











Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos

Fragility in the training of health professionals regarding the Brazilian Sign Language: a reflection on the health care of the deaf

Thiago Mazzu-Nascimento¹ , Débora Gusmão Melo¹ , Danilo Nogueira Evangelista¹ ,
Tiago Varesche Silva², Maria Gabriela Afonso³ , Janaina Cabello⁴ , Augustus Tadeu Relo de Mattos¹ ,
Obeedu Abubakar¹ , Amanda Soares Sousa¹ , Renata Postel Moreira¹, Miguel Vinícius Vieira Neves Soares¹,
Leandro Cândido de Souza¹, Ana Maria Farias Ribeiro⁵, Neuma Chaveiro⁶ , Celmo Celeno Porto⁶ 

RESUMO

Objetivos: Identificar como é a formação de profissionais da saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais (Libras). **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo e transversal, desenvolvido com dados secundários, coletados no banco de dados eletrônico do Ministério da Educação. Foram analisados a grade curricular e o projeto pedagógico de todos os cursos de graduação na área da saúde em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras, procurando-se identificar e caracterizar a disciplina de Libras. **Resultados:** Foram localizados 5317 cursos e, destes, 2293 (43,1%) ofereciam disciplina de Libras, sendo 16,7% como disciplina obrigatória e a maioria (83,3%) como optativa. Em relação ao período ofertado, não houve um padrão, variando desde o primeiro até o décimo. Quanto à carga horária destinada à disciplina, dentre os 2077 cursos que disponibilizavam essa informação, 11,1% ofertavam a disciplina com carga horária de até 20 horas, 49,4% com carga horária entre 21 e 40 horas, 29,9% entre 41 e 60 horas, 9,1% entre 61 e 80 horas. Apenas 0,5% dos cursos destinavam mais que 80 horas para o ensino de Libras. Em média, os cursos de graduação em IES públicas (N=217) dedicavam 53,1 horas ao ensino de Libras, enquanto os cursos de IES privadas (N=1860) dedicavam 45,8 horas. **Conclusão:** Há evidências de fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto ao ensino da Libras, o que reflete diretamente no atendimento integral dos surdos.

Palavras-chave: Surdez; Atenção à saúde; Educação em saúde; Línguas de sinais; Pessoal de saúde

ABSTRACT

Purpose: To identify how Brazilian Sign Language (Libras) training is being conducted in undergraduate health care courses at Higher Education Institutions. **Methods:** This is a descriptive and cross-sectional study, developed using secondary data taken from the Ministry of Education electronic database. The curriculum and pedagogical design of all undergraduate health care courses at Brazilian Higher Education Institutions (HEIs) were analyzed, aiming to identify and characterize the Libras discipline. **Results:** 5317 courses were found and, from these, 2293 (43.1%) offered Libras, 16.7% as mandatory and the majority (83.3%) as optional. Regarding the period offered, there was no pattern, ranging from the first to the tenth. Regarding the workload for the discipline, among the 2077 courses that provided this information, 11.1% offered the discipline with a workload of up to 20 hours, 49.4% with a workload between 21 and 40 hours, 29.9% between 41 and 60 hours, and 9.1% between 61 and 80 hours. Only 0.5% of the courses devoted more than 80 hours to teaching Libras. On average, undergraduate courses in public HEIs (N = 217) devoted 53.1 hours to teaching Libras, while private HEI courses (N = 1860) dedicated 45.8 hours. **Conclusion:** There is evidence of weakness in training programs for health professionals regarding teaching Libras, which directly reflects in comprehensive care for the deaf.

Keywords: Deafness; Health care; Health education; Sign language; Health personnel

Trabalho realizado na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

¹Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

²Universidade de Araraquara – UNIARA – Araraquara (SP), Brasil.

³Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

⁴Departamento de Psicologia, Tradução e Interpretação de Libras e Língua Portuguesa – TILSP, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

⁵Campus de Três Lagoas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS – Três Lagoas (MS), Brasil.

⁶Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: TMN participou da concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; DGM participou da concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; DNE participou da concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; TVS participou da concepção, coleta e análise de dados; MGA participou da concepção, coleta e análise de dados; JC participou da concepção, redação preliminar e final do artigo; ATRM participou da redação preliminar e revisão final do artigo; OA participou da redação final do manuscrito e tradução; ASS participou da análise e interpretação dos dados e redação do artigo; RPM participou da coleta de dados e redação do artigo; MVVN participou da coleta, análise e interpretação dos dados; LCS participou da coleta, análise e interpretação dos dados; AMFR participou da coleta, análise e interpretação dos dados; NC participou da concepção, redação preliminar e final do artigo; CCP participou da concepção e redação final do artigo.

Financiamento: Nada a declarar.

Autor correspondente: Thiago Mazzu-Nascimento. E-mail: thiagamazzu@gmail.com

Recebido: Junho 10, 2020; **Aceito:** Setembro 25, 2020

INTRODUÇÃO

A surdez está entre as principais questões de diferença que acometem a população. Muitas vezes, os surdos são tratados como deficientes auditivos, contudo, há distinções entre ambos. No Brasil, pessoas com surdez são, em sua maioria, aquelas falantes da Língua Brasileira de Sinais (Libras), enquanto os deficientes auditivos são aqueles que adotam a língua portuguesa oral e fazem uso de recursos, como aparelhos de amplificação sonora individual, implantes cocleares ou próteses⁽¹⁾. O Censo de 2010 mostrou que 5,1% da população brasileira é surda e, globalmente, essa população pode ultrapassar 360 milhões de pessoas⁽²⁾.

A perda auditiva pode ter diferentes origens. Quando se trata de surdez pré-natal, a causa principal está relacionada à hereditariedade, com destaque para surdez genética autossômica recessiva, seguida pela infecção materna por rubéola⁽³⁾. Além disso, outras infecções pré-natais por agentes teratogênicos, incluindo toxoplasmose, citomegalovirose e herpes, podem levar à surdez⁽⁴⁾. Entre as causas neonatais, sarampo e parotidite são as mais comuns, enquanto entre as causas pós-natais, meningite ocupa o primeiro lugar, destacando-se, também, a utilização de substâncias tóxicas e otites⁽³⁾.

