoscópio que permite ao médico auscultar o coração do paciente; ele é o instrumento que permite à equipe de saúde "auscultar" a narrativa do paciente surdo, sem a qual o diagnóstico se torna perigosamente impreciso. A presença do TILS transforma a incerteza em informação, o que o posiciona como um agente primário na prevenção de erros diagnósticos.

A partir dessa função basilar, o papel do intérprete se desdobra em uma contribuição direta para a segurança do paciente, um dos pilares da qualidade em saúde. A comunicação eficaz é consistentemente citada pelas principais organizações de saúde do mundo como um dos fatores mais críticos para a prevenção de eventos adversos. A atuação do intérprete mitiga diretamente os riscos discutidos nos capítulos anteriores. No momento da prescrição, ele garante que o paciente compreenda exatamente qual medicamento tomar, em qual dose, em quais horários e por quanto tempo. Ele pode traduzir as informações da bula, explicar os potenciais efeitos colaterais e instruir o paciente sobre quais sinais de alerta requerem um retorno imediato ao serviço de saúde. Essa mediação é crucial para garantir a adesão ao tratamento e prevenir erros de medicação, que são uma das principais causas de morbidade iatrogênica. A falha na comunicação, como apontado por Wetterich (2020) em sua revisão bibliográfica, é um desafio central, e o intérprete é a solução mais direta e eficaz para esse desafio.

Além disso, o intérprete é um guardião do consentimento livre e esclarecido. Como vimos, a entrega de um formulário escrito não cumpre a exigência legal ou ética do consentimento para um paciente surdo. É o intérprete que, sob a orientação do profissional de saúde, irá traduzir em Libras todas as informações pertinentes sobre um procedimento: a natureza da intervenção, os benefícios esperados, os riscos potenciais (incluindo os raros, mas graves), as alternativas terapêuticas e o direito de recusar o tratamento. Ele garante que o paciente tenha a oportunidade de fazer perguntas, expressar suas dúvidas e medos, e tomar uma decisão verdadeiramente autônoma, conforme preconiza o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). Ao fazer

isso, o intérprete não está apenas cumprindo uma formalidade; ele está protegendo a dignidade e a autonomia do paciente, ao mesmo tempo em que protege o profissional e a instituição de futuras responsabilizações legais por realizarem procedimentos sem consentimento válido. Sua presença transforma um ato de submissão passiva em um processo de decisão compartilhada, alinhando a prática clínica aos mais altos padrões éticos.

É imperativo, portanto, redefinir a percepção sobre este profissional. O intérprete de Libras no hospital não é um custo adicional ou um recurso para "casos especiais"; ele é um investimento em qualidade e segurança, tão essencial quanto um monitor cardíaco em uma UTI ou um técnico de radiologia em um centro de diagnóstico. Sua atuação impacta diretamente os desfechos clínicos, reduzindo o risco de erros, aumentando a adesão ao tratamento e diminuindo o tempo de internação e os custos associados a complicações evitáveis. A Lei nº 12.319/2010, que regulamenta a profissão, estabelece em seu artigo 6º que o intérprete deve exercer suas competências com rigor técnico e zelar pelos valores éticos da profissão, o que inclui o dever de sigilo. Essa profissionalização reforça a necessidade de sua integração formal nas equipes de saúde, não como um prestador de serviço eventual, mas como um membro da equipe multiprofissional. A sua ausência, como demonstrado exaustivamente, cria um vácuo perigoso que compromete todo o ato de cuidar. Reconhecer o intérprete de Libras como um agente de saúde é o primeiro passo para a construção de um sistema que não apenas cumpre a lei, mas que genuinamente se preocupa em oferecer um cuidado seguro, eficaz e humano para todos os cidadãos, sem exceção.

#### 11.2 As Fronteiras da Neutralidade: Desafios Éticos, Técnicos e Emocionais da Interpretação em Saúde

A redefinição do Tradutor e Intérprete de Libras (TILS) como um agente de saúde, essencial para a segurança e eficácia do cuidado, lança luz sobre a importância de sua presença. No entanto, essa mesma redefinição nos obriga a mergulhar nas profundas complexidades e nos imensos desafios que permeiam a prática da interpretação no ambiente hospitalar. A atuação do TILS neste cenário está longe de ser uma tarefa mecânica ou isenta de conflitos. Pelo contrário, o profissional se encontra constantemente na intersecção de dilemas éticos, exigências técnicas de alta especialização e um pesado fardo emocional. A noção de "neutralidade", um dos pilares

tradicionais da ética da interpretação, é constantemente testada, tensionada e, por vezes, forçada a se flexibilizar diante da urgência da vida e da vulnerabilidade do paciente. Este subtópico se dedica a uma exploração aprofundada dessas fronteiras, analisando os desafios éticos, técnicos e emocionais que definem a profissão no contexto da saúde. Argumenta-se que a eficácia do intérprete não depende apenas de sua fluência linguística, mas de sua capacidade de navegar por um terreno minado de dilemas, o que exige uma formação especializada, um código de ética robusto e um forte suporte institucional. A compreensão desses desafios é fundamental não apenas para valorizar o profissional, mas também para que as instituições de saúde possam criar as condições necessárias para que ele exerça sua função de forma segura e eficaz, protegendo tanto o paciente quanto o próprio intérprete.

O principal e mais constante desafio ético enfrentado pelo TILS na saúde é a gestão da **neutralidade** e do **limite de seu papel**. O código de ética da profissão, formalizado pela Lei nº 12.319/2010, exige que o intérprete mantenha imparcialidade, não interferindo com opiniões próprias no conteúdo da mensagem. Em um debate político ou em uma palestra, essa diretriz é relativamente clara. Em um consultório médico, no entanto, a linha se torna tênue e complexa. O que o intérprete deve fazer quando percebe que o paciente surdo claramente não compreendeu uma orientação médica, mesmo após a tradução literal? Ou quando o profissional de saúde usa um jargão excessivamente técnico que, mesmo traduzido, permanece ininteligível para o leigo? Aderir a uma neutralidade rígida, nesse caso, significaria ser cúmplice de uma falha de comunicação, violando o próprio propósito de sua presença. Por outro lado, intervir para "explicar melhor" ou para pedir ao médico que simplifique a linguagem pode ser visto como uma quebra de seu papel de mediador neutro.

Essa tensão se manifesta em inúmeros cenários. Imagine um intérprete traduzindo um diagnóstico de uma doença terminal. O médico, por seu estilo pessoal ou por desconforto, transmite a notícia de forma fria e excessivamente técnica. O intérprete, ao traduzir, percebe o impacto devastador da mensagem e a confusão no rosto do paciente. Ele se vê diante de um dilema: deve ele apenas traduzir as palavras, mantendo a frieza do original, ou deve, em sua tradução para a Libras, incorporar elementos de acolhimento e empatia que estão ausentes na fala do médico, mas que são cruciais para a comunicação humana naquele momento? A escolha não é simples. A primeira opção

preserva a fidelidade e a neutralidade, mas pode ser desumana. A segunda opção humaniza a interação, mas envolve uma edição do discurso original, uma intervenção que extrapola o papel tradicional do intérprete. Profissionais experientes aprendem a navegar essa zona cinzenta, utilizando estratégias como pausar a interpretação para se dirigir diretamente ao profissional ("Doutor, com sua licença, creio que este termo não ficou claro, poderia explicar de outra forma?") ou utilizando classificadores e expressões faciais na Libras que transmitem a gravidade da situação sem adicionar informação nova. Essa habilidade, contudo, não é inata; ela é o resultado de uma formação avançada e de uma profunda reflexão ética, destacando a inadequação de se utilizar intérpretes sem especialização na área da saúde.

Outro desafio ético monumental é a manutenção do **sigilo profissional**. O artigo 6º da Lei nº 12.319/2010 é explícito sobre o dever de sigilo da informação recebida. No ambiente de saúde, o intérprete tem acesso às informações mais íntimas e sensíveis da vida de uma pessoa: seu histórico médico, sua vida sexual, seus diagnósticos, seus medos. Em comunidades surdas, que são frequentemente pequenas e interconectadas, a manutenção desse sigilo é ainda mais crítica e desafiadora. O intérprete pode ser um conhecido do paciente ou de sua família, o que aumenta a pressão e a responsabilidade. Ele ouve relatos de violência doméstica, diagnósticos de HIV, confissões de uso de drogas, informações que, se vazadas, poderiam ter consequências sociais devastadoras para o paciente. O TILS deve operar com um nível de discrição e profissionalismo absoluto, comparável ao de um padre em confissão ou de um psicólogo com seu paciente. Essa obrigação de sigilo se estende para além do ambiente hospitalar, exigindo que o intérprete crie barreiras firmes entre sua vida profissional e pessoal, uma tarefa psicologicamente desgastante.

Do ponto de vista **técnico**, a interpretação em saúde exige um repertório lexical e conceitual de altíssima especialização. O intérprete precisa dominar não apenas a terminologia médica em português, mas também encontrar ou criar os sinais correspondentes em Libras, muitos dos quais ainda não são padronizados ou amplamente conhecidos. Termos como "angioplastia coronariana", "imunossupressão", "carcinoma in situ" ou "espectrometria de massa" não fazem parte do vocabulário cotidiano. O profissional precisa de um estudo constante e aprofundado da anatomia, da fisiologia e da patologia para compreender o que está interpretando e para poder

transmitir o conceito de forma precisa. A tradução literal, muitas vezes, não funciona. É preciso usar classificadores, soletração, explicação e outros recursos da Libras para construir o significado. Conforme demonstram Quadros e Karnopp (2004), a Libras é uma língua com uma gramática viso-espacial complexa, e a representação de conceitos científicos exige um domínio magistral desses recursos. A falta desse conhecimento técnico pode levar a erros de interpretação com consequências graves. Um erro na tradução do nome de um medicamento, da dosagem ou de um procedimento pode causar um dano direto ao paciente. A responsabilidade técnica do intérprete é, portanto, imensa.

Além do desafio terminológico, há o desafio do **ritmo e da densidade da informação**. Em uma situação de emergência ou durante uma visita médica em uma enfermaria lotada, o fluxo de informação é rápido, denso e, muitas vezes, caótico. O profissional de saúde pode falar rapidamente, usar múltiplos jargões e se dirigir a várias pessoas ao mesmo tempo. O intérprete precisa ter uma capacidade de processamento cognitivo e uma memória de trabalho excepcionais para captar, processar, traduzir e transmitir toda essa informação em tempo real, sem perdas ou distorções significativas. Ele precisa gerenciar a dinâmica da conversação, sabendo quando interromper para pedir um esclarecimento e quando deixar o fluxo seguir. Essa ginástica mental, realizada sob a pressão do ambiente hospitalar, é extremamente exigente e leva a um rápido esgotamento cognitivo, o que reforça a necessidade de pausas e, em procedimentos longos, da interpretação em dupla, uma prática comum em conferências, mas rara no contexto da saúde.

Finalmente, não se pode subestimar o imenso **fardo emocional e psicológico** que recai sobre o TILS na área da saúde. Ele é a ponte não apenas para a informação, mas também para a emoção. Ele é a pessoa que transmite ao paciente surdo a notícia de um diagnóstico de câncer. Ele é quem dá voz à dor de uma mãe que acaba de perder seu filho. Ele é quem interpreta o relato de uma vítima de abuso sexual. O intérprete está na linha de frente do trauma, da dor e do sofrimento humano, mas com a obrigação profissional de manter a compostura e a clareza para continuar seu trabalho. Ele absorve o impacto emocional de ambas as partes — a angústia do paciente e, por vezes, o estresse e a frustração da equipe de saúde. Esse fenômeno, conhecido como "trauma vicário" ou "fadiga por compaixão", é bem documentado em profissionais de saúde e

socorristas, e os intérpretes da área da saúde estão igualmente, se não mais, expostos. A ausência de suporte psicológico e de programas de decompressão emocional para esses profissionais por parte das instituições contratantes é uma grave negligência. Espera-se que o intérprete seja uma rocha emocional, uma máquina de tradução impassível, ignorando que ele é um ser humano que também é afetado pelo que vê e ouve. Esse desgaste emocional, se não gerenciado, pode levar ao *burnout*, a transtornos de ansiedade e depressão, comprometendo a qualidade de seu trabalho e sua própria saúde. Em suma, a atuação do intérprete de Libras no contexto da saúde é uma profissão de altíssimo risco e de extrema exigência. As fronteiras da neutralidade são constantemente negociadas, os desafios técnicos demandam uma especialização profunda e o custo emocional é imenso. Reconhecer esses desafios é o primeiro passo para a criação de um ambiente de trabalho sustentável para esses profissionais. Isso implica em investir em formação especializada contínua, estabelecer protocolos claros de atuação, oferecer supervisão e suporte psicológico, e remunerar o profissional de forma condizente com a complexidade e a responsabilidade de sua função. Sem isso, a ponte comunicacional, tão vital para a saúde da comunidade surda, permanecerá frágil, sobrecarregada e em constante risco de colapso.