Embora a surdez possa ser entendida como uma limitação, muitos surdos a compreendem como uma diferença sociocultural e linguística, não a caracterizando como uma deficiência e sim como uma diferença, com história e cultura próprias. Nessa perspectiva, portanto, a surdez é uma marca identitária, não uma limitação ou perda. Outrossim, é importante ressaltar que termos como “deficiente auditivo” e “surdo-mudo” são considerados estigmatizantes e trazem consigo muito preconceito, razão pela qual as pessoas com redução da capacidade auditiva preferem ser reconhecidas como surdas, uma vez que o vocábulo “deficiente” é compreendido como pejorativo^(2,5).

Barreiras encontradas por surdos nos serviços de saúde

Os surdos, muitas vezes, deixam de procurar serviços de saúde devido à dificuldade de comunicação com os profissionais da área, além da percepção de preconceito por parte da equipe de saúde e de outros usuários^(6,7). Esse distanciamento entre profissionais e pessoas surdas pode afetar diretamente o estado de saúde destes indivíduos, impactando a prevenção de agravos e a promoção de saúde⁽⁸⁾.

Os surdos brasileiros são usuários, em parte, de uma mesma língua de sinais, o que os aproxima culturalmente. Documento produzido em 1993, pela Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos, destaca a luta do movimento surdo para nomear a língua usada pelos surdos brasileiros como Língua Brasileira de Sinais (Libras)⁽⁹⁾. Durante a comunicação, quando o interlocutor não compreende Libras, normalmente há tentativa de comunicação por gestos⁽¹⁰⁾. Pessoas surdas encontram grande barreira para estabelecerem diálogo com profissionais de saúde que, na maioria das vezes, não são falantes de Libras e não estão preparados para se comunicar com esses pacientes^(6,7). Nesse contexto, uma vez que o diálogo com o paciente é a base do atendimento integral em saúde, o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde fica comprometido⁽¹¹⁾.

A utilização de uma escuta ativa, associada ao exercício de uma prática de comunicação/informação efetiva, contribui

para a melhora da autonomia dos sujeitos⁽¹²⁾. Por meio da escuta, o profissional de saúde se qualifica para a melhor compreensão das necessidades de saúde do indivíduo⁽¹³⁾. É por meio da comunicação que os profissionais de saúde podem criar vínculo, identificar as necessidades de saúde e construir um plano terapêutico individualizado. Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde para se comunicarem com pacientes surdos incluem mímica, leitura labial, gestos e escrita. A despeito do uso dessas táticas, a comunicação com o paciente surdo é frequentemente comprometida⁽¹⁴⁾.

Uma comunicação efetiva implica a construção de vínculos sólidos, o que se caracteriza como um dos elementos da acessibilidade. Além disso, a promoção da acessibilidade, no contexto das práticas de saúde, deve funcionar como um fator multiplicador dessa consciência, o que ampliará as possibilidades de construção de sociedades inclusivas⁽¹⁵⁾.

Na maioria das vezes, o indivíduo surdo, quando procura o serviço de saúde, leva um acompanhante, geralmente um familiar ou amigo, que atua como intérprete durante o atendimento e, eventualmente, pode assumir o protagonismo da situação e decidir sobre certas condutas de saúde, no lugar do próprio surdo. Além disso, há assuntos íntimos que os surdos não se sentem confortáveis em tratar na presença do acompanhante e que poderiam ser diretamente relatados aos profissionais de saúde se a comunicação fosse efetiva. Outro aspecto importante é que a falta de entendimento na comunicação pode dificultar a realização de procedimentos do exame físico, causando constrangimentos adicionais ao paciente, bem como dificultar adesão à terapêutica prescrita, devido à falta de compreensão de explicações e orientações^(6,7,11).

Libras e o ensino superior no Brasil

Libras é compreendida erroneamente como uma língua ágrafa, que faz uso de mímica ou soletração. Contudo, é importante salientar que a língua de sinais possui autonomia, sistema de escrita, vocabulário próprio e permite a expressão de qualquer vocábulo, como qualquer outra língua humana⁽¹⁶⁾. Libras foi reconhecida como língua no Brasil por meio da Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002⁽¹⁷⁾, que, juntamente com o Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005⁽¹⁸⁾, legitimou essa forma de comunicação e responsabilizou o poder público por garantir a comunicação com os cidadãos surdos por meio da Libras, além de apoiar e difundir o seu uso⁽¹⁹⁾.

No ensino superior, em dezembro 2005, com a assinatura do Decreto nº 5.626, Libras passou a ser inserida como disciplina obrigatória para cursos de graduação em fonoaudiologia, que é o curso mais imerso nas questões da linguagem, comunicação e expressão, e para os cursos de licenciatura. Para os demais cursos do ensino superior, a disciplina de Libras é ofertada como optativa^(16,20). Esse decreto representou o primeiro passo para que Libras fizesse parte da matriz curricular dos cursos de graduação da área da saúde.

Este artigo objetivou identificar como é a formação dos profissionais de saúde em relação à Libras, apresentando informações sobre o ensino da língua nos cursos da área da saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras e discutindo opções sobre como capacitar os profissionais para a melhor atenção às necessidades de cuidado da população surda falante de Libras.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo e transversal, desenvolvido com dados secundários, coletados no período de junho de 2018 a dezembro de 2019, no banco de dados eletrônico do Ministério da Educação (e-MEC, <https://emec.mec.gov.br/>) e nos sites de cada IES. Foram analisados a grade curricular e o projeto pedagógico de todos os cursos de graduação na área da saúde em IES brasileiras, procurando-se identificar e caracterizar a disciplina de Libras.

Primeiramente, foram selecionados os cursos da área da saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, Biomedicina, Nutrição, Odontologia, Medicina, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Em seguida, foram selecionadas as IES públicas e privadas que ofertavam esses respectivos cursos de graduação. O último passo foi acessar o *site* de cada IES e consultar o projeto pedagógico e a grade curricular de cada curso, no intuito de identificar se havia uma disciplina específica para ensino de Libras em caráter obrigatório ou optativo, o período em que era ofertada e a carga horária a ela destinada. Adicionalmente, confrontou-se a carga horária média definida para o ensino de Libras nos diferentes cursos com a carga horária total de cada curso. Comparou-se, também, a carga horária média da disciplina de Libras ofertada por esses cursos com a carga horária recomendada pela rede estadual de ensino do estado de São Paulo para a contratação do cargo de professor interlocutor (tradutores e intérpretes de Libras) nos espaços escolares, que é, no mínimo, 120 horas⁽²¹⁾.

Os dados coletados foram expressos em tabelas e gráficos construídos por meio do Microsoft Excel®. Realizou-se análise descritiva, apresentando frequências absoluta e relativa quanto à obrigatoriedade, carga horária e períodos em que a disciplina de Libras foi ofertada.

RESULTADOS

Foram identificados 5317 cursos de graduação na área da saúde nas IES brasileiras distribuídas nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. A maior parte dos cursos (36%) concentrava-se na Região Sudeste. Desse total, o percentual de

oferta de cursos foi: enfermagem (19,9%), fisioterapia (15,3%), psicologia (13,7%), farmácia (13,1%), biomedicina (11,6%), nutrição (10,5%), odontologia (7,7%), medicina (5,3%), terapia ocupacional (1,7%) e fonoaudiologia (1,2%).

Dos 5317 cursos identificados, 2293 (43,1%) ofereciam disciplina de Libras, sendo 16,7% como disciplina obrigatória e a maioria (83,3%) como optativa (Anexo 1, Tabela A1).

Como esperado, observou-se que apenas o curso de fonoaudiologia possuía 100% de obrigatoriedade de ensino de Libras. Nos demais cursos, a frequência de obrigatoriedade da disciplina foi: 22% em psicologia, 17,8% em enfermagem, 16% em medicina, 15,9% em biomedicina, 15,5% em fisioterapia, 15,2% em farmácia, 5% em odontologia e 2,9% em nutrição. Todos os cursos de terapia ocupacional consultados ofereciam a disciplina de Libras como optativa. A Figura 1 apresenta a distribuição da disciplina de Libras como obrigatória ou optativa, nos 2293 cursos analisados.

Dos 2293 cursos que ofereciam disciplina de Libras, 983 (42,9%) disponibilizavam informações referentes ao semestre em que a disciplina era oferecida (Anexo 1, Tabela A2). Nesses cursos, notou-se que os períodos em que a disciplina de Libras era ofertada variaram bastante: 7,6% dos cursos ofereciam a disciplina no primeiro período, 6,8% no segundo período, 5,9% no terceiro período, 10,1% no quarto período, 14,3% no quinto período, 6,8% no sexto período, 13% no sétimo período, 16,5% no oitavo período e alguns cursos que possuíam duração superior a oito semestres, ofertavam Libras no nono período (11%) ou no décimo período (8%). A Figura 2 apresenta as informações referentes aos diferentes períodos em que a disciplina de Libras era ofertada.

Quanto à carga horária destinada à disciplina de Libras, dos 2293 cursos, 2077 (90,6%) disponibilizavam essa informação. Dentre esses, 11,1% ofertavam a disciplina com carga horária de até 20 horas, 49,4% com carga horária entre 21 e 40 horas, 29,9% entre 41 e 60 horas, 9,1% entre 61 e 80 horas. Apenas 0,5% dos cursos de graduação destinavam mais que 80 horas para o ensino de Libras. A Figura 3 apresenta a distribuição da carga horária destinada ao ensino de Libras pelos diferentes cursos.

Quando analisada a carga horária da disciplina de Libras nos cursos de graduação em IES públicas e em IES privadas, verificou-se que os cursos das IES públicas disponibilizavam, em média, uma carga horária de 53,1 horas, enquanto os cursos

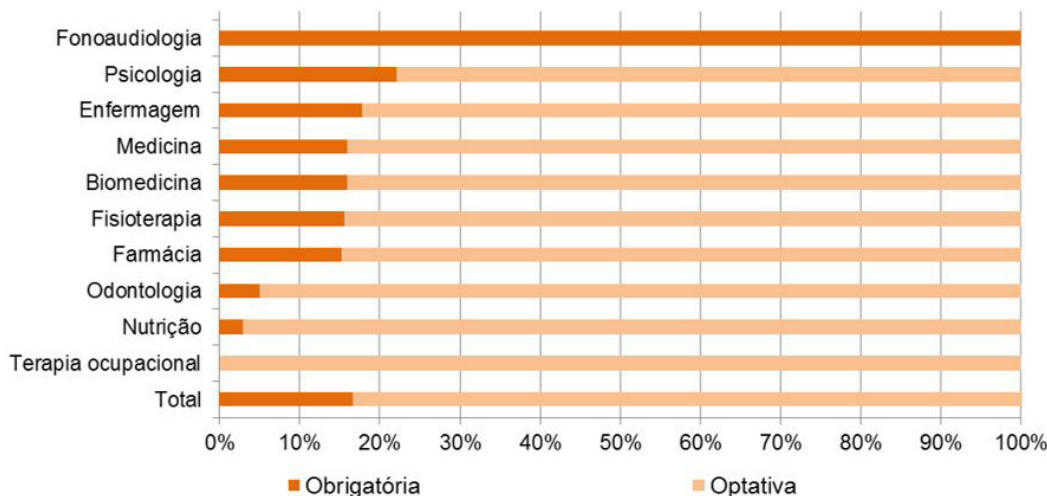


Figura 1. Distribuição da disciplina de Libras como obrigatória ou optativa nos cursos da área de saúde no Brasil (N=2293)