### 11.3 Da Fluência à Proficiência: A Necessidade Crítica de Formação Especializada para Atuação em Saúde

A premissa de que qualquer indivíduo fluente em Língua Brasileira de Sinais e em Língua Portuguesa está apto a atuar como intérprete no complexo e arriscado ambiente da saúde é um equívoco perigoso e fundamentalmente incorreto. Tal suposição nivela por baixo uma profissão de alta especialização e ignora as competências técnicas, éticas e conceituais que diferenciam a fluência geral da proficiência profissional específica. A atuação em saúde não é um campo para amadores ou para profissionais generalistas, por mais bem-intencionados que sejam. A responsabilidade inerente ao ato de mediar a comunicação em um contexto onde a vida e o bem-estar de uma pessoa estão em jogo exige um nível de preparação que transcende em muito o domínio linguístico. Este subtópico se dedica a uma análise aprofundada da necessidade crítica de uma formação especializada para o Tradutor e Intérprete de Libras (TILS) que deseja atuar na área da saúde. Argumenta-se que a proficiência neste campo é um construto multifacetado que engloba não apenas o domínio terminológico, mas também a compreensão dos

processos de saúde e doença, o conhecimento da estrutura e do funcionamento do sistema de saúde, a maestria na gestão de dilemas éticos específicos do setor e a competência para lidar com a alta carga emocional da prática clínica. A ausência dessa formação especializada não apenas compromete a qualidade da interpretação, mas também coloca pacientes, profissionais de saúde e os próprios intérpretes em situação de vulnerabilidade e risco.

A primeira e mais óbvia dimensão da especialização é o **domínio da terminologia biomédica**. O vocabulário utilizado no ambiente de saúde é, em si, uma língua estrangeira para a maioria da população leiga, e isso não é diferente para intérpretes generalistas. Termos como "hemoglobina glicada", "tomografia por emissão de pósitrons", "laparotomia exploratória" ou "inibidor seletivo da recaptação de serotonina" são apenas a ponta do iceberg de um léxico vasto e em constante evolução. A formação especializada deve prover ao intérprete um conhecimento robusto e sistematizado da terminologia médica, abrangendo anatomia, fisiologia, farmacologia, patologia e os diversos campos da medicina. Contudo, o desafio vai além da simples memorização de pares de palavras (português-Libras). Conforme a complexidade linguística da Libras demonstrada por Quadros e Karnopp (2004), muitos desses termos técnicos não possuem um sinal único e convencionado. A tarefa do intérprete especializado, portanto, não é apenas "saber o sinal", mas saber *construir o conceito* na língua de sinais de forma precisa e visualmente clara. Isso envolve o uso sofisticado de classificadores para descrever processos fisiológicos, a soletração rítmica para nomes de medicamentos e patógenos, e a capacidade de fornecer breves e precisas expansões explicativas quando um conceito não tem equivalente direto. Por exemplo, para interpretar "endoscopia digestiva alta", não basta um sinal; o intérprete proficiente deve ser capaz de descrever visualmente o processo: a introdução de um tubo flexível com uma câmera pela boca, passando pelo esôfago, estômago e duodeno para visualizar as estruturas internas. Essa competência descritiva, que se baseia em um conhecimento real do procedimento, é o que diferencia a tradução literal da interpretação conceitual eficaz.

A segunda camada da formação especializada é a **compreensão dos sistemas e processos de saúde**. Um intérprete que não entende a diferença entre atenção primária, secundária e terciária, ou que não sabe o que é um fluxo de regulação de vagas, terá dificuldade em interpretar conversas sobre encaminhamentos e gestão do cuidado. Ele

precisa compreender a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e suas dificuldades práticas, para contextualizar a informação que está sendo transmitida. Além disso, é fundamental que ele tenha noções claras sobre os diferentes processos de saúde e doença. Entender a natureza de uma doença crônica versus uma aguda, uma doença infecciosa versus uma autoimune, ou um tratamento curativo versus um paliativo, permite ao intérprete antecipar o tipo de vocabulário que será utilizado e captar as nuances da comunicação. Por exemplo, ao interpretar uma consulta sobre diabetes, um intérprete especializado sabe que a conversa provavelmente envolverá conceitos como glicemia, insulina, dieta, exercícios e complicações de longo prazo, e ele já estará preparado para lidar com esse campo semântico. Essa familiaridade com os processos de saúde, conforme ressaltado por estudos que apontam a comunicação como ferramenta essencial (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2021), permite uma interpretação mais fluida, precisa e menos suscetível a erros grosseiros, contribuindo para a segurança do paciente. A formação deve, portanto, incluir módulos sobre políticas de saúde, epidemiologia básica e as principais condições de saúde prevalentes na população.

A terceira e talvez mais complexa dimensão da especialização é a **formação ética e deontológica aplicada à saúde**. Como discutido no subtópico anterior, os dilemas éticos no ambiente hospitalar são constantes e agudos. A formação generalista em ética da interpretação, embora importante, é insuficiente para preparar o profissional para essas situações. Um currículo especializado deve incluir o estudo aprofundado do Código de Ética Médica e do Código de Ética da Enfermagem, para que o intérprete compreenda os deveres e os limites dos profissionais com quem ele interage. Mais importante, a formação deve ser baseada em estudos de caso e simulações realísticas que coloquem o intérprete em situações de dilema, como: como agir diante de um aparente erro médico? Como mediar um conflito entre a família e a equipe de saúde? Como lidar com um paciente que revela a intenção de não aderir ao tratamento? Como gerenciar a confidencialidade quando o paciente faz uma revelação sobre um crime? A Lei nº 12.319/2010 estabelece o dever de "zelar pelos valores éticos da profissão" (BRASIL, 2010), mas a aplicação desses valores no caldeirão de emoções e riscos do ambiente de saúde exige um treinamento específico e supervisionado. O profissional precisa aprender a tomar decisões rápidas e defensáveis, a documentar suas ações e a proteger tanto o paciente quanto a si mesmo. A formação deve capacitá-lo a ser um

"advogado da comunicação", um agente que zela pela clareza e pela compreensão mútua, sabendo quando e como intervir para garantir que o processo comunicativo seja bem-sucedido, sem com isso violar sua imparcialidade.

Finalmente, a formação especializada deve obrigatoriamente incluir o desenvolvimento de **competências para o autocuidado e a gestão do estresse emocional**. A exposição contínua ao trauma, à dor e à morte, como já detalhado, gera um imenso desgaste psicológico. Um programa de formação responsável não pode ignorar essa realidade. É imperativo que os futuros intérpretes da área da saúde sejam treinados para reconhecer os sinais de trauma vicário, fadiga por compaixão e *burnout*. O currículo deve incluir estratégias de *coping* (enfrentamento), técnicas de decompressão emocional, e a importância de se buscar supervisão profissional e terapia pessoal. Ignorar essa dimensão é preparar profissionais para o adoecimento. A instituição formadora tem a responsabilidade de ensinar ao intérprete que cuidar de sua própria saúde mental não é um luxo, mas uma pré-condição para a prática ética e competente. A capacidade de manter a serenidade e a clareza mental em meio a uma crise é uma competência profissional que precisa ser ensinada e praticada.

Diante do exposto, fica evidente que a inserção de intérpretes nos serviços de saúde sem a devida especialização é uma solução precária e arriscada. É uma resposta que cumpre a formalidade da lei, mas falha em garantir a substância do direito à comunicação segura. A realidade atual, onde muitos serviços, quando muito, recorrem a intérpretes generalistas ou a plataformas de interpretação remota sem garantia de especialização, precisa ser urgentemente revista. A solução passa pela criação de cursos de pós-graduação (especialização e mestrado profissional) em Interpretação em Serviços de Saúde, pelo fomento à pesquisa na área e pela exigência, por parte das instituições de saúde, de certificação de especialidade no momento da contratação. A profissionalização plena do TILS na saúde, alicerçada em uma formação robusta e especializada, não é um custo, mas um investimento indispensável na segurança do paciente, na qualidade do cuidado e na efetivação do princípio da equidade, tão caro ao nosso sistema de saúde (SILVA et al., 2024).

#### 11.4 Do "Sob Demanda" à Integração: A Urgência da Presença Constante do Intérprete na Equipe Multiprofissional

A lógica predominante que ainda rege a alocação de Tradutores e Intérpretes de Libras (TILS) no sistema de saúde é a do modelo "sob demanda". Neste modelo, o intérprete é um recurso externo, acionado apenas quando um paciente surdo é identificado, muitas vezes com atraso e após a constatação da barreira comunicacional. Essa abordagem reativa, embora possa parecer pragmática do ponto de vista administrativo, é fundamentalmente falha e perpetua um ciclo de cuidado fragmentado, inseguro e ineficiente. Ela trata a acessibilidade linguística como um evento isolado, uma exceção a ser gerenciada, e não como um componente estrutural e contínuo da prestação de serviços de saúde. Este subtópico final se dedica a desconstruir a inadequação do modelo "sob demanda" e a construir uma argumentação robusta em favor da integração plena e da presença constante do intérprete como membro efetivo da equipe multiprofissional de saúde. Defende-se que a transição de um modelo reativo para um modelo proativo e integrado não é apenas uma questão de conveniência, mas uma necessidade imperativa para garantir a continuidade do cuidado, promover uma cultura de inclusão institucional e, em última análise, cumprir de forma substantiva o direito à saúde da comunidade surda, conforme preconizado por todo o arcabouço legal, desde a Constituição Federal (BRASIL, 1988) até o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015).

A principal falha do modelo "sob demanda" é que ele ignora a natureza fluida e imprevisível do cuidado em saúde, especialmente no ambiente hospitalar. Um paciente internado não precisa de comunicação apenas durante a visita médica matinal. Ele precisa se comunicar ao longo de todo o dia e da noite: quando sente uma dor súbita, quando tem uma dúvida sobre a medicação administrada pela enfermagem, quando precisa de ajuda para ir ao banheiro, quando se sente ansioso ou assustado, ou quando precisa compreender as instruções para um exame que será realizado de madrugada. O modelo "sob demanda", que depende do agendamento de um intérprete externo, é incapaz de atender a essa necessidade contínua. O resultado é que, na maior parte do tempo, o paciente surdo permanece em um estado de isolamento comunicacional, dependendo da boa vontade da equipe de enfermagem para tentar uma comunicação precária por gestos ou escrita. Essa fragmentação da comunicação, como aponta

Nascimento (2018), é uma das principais barreiras ao acesso pleno à saúde. A presença constante de um intérprete de plantão no hospital, ou alocado em setores de alta demanda como o pronto-socorro e as UTIs, muda radicalmente esse paradigma. Ele estaria disponível para mediar não apenas as interações planejadas, mas também todas as intercorrências e necessidades não programadas, garantindo que o paciente nunca fique "mudo" ou "surdo" para o sistema de saúde. Isso assegura a continuidade do cuidado, um dos pilares da atenção integral à saúde, conforme a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

A integração do intérprete como membro da equipe multiprofissional gera benefícios que vão muito além da disponibilidade imediata. Quando o TILS é parte do time, ele passa a participar das reuniões de equipe, das discussões de caso e das passagens de plantão. Essa participação permite que ele adquira um conhecimento aprofundado sobre o histórico e o plano terapêutico de cada paciente surdo, tornando sua interpretação futura muito mais contextualizada e precisa. Ele deixa de ser um "paraquedista" que chega sem informações prévias e passa a ser um membro com memória institucional sobre o paciente. Além disso, sua presença constante tem um poderoso efeito educativo sobre os demais profissionais de saúde. Ao observarem o trabalho do intérprete e a comunicação fluida com o paciente surdo, médicos, enfermeiros e outros profissionais começam a desmistificar a surdez e a Libras, superando preconceitos e desenvolvendo uma maior sensibilidade cultural, um ponto crucial destacado por Gesser (2009). O intérprete, nesse papel, torna-se um educador informal, ensinando à equipe sobre a cultura surda, sobre as melhores práticas de comunicação e sobre como interagir de forma mais respeitosa e eficaz. Essa convivência diária fomenta uma cultura de inclusão que permeia toda a instituição, um objetivo que jamais seria alcançado com o acionamento esporádico de um profissional externo. A pesquisa de Ferreira e Brayner (2021) sobre o acesso da comunidade surda aos serviços de saúde reforça a necessidade de um preparo institucional, e a integração do intérprete é o caminho mais concreto para esse preparo.

Do ponto de vista da gestão de riscos e da responsabilidade institucional, o modelo integrado é infinitamente superior. Como discutido no Capítulo 7, a responsabilidade da instituição de saúde pelo dano causado por falha de comunicação é objetiva. O modelo "sob demanda" é inerentemente arriscado, pois está sujeito a atrasos, indisponibilidade

do intérprete e falhas no acionamento. Cada minuto que um paciente em estado grave aguarda por um intérprete é um minuto em que o risco de um evento adverso aumenta e a responsabilidade jurídica do hospital se solidifica. A presença constante de um intérprete de plantão é uma medida de mitigação de risco altamente eficaz. Ela demonstra a "diligência devida" por parte da instituição, mostrando que ela se estruturou proativamente para cumprir suas obrigações legais, conforme o Decreto nº 5.626/2005, que exige a garantia de atendimento por profissionais capacitados (BRASIL, 2005). Em uma eventual disputa judicial, a capacidade de demonstrar que um intérprete estava disponível 24 horas por dia, como parte da equipe, fortalece enormemente a posição de defesa da instituição, provando que ela não foi omissa. Portanto, o investimento na contratação de intérpretes para compor o quadro fixo de funcionários não é apenas uma despesa, mas uma estratégia inteligente de gestão de riscos legais e financeiros, além de ser a coisa eticamente correta a se fazer.