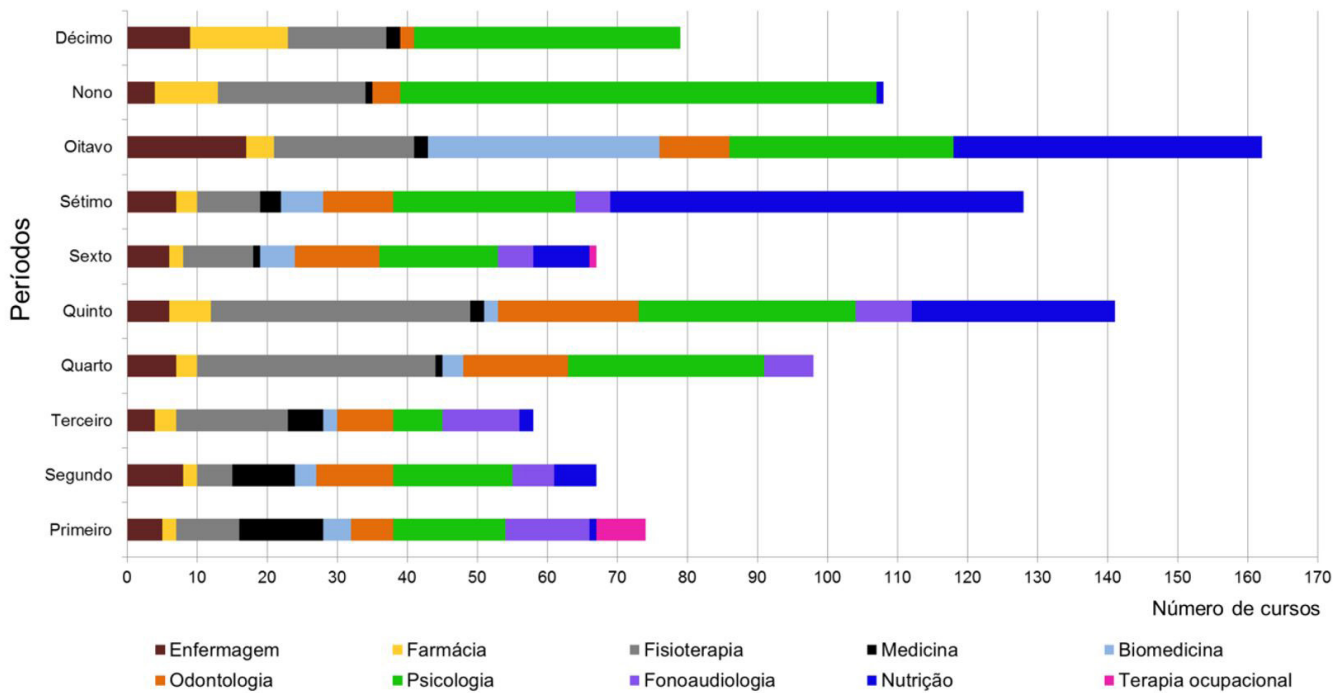


Figura 2. Diferentes períodos em que a disciplina de Libras era ofertada em cursos da área de saúde no Brasil (N=983)

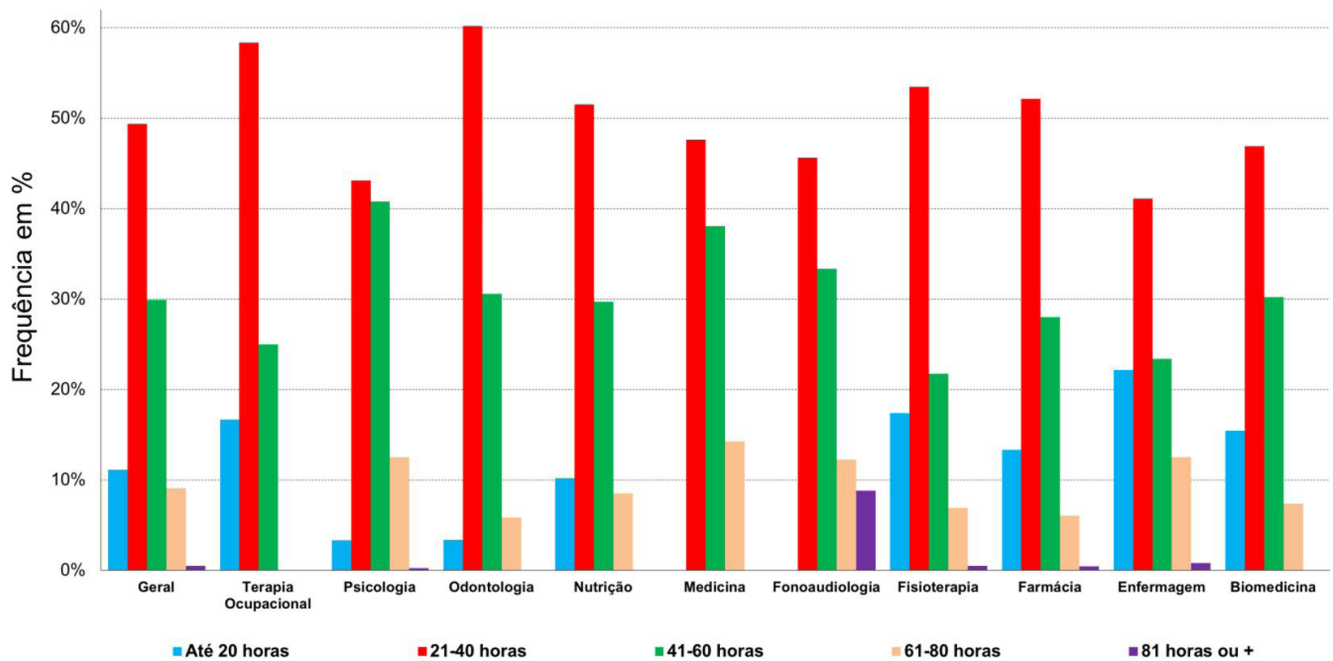


Figura 3. Carga horária destinada ao ensino de Libras nos diferentes cursos da área da saúde no Brasil (N=2077)

das IES privadas disponibilizavam, em média, 45,8 horas. Nas IES públicas, ao se detalhar a carga horária média da disciplina de Libras em cada curso, observou-se: enfermagem (61,7 horas), fonoaudiologia (58,2 horas), medicina (56,8 horas), nutrição (55 horas), fisioterapia (53,4), biomedicina (52,4 horas), psicologia (52,1 horas), odontologia (50,2 horas), farmácia (50 horas) e terapia ocupacional (41,4 horas). Já nas IES privadas, a carga horária média da disciplina de Libras era: fonoaudiologia (62,5 horas), psicologia (51,3 horas), medicina (45,9 horas),

odontologia (44,7 horas), biomedicina (44,2 horas), nutrição (43,9 horas), farmácia (43,4 horas), enfermagem (42,5 horas), fisioterapia (42,4 horas) e terapia ocupacional (37,1 horas).