A implementação desse modelo integrado exige, evidentemente, uma mudança de mentalidade administrativa e um planejamento de recursos. Para hospitais de grande porte ou localizados em áreas com uma população surda significativa, a contratação de uma equipe de intérpretes para cobrir diferentes turnos é uma solução viável e necessária. Para instituições menores ou em locais mais remotos, a solução pode passar pela criação de consórcios intermunicipais de saúde que compartilhem uma equipe de intérpretes, ou pela implementação robusta de serviços de interpretação remota por vídeo, desde que estes sejam de alta qualidade, com acesso imediato (sem longas filas de espera) e com profissionais comprovadamente especializados na área da saúde. O importante é que a solução garanta a **presença comunicacional constante**, seja ela física ou virtual. O modelo "sob demanda", onde o paciente precisa esperar horas ou dias por um intérprete, é anacrônico, inseguro e incompatível com a dinâmica do cuidado em saúde. A regulamentação da profissão de TILS pela Lei nº 12.319/2010 (BRASIL, 2010) abriu o caminho para a criação de cargos e a realização de concursos públicos para a contratação desses profissionais, e é este o caminho que os gestores públicos e privados devem trilhar.

A transição do modelo reativo para o integrado representa a evolução final na compreensão do papel do intérprete: a passagem de um "recurso de acessibilidade" para um "membro essencial da equipe de cuidado". Essa mudança reflete a compreensão de

que a comunicação não é um apêndice do ato de saúde, mas sua própria corrente sanguínea. Interrompê-la é necrosar o processo de cuidado. Garantir sua fluidez contínua é garantir a vitalidade e a integridade do atendimento. A presença constante do intérprete no ambiente hospitalar é a expressão máxima do compromisso de uma instituição com a equidade, a segurança e a dignidade de todos os seus pacientes, transformando a promessa legal de um atendimento inclusivo em uma realidade diária, palpável e, acima de tudo, segura.

## **CAPÍTULO 12: FORMAR PARA INCLUIR: A NECESSIDADE DE INCLUIR A LIBRAS COMO DISCIPLINA OBRIGATÓRIA NOS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE E A CAPACITAÇÃO CONTÍNUA DOS PROFISSIONAIS**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>

### **Co-autores**

Ericlis Nascimento das Chagas Silva<sup>4</sup>  
Daniela Aline Andrade Santos<sup>5</sup>  
Maria Gabrielly de Souza Machado<sup>6</sup>  
Lindaiane Alves Nascimento<sup>7</sup>  
Glécia Nunes de Sousa<sup>8</sup>  
Fernanda Santos Dutra<sup>9</sup>  
Célida Alves Oliveira<sup>10</sup>  
Willamy Martins de Oliveira<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação.  
lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail:  
karlanelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A presença do intérprete de Libras, embora indispensável e urgente, é uma medida que atua, em grande parte, na mitigação de uma falha sistêmica já instalada. Ela é a ponte construída sobre um rio que nunca deveria ter sido tão largo ou profundo. A solução mais fundamental, mais sustentável e de maior alcance para a transformação do sistema de saúde em um ambiente verdadeiramente inclusivo reside na raiz do problema: a formação dos próprios profissionais de saúde. Uma cultura de inclusão não pode ser efetivamente implementada se depender exclusivamente de especialistas externos; ela precisa ser internalizada e praticada por cada médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e técnico que compõe a linha de frente do cuidado. Este capítulo se aprofunda

na tese de que a inclusão da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como disciplina obrigatória e robusta nos currículos de graduação de todos os cursos da área da saúde é uma necessidade inadiável. Argumenta-se que essa medida, prevista de forma ainda tímida no Decreto nº 5.626/2005, precisa ser expandida e aprofundada, deixando de ser uma mera formalidade para se tornar um pilar da formação humanística e técnica do futuro profissional. A discussão irá além da simples defesa da obrigatoriedade, explorando *como* essa formação deve ser estruturada para ser eficaz, quais competências ela deve desenvolver e por que a capacitação não pode se encerrar na graduação, devendo se estender por toda a vida profissional. Formar para incluir é a estratégia definitiva para mudar a cultura institucional de dentro para fora, preparando uma nova geração de profissionais que não vejam a comunicação com o paciente surdo como um obstáculo, mas como parte integrante e natural de sua prática diária.

#### 12.1 Para Além do "Bom Dia": A Urgência da Libras como Componente Curricular Obrigatório e Robusto na Graduação em Saúde

O Decreto nº 5.626 de 2005, ao regulamentar a Lei de Libras, deu um passo significativo ao determinar a inclusão da Libras como disciplina curricular. Contudo, ele o fez de forma assimétrica: tornou-a obrigatória para cursos de formação de professores e fonoaudiologia, mas apenas "optativa" para os demais cursos de graduação e saúde (BRASIL, 2005). Essa distinção, embora compreensível no contexto da época, revelou-se um erro estratégico que perpetua a exclusão no local onde a comunicação é mais crítica. Deixar a formação em Libras a critério do interesse individual do estudante de medicina ou enfermagem é tratar a comunicação com uma parcela da população como um "hobby" ou um "diferencial", e não como uma competência essencial para o exercício seguro e ético da profissão. A realidade dos serviços de saúde, exaustivamente documentada nesta obra, demonstra que o modelo optativo falhou. A grande maioria dos profissionais chega ao mercado de trabalho completamente despreparada para atender um paciente surdo, conforme evidenciado por múltiplos estudos (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005; WETTERICH, 2020; MONTEIRO et al., 2025). A primeira e mais urgente reforma na formação em saúde é, portanto, a revisão desta diretriz, tornando a disciplina de Libras um componente curricular obrigatório, com carga horária significativa, em *todos* os cursos de graduação da área da saúde, sem exceção.

A obrigatoriedade, no entanto, é apenas o primeiro passo. A eficácia dessa disciplina depende fundamentalmente de seu conteúdo e de sua abordagem pedagógica. Uma disciplina de Libras que se limita a ensinar um vocabulário básico de saudações e alguns termos de saúde ("dor", "febre", "remédio") é inócua e serve apenas para criar uma perigosa "ilusão de competência". O profissional recém-formado pode acreditar que "sabe o básico" e se arriscar em um atendimento sem a profundidade comunicacional necessária, causando mais danos do que se admitisse sua total ignorância. A formação em Libras para profissionais de saúde precisa ser robusta e multifacetada, com objetivos pedagógicos claros que vão muito além do léxico. O primeiro objetivo deve ser o **desenvolvimento da consciência cultural e da empatia**. Antes mesmo de ensinar o primeiro sinal, a disciplina deve mergulhar os estudantes na história e na cultura da comunidade surda. Utilizando como base textos como os de Skliar (1998) e Gesser (2009), o curso deve desconstruir a visão patológica da surdez e apresentar a perspectiva sociocultural. Os alunos precisam entender a surdez não como uma deficiência a ser consertada, mas como uma diferença a ser respeitada. Devem aprender sobre as lutas históricas da comunidade surda, sobre o status linguístico da Libras (QUADROS; KARNOPP, 2004) e sobre os preconceitos que os surdos enfrentam. Aulas ministradas por professores surdos e o contato direto com membros da comunidade surda local são essenciais para humanizar a questão e quebrar estereótipos. O objetivo é que o estudante não aprenda Libras apenas como uma técnica, mas que desenvolva um respeito profundo pela identidade do paciente surdo.

O segundo objetivo é o **desenvolvimento de uma competência comunicacional funcional**. Não se espera que um curso de graduação forme profissionais fluentes ou intérpretes, mas sim que lhes dê uma competência comunicacional básica e funcional que lhes permita:

- I. **Acolher o paciente:** realizar uma saudação respeitosa, apresentar-se e explicar seu papel.
- II. **Realizar uma triagem básica:** ser capaz de perguntar o nome, a idade e, crucialmente, qual é a queixa principal do paciente de forma aberta, permitindo que ele se expresse.

- III. **Compreender e dar instruções simples:** orientar o paciente sobre procedimentos básicos ("sente-se aqui", "vire para o lado", "estique o braço") e compreender respostas simples.
- IV. **Saber como e quando buscar ajuda:** este é talvez o ponto mais importante. O profissional deve ser treinado para reconhecer os limites de sua própria competência e saber acionar os recursos adequados, como um intérprete profissional (seja presencial ou remoto), sem hesitação. A disciplina deve, portanto, incluir o ensino de frases-chave em Libras como: "Eu não sou fluente em Libras, vou chamar um intérprete para garantir que nossa comunicação seja segura". Essa "competência da humildade" é um pilar da segurança do paciente.

O terceiro objetivo pedagógico é a **familiarização com os recursos de acessibilidade**. O profissional de saúde precisa conhecer o arcabouço legal que ampara o paciente surdo, como a Lei nº 10.436/2002 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). Ele precisa saber que o paciente tem direito a um intérprete, que esse direito é garantido por lei e que é dever da instituição provê-lo. Além disso, a disciplina deve apresentar as diversas tecnologias assistivas disponíveis, como os aplicativos de interpretação remota, as centrais de intérpretes (CILs) e outros softwares que podem auxiliar na comunicação. O objetivo é que o profissional não se sinta de mãos atadas na ausência de um intérprete presencial, mas que conheça e saiba utilizar as alternativas tecnológicas para garantir a comunicação. Essa formação transforma o profissional em um agente proativo da acessibilidade, alguém que, em vez de ver o paciente surdo como um "problema", sabe exatamente quais passos seguir para garantir um atendimento adequado e legalmente respaldado.

A implementação de uma disciplina com essa robustez enfrenta desafios, como a necessidade de contratação de professores qualificados (preferencialmente surdos) e a disputa por espaço em currículos já sobrecarregados. No entanto, esses desafios não podem servir de desculpa para a inércia. A saúde de uma parcela da população e a segurança jurídica dos próprios futuros profissionais estão em jogo. A inclusão da Libras como componente curricular obrigatório e robusto é uma medida que se alinha perfeitamente aos princípios do SUS, especialmente o da equidade (SILVA et al., 2024), e às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde, que preconizam uma

formação humanista, crítica e reflexiva. É uma mudança que prepara o profissional não apenas para tratar doenças, mas para cuidar de pessoas em toda a sua diversidade. A recusa em avançar nessa direção é uma escolha deliberada por manter um sistema de saúde que, para os cidadãos surdos, continua a ser excludente, perigoso e fundamentalmente injusto.

## **CAPÍTULO 13: TECNOLOGIA COMO ALIADA: O USO DE CENTRAIS DE INTERPRETAÇÃO POR VÍDEO, APLICATIVOS E OUTRAS TECNOLOGIAS ASSISTIVAS PARA SUPERAR A BARREIRA DA DISTÂNCIA E DA FALTA DE PROFISSIONAIS**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>

### **Co-autores**

Célida Alves Oliveira<sup>4</sup>  
Maria Clara da Silva Santos<sup>5</sup>  
Aline da Conceição Rodrigues<sup>6</sup>  
Shayanne Santos Souza<sup>7</sup>  
Maria Eduarda Santana Soares<sup>8</sup>  
Ellaine Aparecida Nascimento Pereira<sup>9</sup>  
Hendon Flaverton Gaspar Muniz<sup>10</sup>  
Kamille Vitória Soares Carvalho<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>6</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>7</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>8</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>9</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A construção de um sistema de saúde linguisticamente acessível, como argumentado nos capítulos anteriores, depende de dois pilares fundamentais: a presença de intérpretes de Libras qualificados e a capacitação contínua dos profissionais de saúde. No entanto, a realidade geográfica e demográfica do Brasil — um país de dimensões continentais, com profundas desigualdades regionais e uma escassez crônica de profissionais especializados em muitas áreas — impõe desafios práticos significativos à implementação universal dessas soluções. A ideia de ter um intérprete presencial em cada unidade de saúde de cada município remoto é, no cenário atual, uma meta distante.

É neste ponto que a tecnologia emerge não como uma panaceia, mas como uma poderosa e indispensável aliada, uma ferramenta estratégica capaz de transpor barreiras de distância e de tempo, democratizando o acesso à comunicação. Este capítulo se dedica a uma análise aprofundada do papel das tecnologias assistivas, com foco especial nas Centrais de Interpretação por Vídeo (conhecidas como CILs ou VRI - *Video Remote Interpreting*), nos aplicativos de tradução e em outras plataformas digitais. Argumenta-se que essas ferramentas, quando implementadas de forma criteriosa e com garantia de qualidade, representam uma solução escalável e custo-efetiva para superar a carência de profissionais e garantir o direito à comunicação em locais e situações onde a presença física do intérprete é inviável. A tecnologia, portanto, não vem para substituir o intérprete humano, mas para estender seu alcance, transformando o direito à acessibilidade, previsto no Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), em uma possibilidade concreta para milhões de brasileiros surdos, independentemente de onde vivam.

A principal e mais promissora tecnologia assistiva para a comunicação em saúde é a **interpretação remota por vídeo**. O conceito é relativamente simples, mas seu impacto é revolucionário: por meio de um dispositivo com câmera, microfone e conexão à internet (um tablet, um smartphone ou um computador em um totem), o serviço de saúde estabelece uma videochamada com uma central onde intérpretes de Libras profissionais estão de plantão. Em segundos ou minutos, um intérprete aparece na tela e passa a mediar a comunicação entre o paciente surdo e o profissional de saúde. A principal vantagem dessa tecnologia é sua capacidade de superar a barreira geográfica. Um hospital em uma pequena cidade do interior, que jamais teria condições de contratar uma equipe de intérpretes presenciais, pode, através deste serviço, ter acesso imediato a um profissional qualificado localizado em qualquer parte do país. Isso é particularmente vital para os serviços de urgência e emergência, que funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana. A possibilidade de acionar um intérprete às três da manhã para atender um paciente surdo em um pronto-socorro, conforme a necessidade de comunicação plena exigida pelo artigo 22 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), deixa de ser uma impossibilidade logística para se tornar uma realidade operacional.

A implementação de centrais de interpretação por vídeo ataca diretamente o problema da escassez e da má distribuição de profissionais. A profissão de TILS, regulamentada

pela Lei nº 12.319/2010, ainda é relativamente nova e o número de profissionais qualificados, especialmente aqueles com a especialização em saúde discutida no capítulo anterior, é limitado e concentrado nos grandes centros urbanos. A tecnologia permite que o conhecimento e a habilidade desses poucos especialistas sejam "exportados" em tempo real para onde quer que sejam necessários. Um único intérprete especializado em saúde mental, por exemplo, pode, a partir de sua base, atender pacientes em diferentes estados no mesmo dia, otimizando drasticamente o uso desse recurso humano escasso. Do ponto de vista da gestão, a interpretação remota também pode apresentar uma relação custo-benefício favorável, especialmente para instituições com demanda intermitente. Em vez de manter um profissional contratado em tempo integral para um baixo número de atendimentos, a instituição pode pagar pelo serviço por minuto ou por hora de uso, tornando a acessibilidade financeiramente mais viável. Essa escalabilidade é crucial para a universalização do acesso, um princípio basilar do SUS (BRASIL, 1990), pois permite que a mesma qualidade de comunicação seja oferecida tanto em um grande hospital de capital quanto em uma unidade básica de saúde rural.

Contudo, a eficácia da interpretação remota por vídeo depende criticamente de uma série de fatores técnicos e de qualidade que não podem ser negligenciados. A primeira exigência é uma **infraestrutura tecnológica robusta**. Uma conexão de internet instável, uma câmera de baixa resolução ou um áudio de má qualidade podem tornar a comunicação impossível. O intérprete precisa ver claramente os sinais do paciente surdo, incluindo as sutis expressões faciais e corporais que são parte integrante da gramática da Libras (QUADROS; KARNOPP, 2004). Da mesma forma, o paciente precisa ver o intérprete em uma tela de tamanho adequado e com boa resolução. Qualquer falha técnica gera frustração e pode comprometer a segurança da comunicação. A segunda exigência, e talvez a mais importante, é a **qualidade e a especialização dos intérpretes** que atuam na central. Não basta que sejam fluentes; eles precisam ter a formação especializada em saúde discutida anteriormente. A instituição que contrata um serviço de interpretação remota tem a responsabilidade de verificar as credenciais e a qualificação dos intérpretes oferecidos pela empresa provedora. Um serviço que utiliza profissionais não qualificados ou generalistas pode criar uma falsa sensação de segurança, levando a erros de interpretação tão ou mais perigosos do que a

ausência de comunicação. O sigilo e a segurança dos dados também são preocupações primordiais, exigindo que a plataforma de videochamada seja criptografada e esteja em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

É igualmente importante reconhecer as **limitações da interpretação remota**. Embora seja uma ferramenta poderosa, ela não substitui a presença física do intérprete em todas as situações. Em contextos de alta complexidade emocional, como a comunicação de um diagnóstico terminal ou o acolhimento de uma vítima de violência, a presença física de um intérprete que pode oferecer um olhar de conforto ou um toque no ombro (se apropriado e consentido) tem um valor humano insubstituível. Em procedimentos onde o paciente precisa se mover ou ser movido (como em uma sessão de fisioterapia ou durante certos exames de imagem), o manejo de um tablet ou de um totem pode ser impraticável. Em situações de crise de saúde mental, onde o paciente pode estar agitado ou desorientado, a interação através de uma tela pode ser insuficiente ou até mesmo aumentar a ansiedade. Portanto, a tecnologia deve ser vista como parte de uma estratégia de acessibilidade híbrida. A decisão entre usar um intérprete remoto ou presencial deve ser baseada em uma avaliação criteriosa do contexto clínico, da complexidade da comunicação e das necessidades emocionais do paciente. O ideal é que a instituição tenha acesso a ambas as modalidades, utilizando a interpretação remota para garantir a cobertura constante e o acesso imediato, e reservando o intérprete presencial para as situações mais complexas e sensíveis.

Além das centrais de interpretação, outras tecnologias assistivas também desempenham um papel de apoio. **Aplicativos de tradução automática** (Libras-Português) baseados em inteligência artificial, embora ainda em desenvolvimento e com limitações significativas na precisão e na capacidade de captar nuances, podem servir como uma ferramenta de comunicação de emergência para questões muito simples e diretas, na ausência de qualquer outra alternativa. Eles podem ser úteis para uma comunicação inicial na recepção ("meu nome é...", "preciso de um médico"), mas jamais devem ser utilizados para interações complexas como uma anamnese ou uma discussão sobre tratamento. Outras ferramentas, como **plataformas de agendamento de consultas acessíveis em Libras**, **prontuários eletrônicos com campos para registro das necessidades de comunicação do paciente** e **sistemas de chamada de pacientes em salas de espera que utilizem senhas visuais e coloridas em vez de chamadas**

**sonoras**, são exemplos de tecnologias de baixo custo que eliminam barreiras cotidianas e promovem uma cultura de inclusão. A combinação dessas diversas ferramentas tecnológicas, desde as mais simples até as mais sofisticadas, cria um ecossistema de acessibilidade que torna o serviço de saúde mais inteligente, eficiente e, acima de tudo, mais humano. A tecnologia, portanto, quando usada com sabedoria e critério, não desumaniza o cuidado; pelo contrário, ela o viabiliza, garantindo que a voz — ou as mãos — de cada paciente seja ouvida, independentemente da distância ou da disponibilidade de recursos humanos locais.

## **CAPÍTULO 14: GESTÃO HOSPITALAR E ACESSIBILIDADE: UM GUIA PRÁTICO PARA GESTORES SOBRE COMO IMPLEMENTAR UM ATENDIMENTO ACESSÍVEL, DESDE A RECEPÇÃO ATÉ A ALTA HOSPITALAR**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>

### **Co-autores**

Célida Alves Oliveira<sup>4</sup>  
Adrielle Alyne de Jesus de Souza<sup>5</sup>  
Wanny Romalhya Granja Pereira<sup>6</sup>  
Dheyne Simara da Silva Sousa<sup>7</sup>  
Thaís Ferreira do Nascimento<sup>8</sup>  
Maria Clara Ramos Torres<sup>9</sup>  
Reylane Carvalho Menezes<sup>10</sup>  
Lenisse Maria Lima Silva<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>6</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>7</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>8</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>9</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

A efetivação de um atendimento em saúde acessível e seguro para a comunidade surda não é um resultado que emerge espontaneamente da boa vontade de profissionais isolados ou da simples aquisição de uma tecnologia. Ela é, fundamentalmente, o produto de uma decisão estratégica, de um planejamento meticuloso e de uma liderança comprometida que emana do mais alto nível da gestão institucional. A responsabilidade final pela criação de um ambiente inclusivo recai sobre os ombros dos gestores hospitalares, diretores de clínicas e secretários de saúde, que detêm o poder de alocar recursos, definir prioridades e, o mais importante, de moldar a cultura da organização.

Este capítulo se propõe a servir como um guia prático para esses líderes, traduzindo os princípios e as obrigações legais discutidas ao longo desta obra em um plano de ação concreto. A abordagem aqui não é apenas reativa — "o que fazer para cumprir a lei" —, mas proativa: "como transformar a acessibilidade em um diferencial de qualidade, segurança e humanização". A discussão será estruturada para percorrer toda a jornada do paciente, desde a recepção até a alta, identificando os pontos críticos e as intervenções gerenciais necessárias em cada etapa. Argumenta-se que a acessibilidade, quando tratada como um pilar da gestão estratégica, deixa de ser um centro de custo para se tornar um investimento em excelência clínica, em segurança jurídica e na reputação da instituição.

#### 14.1 O Tom Vem do Topo: A Acessibilidade como Pilar da Missão, Visão e Valores da Instituição

A transformação de uma instituição de saúde em um espaço verdadeiramente acessível começa não com a compra de um tablet ou a contratação de um intérprete, mas com um ato de liderança: a decisão inequívoca da alta gestão de abraçar a inclusão como um valor central e inegociável. Iniciativas de acessibilidade que nascem de forma isolada em departamentos específicos, sem o respaldo e o patrocínio da diretoria, estão fadadas a permanecerem frágeis, subfinanciadas e a se desintegrarem diante da primeira crise orçamentária ou mudança de prioridades. Para que a inclusão seja sustentável, ela precisa estar enraizada no DNA da organização, e o "tom", como em qualquer processo de mudança cultural, "vem do topo". Isso significa que a acessibilidade em Língua Brasileira de Sinais (Libras) deve ser explicitamente incorporada à **missão, visão e valores** da instituição, os documentos que norteiam sua identidade e seu propósito estratégico.

Uma **missão** hospitalar que declara, por exemplo, "oferecer um cuidado de saúde de excelência, humano e seguro para *toda* a comunidade" já contém, implicitamente, o dever da inclusão. A tarefa da liderança é tornar esse implícito em explícito. É revisar a declaração de missão para que ela reflita ativamente o compromisso com a diversidade, mencionando o respeito às diferenças culturais e linguísticas. Essa não é uma mera mudança semântica; é um sinal poderoso para toda a organização e para a comunidade externa de que a instituição reconhece e valoriza todos os seus pacientes. Da mesma forma, a **visão** de futuro da instituição deve contemplar a meta de se tornar um centro de

referência em atendimento acessível. Uma visão como "Ser reconhecido como o hospital mais seguro e inclusivo da região até 2030" estabelece um alvo claro, mobiliza esforços e permite a mensuração do progresso. Finalmente, os **valores** da organização, como "Respeito", "Empatia", "Segurança" e "Equidade", precisam ser operacionalizados para incluir a dimensão da acessibilidade. O valor "Respeito", por exemplo, deve ser definido em manuais e treinamentos como incluindo o respeito à língua e à cultura do paciente surdo. O valor "Equidade", como já discutido, deve ser compreendido como a oferta de recursos diferenciados para atender a necessidades distintas, um princípio que justifica plenamente o investimento em serviços de interpretação (SILVA et al., 2024).

Uma vez que a acessibilidade é consagrada como um pilar estratégico, o passo seguinte para a liderança é traduzir essa visão em um **plano de ação concreto e orçado**. A acessibilidade não pode ser um projeto sem dono e sem verba. A gestão deve criar um Comitê de Acessibilidade ou designar um "Gerente de Inclusão", um profissional de alto nível com a responsabilidade e a autoridade para coordenar todas as iniciativas relacionadas ao tema. Este comitê ou gerente será responsável por realizar um diagnóstico completo da instituição, mapeando todas as barreiras comunicacionais existentes na jornada do paciente. Com base nesse diagnóstico, deve ser elaborado um Plano Diretor de Acessibilidade, com metas claras, indicadores de desempenho (KPIs), cronogramas e, crucialmente, um orçamento dedicado. A alocação de recursos financeiros específicos para a acessibilidade é o teste definitivo do compromisso da liderança. Sem orçamento, a missão e os valores se tornam retórica vazia. O plano deve contemplar investimentos em três áreas principais: **1) Pessoas:** contratação e/ou capacitação de intérpretes e treinamento contínuo para toda a equipe, conforme discutido no Capítulo 12. **2) Tecnologia:** aquisição de infraestrutura para interpretação remota por vídeo, softwares de gestão acessíveis e outras tecnologias assistivas, como explorado no Capítulo 13. **3) Processos:** revisão e redesenho de todos os fluxos de atendimento para incorporar a acessibilidade desde o início.

A liderança também tem o papel fundamental de **comunicar a importância da iniciativa e de engajar toda a organização**. A mudança cultural não acontece por decreto; ela precisa ser construída através do diálogo, da sensibilização e da demonstração do valor da inclusão. Os gestores devem promover eventos, workshops e

campanhas internas para educar os funcionários sobre os direitos e as necessidades da comunidade surda. Devem compartilhar histórias de sucesso, mostrando como um atendimento acessível melhorou o desfecho clínico de um paciente ou evitou um erro médico. É essencial também envolver a própria comunidade surda local no processo de planejamento e avaliação, criando conselhos consultivos de pacientes ou realizando grupos focais. Conforme o princípio "Nada sobre nós, sem nós", as melhores soluções são aquelas construídas em parceria com quem vive o problema (SKLIAR, 1998). Essa colaboração não apenas enriquece o projeto com insights valiosos, mas também gera legitimidade e fortalece o vínculo entre a instituição e a comunidade que ela serve.