Ao confrontar a carga horária média destinada à disciplina de Libras com a carga horária total de cada curso, o presente estudo revelou que a disciplina de Libras não representou mais do que 1,6% das horas totais. A Figura 4 apresenta a carga horária média da disciplina de Libras ofertada nos diferentes cursos e a representatividade dessas horas, em percentual, dentro da carga

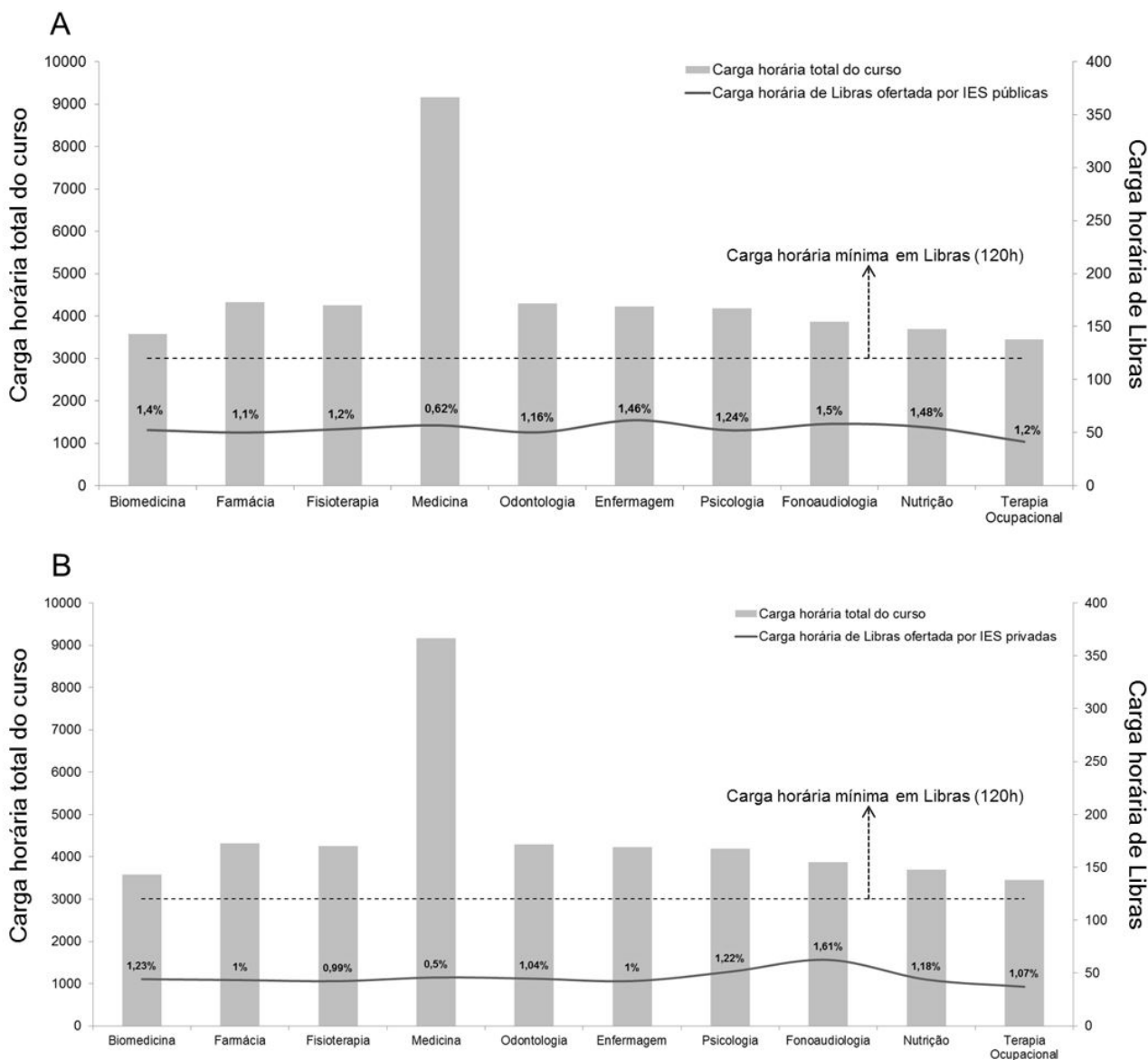


Figura 4. Carga horária média da disciplina de Libras ofertada nos diferentes cursos da área da saúde do Brasil e representatividade dessas horas, em percentual, em relação à carga horária total de cada curso

Legenda: A = cursos de graduação em instituições de ensino superior públicas (N=217); B = cursos de graduação em instituições de ensino superior privadas (N=1860); IES = Instituição de ensino superior

horária total de cada curso, considerando-se os cursos em IES públicas (Figura 4A) e os cursos em IES privadas (Figura 4B).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelaram que há fragilidade na formação de profissionais de saúde no Brasil, em relação ao ensino de Libras. Como apresentado na Figura 2 e na Figura 3, houve, respectivamente, heterogeneidade quanto ao período em que a disciplina de Libras era oferecida, além de uma pequena carga horária destinada ao ensino da disciplina. Enquanto cursos como fonoaudiologia, terapia ocupacional e medicina optaram, predominantemente, por ofertar a disciplina logo nos primeiros períodos, outros cursos, como psicologia, nutrição e farmácia ofereciam preferencialmente ao final do curso. É

razoável assumir que disciplinas de comunicação assumem grande importância quando administradas no início do curso, possibilitando que as habilidades de comunicação e a relação profissional de saúde-paciente sejam pensadas desde o início da graduação e sirvam de alicerce para o desenvolvimento das habilidades técnicas.