Por fim, a liderança deve estabelecer um sistema de **monitoramento e melhoria contínua**. A implementação da acessibilidade não é um projeto com começo, meio e fim; é um processo contínuo de aprendizado e ajuste. Os indicadores de desempenho definidos no plano de ação (ex: tempo médio para disponibilização de um intérprete, número de profissionais capacitados, índice de satisfação de pacientes surdos) devem ser monitorados regularmente. Os resultados devem ser analisados criticamente pela alta gestão e pelo Comitê de Acessibilidade, identificando o que funcionou e o que precisa ser melhorado. A coleta de feedback dos pacientes surdos, por meio de pesquisas de satisfação acessíveis em Libras, é uma ferramenta indispensável para essa avaliação. A instituição deve criar canais seguros e confidenciais para que pacientes e funcionários possam reportar falhas de comunicação sem medo de retaliação. Cada falha reportada não deve ser vista como um problema, mas como uma oportunidade de aprendizado para aprimorar o sistema. Ao adotar essa postura de vigilância constante e de compromisso com a melhoria contínua, a liderança demonstra que a acessibilidade não é uma iniciativa passageira, mas um componente permanente e indissociável da busca pela excelência. O tom que vem do topo, portanto, não é apenas uma declaração de intenções, mas um ciclo virtuoso de planejamento, execução, engajamento e monitoramento que transforma a cultura da instituição e garante que o direito à saúde, em sua plenitude, seja uma realidade para cada paciente que cruza suas portas.

#### 14.2 A Primeira Impressão: Redesenhando a Jornada do Paciente desde a Recepção e a Triagem

A jornada de um paciente dentro de uma instituição de saúde começa muito antes do encontro com o médico. Ela se inicia no primeiro contato com a organização, seja ao

tentar agendar uma consulta, seja ao se apresentar na recepção de um pronto-socorro. É neste momento inicial, na "porta de entrada" do sistema, que a cultura de inclusão de uma instituição é posta à prova pela primeira vez. Para o paciente surdo, essa primeira impressão é, historicamente, uma experiência de frustração, invisibilidade e ansiedade. Uma recepção despreparada, com atendentes que não sabem como se comunicar e um processo de triagem que depende exclusivamente da comunicação oral, não é apenas ineficiente; é uma barreira ativa que pode atrasar o atendimento, levar a erros de classificação de risco e estabelecer um tom negativo para toda a interação subsequente. A responsabilidade da gestão hospitalar, portanto, é redesenhar de forma estratégica e metódica essa etapa inicial da jornada do paciente, transformando-a de um ponto de exclusão em um ponto de acolhimento qualificado. Este subtópico detalha as intervenções gerenciais necessárias para reestruturar os processos da recepção e da triagem, abordando desde a sinalização ambiental e a capacitação da equipe de linha de frente até a implementação de tecnologias e protocolos de comunicação claros.

O primeiro passo para o redesenho da recepção é a criação de um **ambiente fisicamente acessível e visualmente informativo**. A gestão deve garantir que a sinalização do hospital seja clara, com ícones universais e, sempre que possível, com legendas em português e identificadores visuais que facilitem a orientação. Mais importante, a instituição deve adotar e exibir प्रमुखता o Símbolo Internacional da Surdez, conforme estabelecido pela legislação (BRASIL, 1991), em locais estratégicos como o balcão de informações e a triagem. A presença visível deste símbolo cumpre uma dupla função: primeiro, ela informa à equipe que aquele é um ponto de atendimento prioritário para pessoas surdas; segundo, e talvez mais importante, ela sinaliza para o paciente surdo que ele está em um local que reconhece sua existência e que, teoricamente, está preparado para atendê-lo. Essa simples medida visual pode reduzir significativamente a ansiedade inicial do paciente, que se sente visto e reconhecido antes mesmo de iniciar a comunicação. Além da sinalização estática, a gestão deve investir em sistemas de chamada de pacientes que sejam multimodais. A prática de chamar pacientes pelo nome em alto-falante é completamente excludente. A implementação de um sistema de senhas com painéis visuais, que exibem o número da senha e o guichê ou consultório correspondente, é uma solução inclusiva que beneficia não apenas os pacientes surdos, mas todos os usuários em um ambiente frequentemente ruidoso.

O segundo e mais crítico componente é a **capacitação específica da equipe da linha de frente**. Os recepcionistas e os técnicos de enfermagem da triagem são os primeiros rostos que o paciente vê. A reação desses profissionais ao se depararem com um paciente surdo é determinante. Uma reação de pânico, impaciência ou desdém pode destruir a confiança do paciente instantaneamente. A gestão tem a responsabilidade de prover um treinamento robusto e contínuo para essas equipes, com foco em três competências essenciais. A primeira é a **atitudinal**: treinar a equipe para ter uma postura de acolhimento, paciência e proatividade, abandonando a ideia de que a comunicação é "problema do paciente". A segunda é a **comunicacional básica**: ensinar um vocabulário funcional em Libras focado em sua rotina de trabalho, como "Qual seu nome?", "CPF?", "Aguarde, por favor", "Precisa de intérprete de Libras?". O objetivo não é a fluência, mas a capacidade de iniciar a interação de forma respeitosa. A terceira competência é a **processual**: treinar a equipe sobre o *protocolo* exato a ser seguido ao identificar um paciente surdo. O recepcionista precisa saber, de forma inequívoca, como acionar o serviço de interpretação (seja o intérprete de plantão ou a central de vídeo), como registrar a necessidade de acessibilidade no prontuário do paciente e como orientá-lo sobre os próximos passos. A ausência de um protocolo claro leva à improvisação, e a improvisação, como vimos, leva ao risco (WETTERICH, 2020).

O terceiro pilar da reestruturação é a **implementação de tecnologia assistiva diretamente na recepção e na triagem**. A gestão deve equipar esses setores com os dispositivos necessários para a interpretação remota por vídeo. Um tablet em um suporte seguro no balcão da recepção ou um totem com tela no setor de triagem devem estar permanentemente disponíveis e prontos para uso. A equipe deve ser treinada para manusear o equipamento com agilidade, de modo que o acionamento do intérprete remoto seja um processo rápido e integrado à rotina, e não um evento excepcional. A disponibilidade imediata dessa tecnologia na porta de entrada é crucial, especialmente em situações de urgência, onde a coleta de informações precisas para a classificação de risco não pode esperar. Conforme o Estatuto da Pessoa com Deficiência, a acessibilidade nos serviços de emergência é uma obrigação (BRASIL, 2015), e a tecnologia é a ferramenta mais eficaz para garantir seu cumprimento em tempo real. Além da interpretação remota, a gestão pode disponibilizar formulários de cadastro e de queixa principal em formato bilíngue (Português/Libras, através de vídeos com QR

Codes) ou em linguagem simples e visual, facilitando a coleta de dados iniciais enquanto o recurso de interpretação é acionado.

Finalmente, a gestão precisa **redesenhar os processos e fluxos de trabalho** para que a acessibilidade seja a regra, e não a exceção. Isso começa com a criação de um campo específico no sistema de prontuário eletrônico para identificar o paciente como usuário de Libras e para registrar suas preferências de comunicação. Uma vez que o paciente é identificado no primeiro atendimento, essa informação deve "seguir-lo" em todos os contatos futuros com a instituição, acionando alertas automáticos para as equipes que o atenderão. O processo de agendamento de consultas também deve ser acessível, oferecendo canais via WhatsApp, chat ou videochamada, eliminando a dependência do telefone. O fluxo da triagem, em particular, precisa ser revisto. O protocolo deve determinar que, para todo paciente surdo, especialmente em serviços de urgência, a comunicação mediada por um intérprete profissional é mandatória para a classificação de risco, a menos que o próprio paciente, de forma autônoma, decline do recurso. Essa diretriz remove a subjetividade da decisão do profissional da triagem e estabelece um padrão de segurança, reconhecendo que a comunicação inadequada é um fator de risco clínico, conforme amplamente documentado (MIRANDA et al., 2020; NASCIMENTO, 2018). Ao redesenhar esses processos, a gestão deixa de apagar incêndios e passa a construir uma estrutura à prova de falhas, onde a jornada do paciente surdo é planejada para ser tão fluida, segura e digna quanto a de qualquer outro paciente. A primeira impressão, ao invés de ser uma barreira, torna-se a prova concreta do compromisso da instituição com a saúde para todos, um princípio que é a própria razão de ser do SUS (BRASIL, 1990).

#### 14.3 Padronizando o Cuidado e Fechando o Ciclo: Protocolos para Internação, Alta Hospitalar e Mecanismos de Feedback

A criação de uma recepção acolhedora e de um processo de triagem acessível é um passo fundamental, mas a responsabilidade da gestão não termina na porta de entrada. A jornada do paciente continua por múltiplos setores do hospital — enfermarias, centros cirúrgicos, unidades de diagnóstico, ambulatórios — e culmina em um dos momentos mais críticos para a segurança do paciente: a alta hospitalar. A ausência de protocolos padronizados para garantir a comunicação acessível ao longo de toda essa trajetória pode anular os ganhos obtidos no acolhimento inicial, resultando em uma experiência

fragmentada e insegura. A excelência na gestão da acessibilidade exige consistência. Portanto, a etapa final do trabalho gerencial é estabelecer e disseminar protocolos claros para todas as fases do cuidado intra-hospitalar e, crucialmente, criar um ciclo de feedback que permita à instituição aprender com suas falhas e sucessos. Este subtópico se dedica a detalhar as ações gerenciais necessárias para padronizar o cuidado acessível durante a internação e no processo de alta, e para implementar mecanismos eficazes de avaliação e melhoria contínua, transformando a acessibilidade em um sistema vivo e em constante aprimoramento.

A primeira área de atuação gerencial é a **padronização da comunicação durante a internação**. Uma vez que o paciente surdo é admitido em uma enfermaria ou UTI, a informação de que ele é um usuário de Libras, registrada no prontuário desde a entrada, deve acionar uma série de ações automáticas. A gestão deve criar um "Protocolo de Atendimento ao Paciente Surdo Internado", que deve ser de conhecimento de toda a equipe de enfermagem, médica e multiprofissional (fisioterapeutas, nutricionistas, etc.). Este protocolo deve incluir, no mínimo: **1) Identificação Visual:** um símbolo discreto, mas claro (como o Símbolo Internacional da Surdez), deve ser afixado na porta do leito ou no prontuário físico para alertar visualmente qualquer profissional que se aproxime. **2) Plano de Comunicação Individualizado:** a equipe de enfermagem, no primeiro contato, com o auxílio de um intérprete (presencial ou remoto), deve estabelecer com o paciente suas preferências de comunicação. Alguns podem preferir usar a interpretação remota para questões rápidas, enquanto outros podem solicitar a presença de um intérprete para todas as interações. Esse plano deve ser documentado. **3) Agendamento Proativo de Interpretação:** o protocolo deve determinar que a presença de um intérprete é mandatória durante a visita médica diária, na discussão de resultados de exames importantes e em qualquer conversa sobre mudanças no plano terapêutico. O agendamento deve ser feito pela equipe de forma proativa, não esperando que o paciente "peça". **4) Disponibilidade 24/7:** o protocolo deve garantir o acesso a um intérprete a qualquer hora do dia ou da noite para intercorrências, conforme a necessidade de comunicação plena nos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Isso reforça a necessidade de ter intérpretes de plantão ou um serviço de interpretação remota robusto e sempre disponível. Ao padronizar essas ações, a gestão remove a responsabilidade da

improvisação dos ombros da equipe da ponta e garante um nível mínimo de qualidade e segurança em todo o período de internação.

A segunda área crítica de padronização é o **processo de alta hospitalar**. A alta é um momento de alta densidade informacional e de alto risco. É quando o paciente e sua família recebem todas as orientações sobre os cuidados em casa, prescrições de medicamentos, agendamento de retornos e sinais de alerta que indicam a necessidade de procurar o serviço novamente. Uma falha de comunicação neste momento pode levar a erros de medicação, não adesão ao tratamento e reinternações evitáveis. A gestão deve instituir um "Checklist de Alta Segura para Pacientes Surdos". Este checklist deve garantir que: **1) A presença de um intérprete profissional é obrigatória** durante toda a conversa sobre as orientações de alta. A dependência de familiares é inaceitável e perigosa neste contexto. **2) Todas as prescrições e orientações sejam fornecidas em formato bilíngue**. Além da receita em português, a instituição deve prover um resumo das orientações em vídeo de Libras, que pode ser gravado pelo próprio intérprete presente na alta e disponibilizado ao paciente por meio de um QR Code ou link. Isso permite que o paciente revise as informações em sua própria língua quantas vezes forem necessárias, em casa. **3) Haja uma verificação da compreensão**. O protocolo deve incluir uma etapa em que o profissional de saúde, através do intérprete, pede ao paciente que explique com suas próprias palavras o que ele entendeu sobre o tratamento e os cuidados. Essa técnica, conhecida como *teach-back*, é uma ferramenta poderosa para confirmar a eficácia da comunicação e corrigir mal-entendidos antes que o paciente deixe o hospital. A padronização desse processo de alta transforma-o de um ponto de risco em uma poderosa ferramenta de empoderamento e segurança do paciente.

Finalmente, para que todo esse sistema seja sustentável, a gestão precisa criar um **ciclo de avaliação e melhoria contínua**. Acessibilidade não é um estado a ser alcançado, mas um processo a ser permanentemente aprimorado. Para isso, são necessários mecanismos de feedback. A primeira ferramenta é a **pesquisa de satisfação acessível**. A instituição deve aplicar rotineiramente pesquisas de satisfação específicas para pacientes surdos, com as perguntas formuladas em Libras (em vídeo). Essas pesquisas devem questionar não apenas sobre a qualidade do atendimento técnico, mas especificamente sobre a experiência de comunicação: "Você teve acesso a um intérprete sempre que precisou?", "As informações foram claras?", "Você se sentiu respeitado em sua língua e

cultura?". Os dados coletados são uma fonte de informação inestimável para a gestão identificar pontos fracos e fortes do sistema. A segunda ferramenta é a **criação de canais de ouvidoria acessíveis**. O paciente surdo precisa ter um canal direto e fácil para fazer elogios, sugestões ou reclamações. Esse canal não pode ser um número de telefone ou um formulário complexo em português. Deve ser um número de WhatsApp, um e-mail ou, idealmente, um portal de vídeo onde o paciente possa gravar sua mensagem diretamente em Libras. A gestão deve garantir que haja um processo claro para receber, analisar e responder a essas manifestações, também em Libras.

Os dados da ouvidoria e das pesquisas de satisfação, juntamente com os indicadores de desempenho do Plano Diretor de Acessibilidade (ex: número de atendimentos com intérprete, tempo de espera, etc.), devem ser analisados periodicamente pelo Comitê de Acessibilidade e pela alta gestão. Essas reuniões de análise crítica são o motor da melhoria contínua. Elas permitem celebrar os avanços, identificar tendências de problemas e redesenhar processos que não estão funcionando. Por exemplo, se as pesquisas indicam que os pacientes da maternidade estão consistentemente insatisfeitos com a comunicação, a gestão pode direcionar mais recursos de treinamento ou alocar um intérprete com especialização na área para aquele setor. Ao fechar o ciclo — implementando protocolos, medindo os resultados e usando os dados para aprimorar os processos —, a gestão transforma a acessibilidade de uma série de iniciativas isoladas em um sistema de gestão da qualidade robusto e dinâmico. Essa abordagem sistêmica, liderada pelo topo e alimentada pela voz do paciente, é o que, em última análise, garante que o compromisso da instituição com a inclusão seja mais do que uma placa na parede; seja uma realidade vivida e sentida em cada interação, desde a recepção até a alta, e para além dela.

## **CAPÍTULO 15: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ANÁLISE DE CASOS QUE CHEGARAM À JUSTIÇA, AS DECISÕES E O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS PACIENTES SURDOS**

### **Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva<sup>3</sup>

### **Co-autores**

Eduarda Silva Reis<sup>4</sup>  
Célide Alves Oliveira<sup>5</sup>  
Thaís Ferreira do Nascimento<sup>6</sup>  
Cícero Flávio Castro de Moraes<sup>7</sup>  
João Marcos Oliveira Lima<sup>8</sup>  
Walason Costa Pereira<sup>9</sup>  
Ronilde Sthela Padilha Campos<sup>10</sup>  
Hellem Karollainy Ferreira Sousa<sup>11</sup>  
Wanderson Sousa Melo<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](mailto:lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Psicologia. Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC CENTRO UNIVERSITÁRIO)

<sup>5</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>6</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>7</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>8</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL..

<sup>9</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>11</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>12</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

Quando o diálogo falha, quando as políticas públicas se mostram inertes e quando a violação de um direito se torna sistemática e cotidiana, os corredores dos fóruns e tribunais convertem-se no último refúgio do cidadão. O fenômeno da judicialização da saúde, caracterizado pela busca no Poder Judiciário de uma prestação de saúde negada administrativa ou factualmente pelo Estado, é uma realidade consolidada no Brasil,

frequentemente associada à busca por medicamentos de alto custo ou por vagas em leitos de UTI. No entanto, uma faceta menos visível, porém igualmente dramática, dessa judicialização é a luta da comunidade surda pelo direito mais basilar de todos: o direito de ser compreendido. Este capítulo se dedica a uma análise aprofundada deste movimento, investigando como e por que pacientes surdos e suas famílias recorrem à Justiça para garantir o que a lei já lhes promete. A discussão irá explorar as teses jurídicas que fundamentam essas ações, desde a obrigação de fazer (fornecer um intérprete) até a reparação por danos morais e materiais decorrentes da falha comunicacional. Analisar-se-á, ainda, o papel crucial do Poder Judiciário não como um mero aplicador da lei fria, mas como um agente contramajoritário, um garantidor de direitos fundamentais de minorias e um indutor de políticas públicas. A judicialização, neste contexto, transcende o caso individual; ela se torna um ato político, um megafone que amplifica a voz silenciada da comunidade surda, expondo a omissão do poder executivo e forçando o sistema a se mover.

A decisão de levar uma demanda de saúde ao Judiciário não é, em geral, a primeira opção de um paciente. Ela é o ponto final de uma longa e frustrante jornada de negativas e barreiras. No caso do paciente surdo, a judicialização do direito à comunicação acessível nasce da exaustão. Nasce após inúmeras tentativas de ser atendido e não ser compreendido; após peregrinar por hospitais e postos de saúde onde a única resposta é o encolher de ombros da equipe (WETTERICH, 2020); após ter sua privacidade violada pela necessidade de usar familiares como intérpretes improvisados (MIRANDA et al., 2020); e, em casos mais graves, após sofrer um dano concreto à sua saúde por um erro diagnóstico ou de tratamento derivado da falha de comunicação. A judicialização é a consequência direta da inércia administrativa e da lacuna entre o robusto arcabouço legal — que vai da Lei de Libras (BRASIL, 2002) ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) — e a realidade precária dos serviços, uma lacuna que esta obra tem se dedicado a expor.

As ações judiciais movidas por pacientes surdos podem ser categorizadas em duas grandes vertentes, que frequentemente se sobrepõem: as **ações de obrigação de fazer** e as **ações de reparação de danos**. A ação de obrigação de fazer, geralmente com um pedido de tutela de urgência (liminar), é a mais comum e tem um caráter preventivo ou imediato. Nela, o paciente, diante de uma necessidade de saúde específica — uma

cirurgia agendada, um tratamento oncológico contínuo, um acompanhamento pré-natal —, pede ao juiz que determine que o Estado (município, estado ou União) ou a operadora de plano de saúde forneça um intérprete de Libras profissional para acompanhar todos os atos do tratamento. O fundamento jurídico para tal pedido é avassalador. O advogado do autor da ação pode articular uma tese baseada na violação direta de múltiplos dispositivos legais: a violação do direito à saúde (Art. 196, CF/88); a violação do princípio da equidade do SUS (Lei nº 8.080/90); a violação do dever do Estado de apoiar o uso e a difusão da Libras (Lei nº 10.436/2002); a violação da obrigação expressa de garantir atendimento em Libras na saúde (Art. 25, Decreto nº 5.626/2005); e, de forma contundente, a violação do direito ao consentimento livre e esclarecido e à comunicação plena, assegurados pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). Diante de uma base legal tão sólida, a tendência do Judiciário é conceder a liminar, determinando o cumprimento da obrigação sob pena de multa diária, por entender que a ausência do intérprete coloca em risco a eficácia do tratamento e a segurança do paciente.

A segunda vertente, a das **ações de reparação de danos**, tem um caráter repressivo e indenizatório. Ela ocorre após o dano já ter se consumado. Um paciente que sofreu uma seqüela permanente por um erro diagnóstico, uma família que perdeu um ente querido por uma falha no atendimento de emergência, ou mesmo um paciente que, embora não tenha sofrido um dano físico, foi submetido a uma situação humilhante e de extrema angústia por não ser compreendido, podem processar a instituição de saúde e/ou o ente público buscando uma indenização por **danos materiais** (custos com novos tratamentos, perda de capacidade de trabalho, etc.) e, principalmente, por **danos morais**. A tese do dano moral, neste contexto, é particularmente forte. O dano moral não se configura apenas pela dor ou sofrimento, mas pela violação de um direito da personalidade, como a honra, a imagem e, crucialmente, a dignidade. A experiência de ser tratado com descaso, de ter sua capacidade de comunicação e decisão ignorada, de ser reduzido a um objeto passivo do cuidado, atinge diretamente a dignidade da pessoa humana, fundamento da República (BRASIL, 1988, Art. 1º, III). A falha em prover a comunicação acessível não é um mero aborrecimento; é um ato de discriminação e de desumanização que gera um sofrimento psíquico profundo e passível de reparação. Os tribunais brasileiros têm progressivamente reconhecido que a falha na prestação de um

serviço essencial que viole a dignidade do consumidor ou do cidadão gera o dever de indenizar, e a ausência de acessibilidade para pessoas com deficiência é um exemplo claro dessa falha.

Nesse cenário, o **papel do Poder Judiciário** transcende a simples solução de um conflito individual. Ele assume uma função de extrema relevância social e política. Primeiro, ele atua como **garantidor de direitos fundamentais**. Em uma democracia, o Judiciário serve como um freio contra as omissões dos outros poderes. Quando o poder executivo falha em implementar as políticas públicas determinadas pela legislação, cabe ao Judiciário, quando provocado, forçar esse cumprimento. Ao conceder uma liminar para a contratação de um intérprete, o juiz não está "governando" ou interferindo indevidamente na administração pública; ele está simplesmente fazendo valer a Constituição e as leis do país, protegendo o direito fundamental à saúde de um cidadão vulnerável. Essa atuação é especialmente importante na proteção de direitos de minorias, que muitas vezes não têm força política para fazer suas demandas serem ouvidas pelos canais majoritários da política. O Judiciário, nesse sentido, exerce um papel contramajoritário, garantindo que os direitos da minoria surda não sejam suplantados pela conveniência administrativa ou pela indiferença da maioria ouvinte.

Segundo, o Judiciário atua como um poderoso **indutor de políticas públicas**. Cada decisão judicial que condena um município a pagar uma multa por não fornecer um intérprete, ou que condena um hospital a pagar uma indenização por dano moral, envia uma mensagem clara para os gestores: a omissão tem um custo. A judicialização repetida de uma mesma matéria torna a inércia administrativamente e financeiramente insustentável. A longo prazo, torna-se mais racional e econômico para o gestor público investir na criação de um serviço de interpretação estruturado do que continuar a pagar multas e indenizações caso a caso. As decisões judiciais, especialmente quando consolidadas em instâncias superiores, criam precedentes que pressionam toda a administração pública a se adequar. Ações civis públicas, movidas pelo Ministério Público ou por associações de surdos, podem ter um impacto ainda maior, resultando em decisões que obrigam o Estado a implementar políticas de acessibilidade em toda a sua rede de saúde, beneficiando não apenas um indivíduo, mas toda a coletividade.

Portanto, a análise da judicialização da saúde para a comunidade surda revela um panorama complexo. Por um lado, ela é um sintoma da falência do Estado em cumprir

suas obrigações mais básicas de forma administrativa. É lamentável que um cidadão precise de uma ordem judicial para garantir o direito de ser compreendido em uma consulta médica. Por outro lado, a judicialização se revela como uma ferramenta indispensável de cidadania e de luta por direitos. Ela é a prova de que, mesmo em um cenário de negligência sistêmica, o indivíduo não está desamparado. O Poder Judiciário, ao ser provocado, tem o poder e o dever de dar efetividade às normas que garantem uma saúde digna e inclusiva. Cada processo, cada liminar, cada sentença favorável é mais do que uma vitória individual; é um passo na longa e árdua construção de um sistema de saúde que verdadeiramente "escuta" com os olhos e respeita a voz de todos os seus cidadãos.

**CAPÍTULO 16: CONCLUSÃO - POR UM ATENDIMENTO QUE ESCUTA COM OS OLHOS: REFLEXÃO FINAL SOBRE A URGÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO E DA INCLUSÃO, E UM CHAMADO À AÇÃO PARA A SOCIEDADE, PROFISSIONAIS E PODER PÚBLICO**

**Autores**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima <sup>1</sup>  
Filipe da Silva Coelho <sup>2</sup>  
José Barbosa da Silva <sup>3</sup>

**Co-autores**

Célida Alves Oliveira<sup>4</sup>  
Walason Costa Pereira<sup>5</sup>  
Ronilde Sthela Padilha Campos<sup>6</sup>  
Eliziane Gaspar Santana<sup>7</sup>  
Lavínia Torres Barros<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde –Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação - World Ecumenical University.

<sup>3</sup> Mestrando em Tecnologia Emergentes na Educação - Must University

<sup>4</sup> Graduando em Psicologia. Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC CENTRO UNIVERSITÁRIO)

<sup>5</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduando em Enfermagem. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Farmácia. Faculdade Santa Luzia – FSL.