Os resultados deste estudo concordaram com um estudo que abordou a inclusão da disciplina de Libras nos cursos de licenciatura e que enfatizou vários problemas relacionados à aprendizagem de Libras no ensino superior, como falta de diretrizes, carga horária ineficiente (inferior a 50 horas), ensino focado no vocabulário e gramática da língua e ausência de uma visão inclusiva no ensino⁽²²⁾.

Ademais, assim como nos cursos de licenciatura, os cursos da área da saúde possuem baixa carga horária atribuída ao ensino de Libras. Ao compararem-se as 53,1 horas oferecidas,

em média, pelos cursos de graduação das IES públicas com as 45,8 horas oferecidas, em média, pelos cursos das IES privadas, constata-se que esse número está próximo das 50 horas estipuladas para os cursos de licenciatura. Essa baixa carga horária fica mais evidente quando comparada com a carga horária mínima de 120 horas, exigida pela rede estadual de ensino do estado de São Paulo para os tradutores e intérpretes de Libras⁽²¹⁾. O curso de fonoaudiologia, oferecendo a disciplina de Libras com 60,3 horas, em média, foi o que mais se aproximou dessa carga horária mínima. Os resultados apresentados na Figura 3 revelaram que apenas 0,5% dos cursos que disponibilizaram informações sobre a carga horária destinavam mais de 80 horas para o ensino de Libras, tornando o cenário brasileiro de ensino dessa língua preocupante.

Embora tenha-se considerado 120 horas como uma carga horária limite para aprendizagem de Libras⁽²¹⁾ (Figura 4), a fluência em um língua é muito mais complexa e pode requerer um número expressivamente maior de horas de estudo e de contato com a língua. Para exemplificar as dificuldades em se aprender uma segunda língua, analisou-se o tempo médio que falantes nativos de inglês levam para aprender um segundo idioma. Os níveis de proficiência podem ser classificados de 0 a 5, sendo 5 a proficiência equivalente à nativa. Com oito semanas de treinamento (240 horas), habitualmente é possível alcançar o nível 1 em línguas como português, espanhol, africâner, dinamarquês, norueguês, sueco e crioulo. Com 16 semanas (480 horas), o nível 2 é frequentemente alcançado para essas línguas. Para alcançar o nível 3, são necessárias, aproximadamente, 24 semanas (720 horas). No caso de línguas como o russo e o grego, são necessárias, em média, 480 horas para alcançar o nível 1 e 1320 horas para alcançar o nível 3. Por fim, para línguas como árabe, japonês, chinês e coreano, o tempo de treinamento é ainda maior e estima-se que sejam necessárias 1320 horas para alcançar o nível 2⁽²³⁾.

Há cursos de Libras com módulos de duração de 100 horas, que permitem alcançar o nível básico. Para atingir o nível avançado, é preciso dedicação superior a 300 horas. Contudo, como Libras é uma língua espacial e visual, a espacialidade, ou seja, a posição de pessoas/objetos e de onde partem os sinais, assume grande importância para a fluência. Quanto maior for o uso da associação espacial de pontos, da produção morfossintática e da referência corporal, maior será a fluência em Libras⁽²⁴⁾. Nesse sentido, para atingir a fluência em Libras, o tempo pode variar de um indivíduo para outro, sendo necessário, além de um número elevado de horas de estudo, maior contato com a língua e com os seus elementos. Cabe ressaltar que o processo para alfabetização em uma nova língua demanda, além de um tempo maior de aulas teóricas e prática, dedicação e motivação do aluno.

Ao avaliar a comunicação de profissionais de saúde de 39 equipes de Unidades de Saúde da Família de zonas urbana e rural, no município de Vitória da Conquista, Bahia, verificou-se que mais de 60% dos profissionais reconheceram a existência de Libras, apesar de não se comunicarem com pacientes surdos por meio dela. Quase 70% desses profissionais já haviam atendido algum sujeito surdo e nenhum deles procurou realizar curso para aprender Libras⁽²⁵⁾.

Quando se avalia as percepções de sujeitos surdos em relação à comunicação na atenção básica à saúde, nota-se que a falta de comunicação entre os surdos e os profissionais de saúde possui grande impacto no atendimento. Em um estudo realizado com 121 surdos adultos, analisando os impactos da falta de

comunicação entre profissional de saúde e pacientes surdos, do ponto de vista do usuário, observou-se que cerca de 60% das desistências em procurar as unidades de saúde eram devido à ausência de um intérprete durante os atendimentos, 66% dos pacientes surdos se sentiram inseguros com o serviço prestado pelo médico, 70% não entenderam como realizar o tratamento prescrito e 82% não compreenderam o diagnóstico⁽¹⁴⁾. Esses dados revelam que a falta de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente surdo pode ter grande impacto sobre a saúde desses indivíduos, sendo de extrema importância investir nessa comunicação.

Uma das concepções sobre a aquisição de linguagens é a de que as pessoas possuem capacidade inata para aprender uma língua, sendo uma das habilidades mais complexas do ser humano. Há dois importantes motivos que levam as pessoas a aprenderem uma segunda língua: aprender com base em necessidades técnicas ou profissionais, caracterizando um estímulo instrumental e aprender por interesse ou curiosidade pessoal, sendo um estímulo integrador, uma vez que a motivação leva a pessoa a se envolver com a cultura e a se aproximar dos indivíduos que utilizam essa língua⁽²⁶⁾.