Ao longo desta obra, empreendeu-se uma jornada profunda e, por vezes, dolorosa, pelo universo da comunidade surda em sua interface com o sistema de saúde brasileiro. Partiu-se da constatação de um paradoxo alarmante: a existência de um dos mais robustos e progressistas arcabouços jurídicos do mundo em matéria de direitos da pessoa com deficiência, em flagrante e trágico contraste com uma realidade assistencial marcada pela exclusão, pelo risco e pelo silenciamento. Este capítulo final não busca apenas resumir os argumentos apresentados, mas tecer uma reflexão conclusiva sobre a urgência de uma transformação que é, em sua essência, uma questão de dignidade humana. A jornada nos mostrou que a barreira comunicacional não é um mero

inconveniente, mas uma falha estrutural que corrói os pilares do direito à saúde, produz adoecimento físico e mental e viola sistematicamente a cidadania de milhões de brasileiros. A conclusão a que se chega é inequívoca: a construção de um atendimento que "escuta com os olhos" não é uma opção, uma utopia ou um projeto para um futuro distante. É uma obrigação legal, um imperativo ético e uma necessidade clínica imediata. Este capítulo final é, portanto, um chamado à ação, direcionado a cada esfera da sociedade — poder público, profissionais de saúde e cidadãos —, para que a indiferença seja substituída pelo compromisso e a exclusão dê lugar a um cuidado verdadeiramente humano e inclusivo.

#### 16.1 Síntese de uma Violação Anunciada: Recapitulação da Tese Central

A tese central que se desdobrou ao longo dos quinze capítulos anteriores pode ser sintetizada em uma afirmação contundente: a ausência sistemática da Língua Brasileira de Sinais (Libras) no atendimento em saúde não é uma falha operacional, mas uma violação de direitos multifacetada e com consequências devastadoras, que configura uma modalidade de negligência estatal e institucional. Esta obra demonstrou, passo a passo, como essa violação se constrói e se manifesta. Primeiramente, estabeleceu-se a base sociocultural e jurídica da questão. Superando a visão patológica da surdez, adotou-se a perspectiva que a reconhece como uma diferença linguística e cultural (SKLIAR, 1998), e a Libras como uma língua plena e complexa (QUADROS; KARNOPP, 2004), cujo reconhecimento pela Lei nº 10.436/2002 foi um marco civilizatório. Em seguida, foi dissecado o arcabouço legal que, em teoria, deveria garantir um atendimento acessível. Desde a Constituição Federal (BRASIL, 1988), que consagra a saúde como direito de todos, passando pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que define os princípios da universalidade, integralidade e equidade, até as legislações específicas como o Decreto nº 5.626/2005 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), que detalham a obrigação de prover acessibilidade comunicacional, ficou evidente que não há lacuna na lei. A lei é clara, explícita e imperativa. O problema não é a ausência de direitos no papel, mas a sua negação na prática.

A segunda parte da obra mergulhou nas consequências concretas dessa negação. Demonstrou-se como a barreira comunicacional transforma o ato de cuidar em uma sucessão de riscos. A anamnese torna-se um jogo de adivinhação, o diagnóstico, um

exercício de alto risco propenso a erros, e o consentimento informado, uma farsa que viola a autonomia do paciente. Analisou-se como essa falha sistêmica leva diretamente ao agravamento de quadros clínicos, transformando condições tratáveis em doenças crônicas ou fatais, e como ela impõe um fardo psicológico esmagador, gerando ansiedade, depressão e um profundo sentimento de isolamento. A análise se aprofundou em populações especialmente vulneráveis, como as crianças, cujo desenvolvimento pode ser permanentemente comprometido, e os pacientes em situações de urgência e emergência, onde a incompreensão pode ser a diferença literal entre a vida e a morte. Cada um desses cenários reforçou a tese de que a falha de comunicação não é um problema abstrato, mas um agente patogênico, um fator de risco clínico tão real quanto um vírus ou uma bactéria, com a diferença de que este é um patógeno criado e perpetuado pela própria estrutura do sistema de saúde. A responsabilidade por esse estado de coisas foi, então, juridicamente atribuída, demonstrando como a omissão das instituições e, em certos casos, dos profissionais, se amolda aos conceitos de negligência, imprudência e imperícia, gerando o dever de reparação civil e, potencialmente, a responsabilização penal.

Finalmente, a terceira parte da obra se voltou para as soluções, não como meras sugestões, mas como a explicitação dos deveres que incumbem a cada ator. Analisou-se o papel crucial do intérprete de Libras, não como um mero tradutor, mas como um agente de saúde e segurança, cuja presença constante e qualificada é indispensável. Discutiu-se a necessidade imperativa de reformar a formação em saúde, tornando a Libras um componente curricular robusto e obrigatório, e de promover a capacitação contínua dos profissionais já em serviço, uma responsabilidade direta das instituições gestoras. Explorou-se o potencial da tecnologia como uma aliada estratégica para superar barreiras geográficas e de tempo, e detalhou-se o papel da gestão hospitalar em liderar a mudança cultural, implementando protocolos e processos que integrem a acessibilidade em toda a jornada do paciente. Por fim, analisou-se a judicialização como o último recurso do cidadão diante da inércia estatal, um sintoma da falha do sistema, mas também uma poderosa ferramenta de transformação.

A recapitulação de toda essa jornada nos leva de volta ao ponto de partida, mas com uma compreensão ampliada e aprofundada. O "som do silêncio" que intitula o primeiro capítulo não é uma ausência, mas uma presença ruidosa: é o ruído da discriminação, da

negligência e da injustiça. A violação do direito à comunicação na saúde é, de fato, uma violação anunciada. Anunciada pela legislação que a proíbe, anunciada pelos estudos acadêmicos que a documentam (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005; MIRANDA et al., 2020; MONTEIRO et al., 2025), e anunciada, todos os dias, pela experiência de sofrimento de milhões de cidadãos surdos. A tese central desta obra, portanto, se consolida: a exclusão comunicacional no sistema de saúde brasileiro é uma violação sistêmica, previsível e evitável de direitos humanos fundamentais, que exige uma resposta imediata e coordenada de toda a sociedade.

## 16.2 Um Chamado à Ação: Responsabilidades Compartilhadas entre Poder Público, Profissionais e Instituições Formadoras

A constatação de uma violação sistêmica, por mais detalhada e robusta que seja, permanece um exercício intelectual estéril se não culminar em um caminho claro para a mudança. A transformação de um sistema de saúde excludente em um ecossistema de cuidado verdadeiramente inclusivo não é uma tarefa para um único ator, nem um objetivo a ser alcançado por uma única medida. Ela exige uma ação orquestrada, um compromisso compartilhado e uma divisão clara de responsabilidades entre as diferentes esferas que compõem o campo da saúde. A inércia de um setor não pode mais servir de justificativa para a paralisia dos outros. Este subtópico se constitui, portanto, como um chamado à ação direto e inequívoco, delineando as obrigações e as tarefas urgentes que incumbem ao Poder Público (em seus níveis executivo, legislativo e judiciário), aos profissionais de saúde (enquanto indivíduos e enquanto categoria) e às instituições de formação (universidades e escolas técnicas). A cada um desses atores, são apresentadas propostas concretas, cuja implementação conjunta tem o potencial de, finalmente, começar a saldar a dívida histórica que o Brasil tem com seus cidadãos surdos.

A responsabilidade primária e mais abrangente recai sobre o **Poder Público**, o arquiteto e o gestor máximo do Sistema Único de Saúde. Ao **Poder Executivo** (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) cabe a tarefa de sair da omissão e assumir seu papel de indutor e fiscalizador de políticas públicas. A primeira ação concreta é a **regulamentação e fiscalização rigorosa** do que já está legislado. É inaceitável que o Decreto nº 5.626/2005, que determina a garantia de atendimento em

Libras na saúde, continue a ser letra morta quase duas décadas após sua publicação. O Ministério da Saúde deve criar, com urgência, portarias e notas técnicas que operacionalizem essa determinação, estabelecendo critérios claros para a habilitação de serviços, metas de cobertura e mecanismos de monitoramento. É preciso criar um **Censo Nacional de Acessibilidade em Libras nos Serviços de Saúde**, para mapear a real capacidade instalada e identificar os "desertos de acessibilidade". Com base nesses dados, deve-se lançar um **Plano Nacional de Acessibilidade na Saúde**, com orçamento definido, para financiar a contratação de intérpretes, a aquisição de tecnologias de interpretação remota e a capacitação de profissionais, com foco especial nas regiões mais desassistidas. O Executivo deve, ainda, condicionar o repasse de verbas federais do SUS ao cumprimento de metas mínimas de acessibilidade, transformando a inclusão em um critério de qualidade e de financiamento.

Ao **Poder Legislativo**, em nível federal, estadual e municipal, cabe o papel de aprimorar o arcabouço legal e de fiscalizar o Executivo. Uma ação legislativa de impacto imediato seria a alteração do Decreto nº 5.626/2005 para tornar a disciplina de Libras **obrigatória em todos os cursos de graduação da área da saúde**, eliminando a brecha da "opcionalidade" que se provou ineficaz. Os parlamentares devem, por meio de suas comissões de saúde e de direitos humanos, convocar audiências públicas, cobrar relatórios do Ministério da Saúde e usar seu poder de emenda orçamentária para garantir que os planos de acessibilidade recebam os recursos necessários. A criação de uma "Frente Parlamentar pela Saúde da Pessoa Surda" poderia ser um mecanismo poderoso para manter o tema em evidência na agenda política. Ao **Poder Judiciário**, como discutido no Capítulo 15, cabe continuar a exercer seu papel de garantidor de direitos fundamentais, respondendo com celeridade às demandas individuais e coletivas. É crucial que juízes e desembargadores, ao se depararem com esses casos, compreendam a profundidade da violação, aplicando multas significativas em caso de descumprimento e proferindo decisões que não apenas resolvam o caso concreto, mas que também tenham um caráter pedagógico e indutor de políticas públicas, reconhecendo a falha de comunicação não como um mero inconveniente, mas como uma grave falha na prestação do serviço de saúde.

Em segundo lugar, o chamado se dirige aos **profissionais de saúde**, a linha de frente do cuidado. A responsabilidade individual e coletiva desta categoria é imensa.

Individualmente, cada profissional deve adotar uma postura de **inconformismo ético** diante da barreira comunicacional. Isso significa abandonar a passividade e a mentalidade de que a comunicação é "problema do outro". Significa buscar ativamente o conhecimento, mesmo que de forma autônoma, sobre a cultura surda e os direitos de seus pacientes. Significa, na prática diária, ao se deparar com um paciente surdo, não improvisar, mas sim **acionar os protocolos**, exigir da sua chefia e da sua instituição os recursos de acessibilidade a que o paciente tem direito, seja um intérprete ou uma plataforma de vídeo. O profissional deve se ver como um "advogado do paciente" dentro do sistema, usando sua posição para demandar as condições adequadas para um atendimento seguro. Coletivamente, as **entidades de classe** (Conselhos Federais e Regionais de Medicina, Enfermagem, etc., e sindicatos) têm um papel crucial. Elas devem: **1) Incluir a acessibilidade comunicacional em seus códigos de ética** de forma explícita, caracterizando a negligência comunicacional como uma infração ética passível de apuração. **2) Promover campanhas de conscientização** e oferecer cursos de capacitação em Libras para seus membros. **3) Pressionar as instituições de ensino** pela reforma curricular e as instituições de saúde pela contratação de intérpretes. A categoria profissional, com sua força política e social, não pode mais se omitir neste debate; ela deve ser protagonista na luta por um ambiente de trabalho que lhe permita exercer a profissão de forma ética e segura para todos.

Por fim, o chamado se volta para as **instituições de formação**, as universidades e escolas técnicas que moldam os profissionais do futuro. A responsabilidade dessas instituições é estratégica e de longo prazo. A ação mais urgente, como já defendido, é a **reforma curricular imediata**, com a inclusão da Libras como disciplina obrigatória, robusta e com enfoque na saúde. Mas a responsabilidade não para aí. As universidades, como centros de produção de conhecimento, devem **fomentar a pesquisa** sobre a saúde da população surda, criando linhas de pesquisa, grupos de estudo e incentivando trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses sobre o tema. A escassez de dados e de estudos brasileiros sobre a prevalência de doenças, os desfechos clínicos e os determinantes sociais de saúde na comunidade surda é alarmante, e as universidades são o local por excelência para preencher essa lacuna. Além disso, os **hospitais universitários**, como campos de prática e modelos de excelência, têm a obrigação de serem os pioneiros na implementação de serviços de saúde plenamente acessíveis. Eles

devem criar os primeiros ambulatórios bilíngues, as primeiras equipes de referência e os primeiros programas de residência médica e multiprofissional com foco na saúde da pessoa com deficiência, servindo de laboratório e de exemplo para o resto do sistema. Ao fazer isso, as instituições de formação não estarão apenas cumprindo um dever social, mas enriquecendo a formação de seus alunos, preparando-os para uma realidade diversa e complexa e formando líderes que serão os futuros agentes de transformação do SUS.

A convergência das ações desses três grandes atores — um Poder Público que regula, financia e fiscaliza; profissionais de saúde que se engajam e demandam condições de trabalho éticas; e instituições de ensino que formam e pesquisam com um olhar inclusivo — é o único caminho para quebrar o ciclo de negligência. A responsabilidade é compartilhada, e a omissão de qualquer uma das partes compromete o sucesso do todo. A hora da ação é agora.

16.3 A Dignidade como Terapêutica: Por uma Práxis em Saúde que Escuta com os Olhos

Chegamos ao término de uma jornada analítica que nos conduziu pelas intersecções do Direito, da saúde e da linguística, tendo como fio condutor a experiência da comunidade surda brasileira. Percorremos o caminho que vai da solidez da norma à fragilidade da vida, do direito positivado em lei à sua negação no cotidiano dos serviços de saúde. O que emerge desta imersão não é apenas a constatação de uma falha administrativa ou de uma lacuna na formação, mas a revelação de uma profunda crise de humanidade no seio da prática em saúde. A tese que se consolida, ao final deste percurso, é que a barreira comunicacional imposta ao paciente surdo é a manifestação mais aguda de um modelo de cuidado que, em sua busca por eficiência técnica, frequentemente se esquece de seu propósito primordial: o alívio do sofrimento humano em todas as suas dimensões. A ausência da Língua Brasileira de Sinais no ambiente clínico não é um mero detalhe técnico; é o sintoma de uma patologia sistêmica mais profunda, uma espécie de "surdez institucional" que se recusa a ouvir as necessidades daqueles que não se comunicam pela via majoritária. Esta conclusão, portanto, é mais do que um resumo; é uma reflexão final e um convite à ressignificação da própria práxis em saúde.

Ao leitor que nos acompanhou até aqui, seja ele um profissional da saúde, um gestor, um jurista, um estudante ou um cidadão interessado, a mensagem que se deseja deixar é

a de um incômodo produtivo. A intenção desta obra foi a de perturbar a normalização da exclusão. Foi a de demonstrar que a cena de um paciente surdo tentando desesperadamente se comunicar por mímicas em uma sala de emergência não pode ser vista como "normal" ou "inevitável". É uma cena de violência, uma falha ética e técnica que tem responsáveis e consequências. A reflexão que se propõe é a de que a indiferença é uma forma de cumplicidade. A partir de agora, o conhecimento da profundidade desta violação — do risco clínico, do dano psíquico, da ilegalidade da omissão — nos torna a todos corresponsáveis. Não é mais possível alegar ignorância. A pergunta que cada leitor deve se fazer é: qual o meu papel na perpetuação ou na desconstrução deste cenário? Seja na conversa com um colega, na escolha de um tema de pesquisa, na cobrança a um representante político ou na simples adoção de uma postura mais atenta e empática, cada um de nós pode se tornar um agente na luta contra a invisibilidade.

Aos profissionais de saúde, que dedicam suas vidas ao ofício de cuidar, a mensagem é um convite à redescoberta da essência de sua vocação. A medicina e as demais profissões da saúde, em sua origem, não são apenas ciências, mas também artes — a arte da escuta, da observação, da interpretação do sofrimento. O que esta obra demonstrou é que, para o paciente surdo, essa escuta precisa ser feita com os olhos. A recusa em aprender os rudimentos de uma comunicação visual ou, mais gravemente, a recusa em exigir os meios para uma comunicação plena através de um intérprete, é uma traição a esse princípio fundamental. É praticar uma medicina incompleta, uma enfermagem parcial. O chamado não é para que cada profissional se torne um poliglota, mas para que cada um se torne um guardião da comunicação. Que a presença de um paciente surdo não seja vista como um obstáculo ao seu fluxo de trabalho, mas como uma oportunidade de exercer a excelência clínica através da adaptação e da busca por recursos. Que a anamnese não seja abreviada, mas enriquecida pela presença de um intérprete. Que o consentimento não seja uma formalidade, mas um diálogo respeitoso. A verdadeira excelência técnica não reside apenas na habilidade de realizar um procedimento complexo, mas na capacidade de garantir que este procedimento seja realizado com a plena compreensão e anuência daquele que é o sujeito central do cuidado. A dignidade, neste sentido, não é um acessório do tratamento; ela é, em si, uma poderosa ferramenta terapêutica. Um paciente que se sente respeitado, compreendido e

seguro adere melhor ao tratamento, confia mais na equipe e, conseqüentemente, tem maiores chances de um desfecho clínico favorável.

Ao Poder Público e aos gestores, a mensagem final é um lembrete de sua responsabilidade indelegável. A administração de um sistema de saúde não é a gestão de uma empresa qualquer, onde a eficiência se mede apenas por balanços financeiros. A eficiência no SUS, conforme seus princípios constitucionais (BRASIL, 1990), mede-se pela capacidade de reduzir desigualdades e de garantir o acesso universal e equitativo. A exclusão sistemática de milhões de cidadãos por uma barreira linguística é a prova cabal de uma gestão ineficiente e ineficaz sob a ótica da saúde pública. A contínua omissão em implementar as leis de acessibilidade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; BRASIL, 2015) não é uma economia de recursos; é a produção ativa de custos futuros, na forma de complicações de saúde, de reinternações e de condenações judiciais. O chamado é para que a gestão em saúde seja corajosa, para que trate a acessibilidade não como um problema a ser contornado, mas como uma meta estratégica a ser alcançada. Que os orçamentos reflitam essa prioridade e que os indicadores de desempenho incluam, de forma inequívoca, a qualidade do atendimento prestado às populações vulneráveis. A história julgará a competência de uma gestão não pela quantidade de leitos abertos, mas pela qualidade do cuidado oferecido em cada um deles, para cada cidadão, sem exceção. Em última análise, este livro foi uma tentativa de dar forma e substância a um silêncio. Um silêncio que não é de paz, mas de angústia. Um silêncio que não é vazio, mas preenchido por direitos negados, por dores não ditas e por vidas colocadas em risco. A construção de um atendimento que escuta com os olhos é a jornada para preencher esse silêncio com a única coisa que pode curá-lo: a comunicação digna. É a jornada para reconhecer que, no ato de cuidar, a linguagem do respeito é tão vital quanto o mais avançado dos medicamentos. Que esta obra sirva não como um ponto final, mas como um ponto de partida para uma nova consciência e uma nova prática, onde cada olhar de compreensão trocado entre um profissional e um paciente surdo seja a celebração de um direito conquistado e de uma humanidade reencontrada.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=CON&numero=&ano=1988&ato=b79QTWE1EeFpWTb1a>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- 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 (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 25 fev. 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.160, de 11 de janeiro de 1991. Dispõe sobre o símbolo da surdez. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8160.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8160.htm). Acesso em: 3 mar. 2025.
- BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l10098.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm). Acesso em: 18 jan. 2025.
- BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Disponível em: <https://biblioteca.com.br/leis-para-os-surdos-e-libras-no-brasil-inclusao-e-acessibilidade/>. Acesso em: 10 fev. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436/2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm). Acesso em: 5 mar. 2025.
- BRASIL. Lei nº 12.319, de 2010. Regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete de Libras. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12319.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12319.htm). Acesso em: 22 jan. 2025.
- 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). Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 30 mar. 2025.
- CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, n. 4, p. 417-422, 2005. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/items/2e1dfdd8-cdad-429f-a21c-95f9679f611d>. Acesso em: 8 fev. 2025.
- FELIPE, Tanya A.; MONTEIRO, Myrna S. *Libras em contexto: curso básico*. Rio de Janeiro: Editora Arara Azul, 2006. Acesso em: 15 jan. 2025.

GESSER, Audrei. *Libras? Que língua é essa?: crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda*. São Paulo: Parábola Editorial, 2009. Acesso em: 12 mar. 2025.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xnMSZYLXkdex8z7kFBX3Bpz/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2025.

QUADROS, Ronice Müller de; KARNOPP, Lodenir Becker. *Língua de sinais brasileira: estudos linguísticos*. Porto Alegre: Artmed, 2004. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/514162499/Lingua-de-Sinais-Brasileira-Estudos-Linguisticos>. Acesso em: 10 mai. 2025.

SKLIAR, Carlos (Org.). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação, 1998. Acesso em: 5 fev. 2025.

SILVA, Angélica Gonzaga Olegário da; SILVA, Cirlene Ribeiro da; ASSIS, Juliana Ferreira de; ARAÚJO, Thailana Silva. A importância da Libras para o atendimento ao surdo no SUS: o princípio da equidade na prática. *Ciências da Saúde*, v. 28, Edição 135, 12 jun. 2024. DOI: 10.5281/zenodo.11624469. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-importancia-da-libras-para-o-atendimento-ao-surdo-no-sus-o-principio-da-equidade-na-pratica/>. Acesso em: 2 jan. 2025.

WETTERICH, Caio. A comunicação entre surdos e profissionais da saúde: uma revisão bibliográfica. *Educação Profissional e Tecnológica em Revista*, v. 4, n. 1, p. 130-152, abr. 2020. DOI: 10.36524/profept.v4i1.520. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340498484\\_A\\_COMUNICACAO\\_ENTRE\\_SURDOS\\_E\\_PROFISSIONAIS\\_DA\\_SAUDE\\_UMA\\_REVISAO\\_BIBLIOGRAFICA](https://www.researchgate.net/publication/340498484_A_COMUNICACAO_ENTRE_SURDOS_E_PROFISSIONAIS_DA_SAUDE_UMA_REVISAO_BIBLIOGRAFICA). Acesso em: 18 mai. 2025.

MIRANDA, Rodrigo Sousa de, et al. Barreiras de comunicação com surdos no atendimento em saúde: um estudo descritivo. *Enfermagem Brasil*, v. 19, n. 1, p. 68-76, 2020. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2055>. Acesso em: 12 jan. 2025.

NASCIMENTO, Isabela Cardoso. Acesso à saúde e os direitos das pessoas surdas: uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/6842>. Acesso em: 20 fev. 2025.

FERREIRA, Nicole Lira Melo; BRAYNER, Izabelly Correia dos Santos. O acesso da comunidade surda aos serviços de saúde: mãos que falam. *Temas em Educação e Saúde*, v. 17, 2021. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/15169>. Acesso em: 2 mar. 2025.

SANTOS, Marília P. M. dos, et al. Língua Brasileira de Sinais nos serviços de saúde pública: revisão integrativa da literatura. Repositório Institucional da UFPE, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/items/e6d8b6a8-9eb5-4b98-bcd4-4fba9d55b00e>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MONTEIRO, Eduardo Queiroz, et al. Barreiras de comunicação e acesso à saúde: desafios enfrentados por pacientes usuários de Libras nos serviços de saúde. *Revista FT*, 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/barreiras-de-comunicacao-e-acesso-a-saude-desafios-enfrentados-por-pacientes-usuarios-de-libras-nos-servicos-de-saude/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS – INES. *Direito da pessoa surda*. Disponível em: <https://www.ines.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/DIREITO-DAS-PESSOAS-SURDAS.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2025.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte primária de toda sabedoria e propósito, dedicamos nossa mais profunda gratidão. Reconhecemos Sua providência como a força motriz que nos concedeu a resiliência intelectual e a clareza ética necessárias para empreender esta jornada. Foi sob Sua inspiração que a busca pela justiça e pela dignidade humana se tornou o pilar desta obra, e a Ele rendemos o mérito por cada insight e cada superação ao longo deste complexo percurso investigativo.

Nossa gratidão se estende, de forma inestimável, aos nossos familiares. Eles constituem o alicerce afetivo e estrutural sobre o qual nossa vida profissional se edifica. Agradecemos pelo suporte incondicional, pela compreensão nos longos períodos de imersão que este trabalho exigiu e pela estabilidade emocional que nos proporcionaram, elementos indispensáveis para a dedicação de alta performance que a pesquisa e a escrita demandaram.

Aos nossos amigos, consignamos nosso sincero reconhecimento pelo papel vital que desempenharam. As discussões críticas, o estímulo intelectual e o apoio leal foram catalisadores para o refinamento dos argumentos aqui presentes. A amizade de vocês foi um espaço seguro para o debate de ideias e para a renovação das energias, provando-se um componente essencial para a conclusão deste projeto.

Um agradecimento especial é direcionado aos profissionais do Direito e da Saúde, que, através de suas práticas diárias, personificam os ideais que esta obra busca analisar. A dedicação à defesa da vida, à mitigação do sofrimento e à aplicação da justiça, muitas vezes em condições adversas, serviu como a inspiração empírica e moral para este livro. Seu compromisso ético é a prova viva de que a teoria e a prática podem e devem convergir para o bem comum.

Aos estudantes das áreas da Saúde e do Direito, expressamos nossa esperança e nosso desafio. Vocês herdarão a responsabilidade de aprimorar as estruturas que aqui analisamos. Que este trabalho sirva como um instrumento para a formação de uma consciência crítica e de uma práxis profissional que não aceite a exclusão como norma. O futuro de um sistema mais justo e humano repousa sobre a capacidade de vocês de questionar, inovar e, acima de tudo, de humanizar suas futuras profissões.

Finalmente, agradecemos a todos os pesquisadores, membros da comunidade surda e demais colaboradores que, direta ou indiretamente, contribuíram com seus saberes,

experiências e críticas construtivas. Cada interação enriqueceu esta análise e reforçou a convicção de que o conhecimento se constrói em diálogo. Esta obra é, em sua essência, um reflexo desse processo colaborativo, e a sua publicação representa não um ponto final, mas a continuidade de uma conversa fundamental para a sociedade.



**thesis** editora  
científica

ISBN 978-658319930-0



9 786583 199300