Comumente, os indivíduos não percebem Libras como um idioma próprio e complexo, mas como uma extensão do português e, por esse motivo, inicialmente consideram Libras fácil de ser aprendida. A informação da carga horária necessária para o aprendizado de Libras não é clara e a velocidade de aprendizado é muito particular de indivíduo para indivíduo. Apesar disso, um aspecto comum a quase todos os estudantes de quaisquer línguas é que a passagem do nível de proficiência iniciante para intermediário é mais rápida que a do intermediário para o avançado. Ou seja, um nível de proficiência intermediário em Libras, que atenda às necessidades dos profissionais de saúde, poderia ser alcançado mais rapidamente⁽²³⁾.

O Decreto nº 5.626⁽¹⁸⁾, apesar de representar um avanço na questão da inclusão da aprendizagem de Libras no ensino superior, não sistematiza como deve ser o processo de ensino-aprendizagem dessa língua. Não há, portanto, orientação quanto aos objetivos, conteúdos, metodologia e carga horária, ficando a cargo de cada Instituição tal organização. A negligência com relação à estruturação da disciplina de Libras entre os cursos de graduação das diversas IES pode ocasionar, por exemplo, um ensino superficial, que sirva apenas para cumprir a lei e não atenda às necessidades de aprendizado dos estudantes da área da saúde⁽²⁷⁾. Aponta-se, aqui, a premência de estender a obrigatoriedade do ensino de Libras para os todos os cursos da área da saúde, além de aumentar significativamente a carga horária destinada a esse ensino, uma vez que todos os profissionais de saúde, e não apenas os fonoaudiólogos, atendem cotidianamente pacientes surdos. Defende-se, também, que a carga horária mínima de 120 horas deva ser implantada, para que um nível satisfatório de conhecimento em Libras seja alcançado, promovendo o diálogo adequado entre os profissionais de saúde e os surdos.

A maioria das línguas são auditivas orais, enquanto a Libras é visogestual. Essa característica facilita uma abordagem de ensino-aprendizagem amplamente utilizada na era digital, que é a aprendizagem em ambiente virtual. O ensino a distância pode ser uma alternativa para ampliar a carga horária necessária para a fluência em Libras, além de permitir um aprendizado dinâmico, que pode incluir sinais específicos utilizados na área da saúde. Para isso, são necessários recursos tecnológicos com qualidade de imagens, ferramentas para troca de mensagens entre tutor e aluno, webconferências, planejamento pedagógico

por coordenadores e tutores, sendo a plataforma Moodle® um exemplo de ferramenta que reúne tais funcionalidades, comumente utilizada pelas IES. Faz-se indispensável, também, uma avaliação presencial, que permita ao tutor conhecer a fluência em Libras do estudante⁽²⁷⁾.

Durante a graduação, há cursos da área de saúde que fazem uso de estações de simulação, nas quais pacientes e estudantes simulam um atendimento. Nesse ambiente, poderiam ocorrer simulações de atendimento com pacientes surdos, exigindo dos alunos estratégias de comunicação em Libras em um cenário próximo do real. É importante que o conteúdo dos cursos e o material digital distribuído aborde, além da gramática de Libras, aspectos histórico-culturais da comunidade surda, discussão sobre estigmas e preconceitos que os surdos sofrem, bem como a compreensão sobre a privação sensorial diante de estímulo sonoro e o desenvolvimento de habilidades sensoriais compensatórias, como a visão^(28,29).

O ensino e a atualização em Libras devem fazer parte do programa de educação permanente dos profissionais que já atuam na rede de atenção à saúde. A capacitação desses profissionais pode ser incentivada por meio de parcerias com as IES. É importante que haja investimentos na formação, na produção de textos e materiais em português e em Libras⁽³⁰⁾, bem como incentivos financeiros para colaborar na fixação desses profissionais nas unidades de saúde. Assim, os profissionais de saúde terão contato com Libras e, aos poucos, ampliarão o vocabulário e a espacialização, até alcançarem uma comunicação eficiente com os surdos, o que facilitará a compreensão das necessidades de saúde dessa importante parcela da população. É importante considerar, contudo, que a surdez é uma condição heterogênea e que a formação em Libras dos profissionais da saúde não irá isentá-los de outros cuidados com a parcela de surdos oralizados, que terão suas especificidades em relação à comunicação.

CONCLUSÃO

Observou-se fragilidade na formação dos profissionais de saúde em relação à disciplina de Libras, evidenciada pela falta de padronização quanto aos períodos ofertados e à reduzida carga horária. Essa fragilidade é um elemento que restringe a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes surdos, prejudicando o atendimento integral e contribuindo para o cenário de invisibilidade da população surda na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bisol C, Sperb TM. Discursos sobre a surdez: deficiência, diferença, singularidade e construção de sentido. *Psicol, Teor Pesqui*. 2010;26(1):7-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100002>.
2. Souza MFNS, Araújo AMB, Sandes LFF, Freitas DA, Soares WD, Vianna RSM, et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Rev CEFAC*. 2017;19(3):395-405. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719317116>.
3. Lima AS, Salles AMM, Barreto AP. Perdas auditivas congênitas e adquiridas na infância. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2000;66(5):486-92.
4. Mazzu-Nascimento T, Melo DG, Morbioli GG, Carrilho E, Vianna FSL, Silva AA, et al. Teratogens: A public health issue – A Brazilian overview. *Genet Mol Biol*. 2017;40(2):387-97. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-4685-gmb-2016-0179>. PMID:28534929.
5. Espote R, Serralha CA, Scorsolini-Comin F. Inclusão de surdos: Revisão integrativa da literatura científica. *Psico-USF*. 2013;18(1):77-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000100009>.
6. Lopes Karsten RM, Vianna NG, Silva EM. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Saúde Pesqui*. 2017;10(2):213. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n2p213-221>.
7. Magrini AM, Santos TMM. Comunicação entre funcionários de uma unidade de saúde e pacientes surdos: um problema? *Distúrbios Da Comun*. 2014;26(3):550-8.
8. Jardim DS, Maciel FJ, Lemos SMA. Perda auditiva incapacitante: análise de fatores associados. *Audiol Commun Res*. 2017;22(0):1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1765>.
9. de Brito FB. O movimento surdo no Brasil: A busca por direitos. *J Res Spec Educ Needs*. 2016;16:766-9. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-3802.12214>.
10. de Oliveira YCA, Matos Celino SD, Cavalcanti Costa GM. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis*. 2015;25(1):307-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100017>.
11. Vianna NG, Cavalcanti MLT, Acioli MD. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. *Cien Saude Colet*. 2014;19(7):2179-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.09392013>. PMID:25014297.
12. Souto BGA, Pereira SMDSF. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arq Bras Ciências Da Saúde*. 2011;36(3):176-81. <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.v36i3.58>.
13. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface - Comun Saude*. Educ. 2008;12(27):749-62. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832008000400006>.
14. Santos AS, Portes AJF. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3127. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>. PMID:30916228.
15. Neves DB, Felipe IMA, Nunes SPH. Atendimento aos surdos nos serviços de saúde: acessibilidade e obstáculos. *Infarma - Ciências Farm*. 2016;28(3):157. <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v28.e3.a2016.p157-165>.
16. Gesser A. Libras? Que língua é essa?: Crenças e preconceitos em torno da língua de sinais e da realidade surda. *RBLA*. 2017;14(4):1197-202.
17. Brasil. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]; Brasília; 2002 [citado em 2020 Jul 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm
18. Brasil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União* [Internet]; Brasília; 2005 [citado em 2020 Jul 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm
19. Duarte SBR, Chaveiro N, Freitas AR, Barbosa MA, Porto CC, Fleck MPA. Aspectos históricos e socioculturais da população surda. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2013;20(4):1713-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130005000015>. PMID:24473659.
20. Rossi RA. A LIBRAS como disciplina no ensino superior. *Rev Educ*. 2010;13(15):71-85.

21. Salvador SJL, Lodi ACB. Resoluções do estado de São Paulo e o professor interlocutor: implicações para a educação dos surdos. *Rev Bras Educ Espec.* 2018;24(2):277-92. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382418000200009>.
22. Lachinski LT, Berberian AP, Pereira AS, Guarinello AC. A inclusão da disciplina de Libras nos cursos de licenciatura: visão do futuro docente. *Audiol Commun Res.* 2019;24:1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2070>.
23. Kemp M. Why is learning american sign language a challenge? *Am Ann Deaf.* 1998;143(3):255-9. <http://dx.doi.org/10.1353/aad.2012.0157>. PMID:9680732.
24. Silva L. Fluência de ouvintes sinalizantes de libras como segunda língua: foco nos elementos da espacialização [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós-graduação em Linguística; 2018.
25. Reis VSL, Santos AM. Conhecimento e experiência de profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento a pessoas surdas. *Rev CEFAC.* 2019;21(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/20192115418>.
26. Eckert K., Frosi VM. Aquisição e aprendizagem de línguas estrangeiras: Princípios teóricos e conceitos-chave. *Domínios de Lingu@gem.* 2015;9(1):198-216.
27. Santos LF, Campos MLIL, Lacerda CBF, Goes AM. Desafios tecnológicos para o ensino de libras na educação a distância. *Comunicações.* 2015;22(3):203-19. <http://dx.doi.org/10.15600/2238-121X/comunicacoes.v22n3p203-219>.
28. Araújo MAN. A estruturação da linguagem e a formação de conceitos na qualificação de surdos para o trabalho. *Psicologia (Cons Fed Psicol).* 2005;25(2):240-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000200007>.
29. Iponema A, Della Bona A. Atendimento odontológico de pacientes surdo-cegos: enfrentando desafios. *Rev da Fac Odontol - UPF.* 2013;18(1):107-11. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3030>.
30. Souza MT, Porrozzi R. Ensino de Libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. *Rev Práxis.* 2009;2(1):43-6.

Anexo 1

Tabela A1. Distribuição sobre o ensino de Libras nos cursos da área de saúde no Brasil e total de cursos da área de saúde no Brasil (N=5317)

Cursos	Libras obrigatória	Libras optativa	Total de cursos que informaram (Libras obrigatória ou optativa)	Total de curso de graduação na área da saúde
Enfermagem	51	235	286	1060
Farmácia	43	240	283	696
Fisioterapia	63	342	405	812
Medicina	16	84	100	281
Biomedicina	31	164	195	619
Odontologia	11	210	221	407
Psicologia	92	325	417	729
Fonoaudiologia	66	0	66	66
Nutrição	9	298	307	557
Terapia ocupacional	0	13	13	90
Total	382	1911	2293	5317

Tabela A2. Períodos em que a disciplina de Libras é ofertada (obrigatória ou optativa) nos cursos da área de saúde no Brasil (N=983)

Cursos	Períodos																				Total
	1°		2°		3°		4°		5°		6°		7°		8°		9°		10°		
	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	OBR	OPT	
Enfermagem	5	-	7	1	2	2	5	2	5	1	5	1	4	3	12	5	2	2	4	5	73
Farmácia	1	1	1	1	2	1	2	1	2	4	2	-	2	1	2	2	4	5	6	8	48
Fisioterapia	2	7	3	2	5	11	3	32	27	10	2	8	2	7	6	14	2	19	4	10	176
Medicina	5	7	2	7	-	5	-	1	1	1	1	-	1	2	1	1	-	1	-	2	38
Biomedicina	1	3	2	1	1	1	2	1	-	2	1	4	-	6	23	10	-	-	-	-	58
Odontologia	-	6	2	9	2	6	2	13	-	20	-	12	1	9	3	7	-	4	-	2	98
Psicologia	11	5	9	8	3	4	7	21	23	8	5	12	7	19	7	25	8	60	9	29	280
Fonoaudiologia	12	-	6	-	11	-	7	-	8	-	5	-	5	-	-	-	-	-	-	-	54
Nutrição	-	1	1	5	2	-	-	-	-	29	1	7	-	59	-	44	-	1	-	-	150
Terapia ocupacional	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Total	37	37	33	34	28	30	28	71	66	75	22	45	22	106	54	108	16	92	23	56	983
	74		67		58		99		141		67		128		162		108		79		

Legenda: OBR = obrigatória; OPT = optativa