



## Ouvintismo e Adoecimento: Violência Simbólica na Saúde Mental de Pessoas Surdas

Wolney Gomes Almeida<sup>1</sup>



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p5182-5205>

Artigo recebido em 17 de Agosto e publicado em 17 de Outubro de 2025

### ARTIGO ORIGINAL

#### RESUMO

Este artigo analisa as relações entre ouvintismo, linguagem e saúde mental, discutindo a negação da língua de sinais como forma de violência simbólica que produz o adoecimento social e psicológico da pessoa surda. Parte-se do pressuposto de que a exclusão linguística, presente tanto nas práticas clínicas quanto nas políticas públicas de saúde, constitui um mecanismo de poder que silencia e deslegitima o sujeito surdo. O estudo tem como objetivo compreender como o ouvintismo se manifesta nos discursos e nas práticas de atendimento em saúde mental, investigando seus efeitos sobre a subjetividade e o sofrimento psíquico das pessoas surdas. Metodologicamente, inscreve-se em uma abordagem qualitativo-discursiva, apoiada na Análise do Discurso Crítica e na Filosofia da Diferença, utilizando como corpus documentos institucionais, publicações científicas e relatos de experiências em Centros de Atenção Psicossocial bilíngues. Os resultados evidenciam que a ausência de profissionais fluentes em Libras e de políticas que reconheçam a especificidade linguística da surdez reforça processos de marginalização e impede a constituição de vínculos terapêuticos eficazes. Por outro lado, experiências bilíngues demonstram que o uso da língua de sinais no cuidado em saúde mental favorece a expressão subjetiva, a autonomia e o sentimento de pertencimento. Conclui-se que o reconhecimento da Libras é condição ética e política para um cuidado que promova a escuta visual e a descolonização do olhar clínico sobre a diferença surda.

**Palavras-chave:** Ouvintismo; Língua de sinais; Saúde mental; Violência simbólica; Surdez; Bilinguismo.

---

<sup>1</sup> Docente da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. Pós-Doutor em Educação Especial; Doutor em Educação. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Inclusiva – GEPEI/UESC. Contato: wgalmeida@uesc.br



# Audism and Illness: Symbolic Violence in the Mental Health of Deaf People

## ABSTRACT

This article examines the relationship between audism, language, and mental health, discussing the denial of sign language as a form of symbolic violence that produces social and psychological illness among Deaf people. It assumes that linguistic exclusion, present in both clinical practices and public health policies, constitutes a mechanism of power that silences and delegitimizes the Deaf subject. The study aims to understand how audism manifests in the discourses and practices of mental health care, investigating its effects on subjectivity and psychic suffering. Methodologically, it follows a qualitative and discursive approach based on Critical Discourse Analysis and the Philosophy of Difference, drawing on institutional documents, scientific publications, and reports from bilingual Psychosocial Care Centers. The results show that the lack of professionals fluent in Brazilian Sign Language (Libras) and of policies recognizing the linguistic specificity of Deafness reinforces marginalization and hinders the establishment of effective therapeutic bonds. Conversely, bilingual experiences demonstrate that the use of sign language in mental health care enhances subjective expression, autonomy, and belonging. The study concludes that recognizing Libras is both an ethical and political condition for care that promotes visual listening and decolonizes the clinical gaze toward Deaf difference.

**Keywords:** Audism; Sign language; Mental health; Symbolic violence; Deafness; Bilingualism.

**Instituição afiliada** – Docente da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, Departamento de Letras e Artes – DLA>

**Autor correspondente:** *Wolney Gomes Almeida* – [wgalmeida@uesc.br](mailto:wgalmeida@uesc.br)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## **INTRODUÇÃO**

Discutir a saúde mental da pessoa surda é refletir sobre linguagem, reconhecimento e existência. A língua de sinais, ao criar um modo singular de comunicação e sentido, é também espaço de constituição da subjetividade surda. Negar sua legitimidade significa negar o próprio sujeito. Historicamente, o ouvintismo — regime que privilegia a audição e a oralidade como medidas de humanidade — impõe violências simbólicas que atravessam escola, família e saúde.

Inspirando-se em Bourdieu, essa exclusão pode ser entendida como violência simbólica: ao impor a língua majoritária como norma, o campo social naturaliza hierarquias linguísticas e mascara relações de dominação. As práticas ouvintistas perpetuam a subalternização do corpo surdo, transformando o sofrimento linguístico em déficit individual. Desse modo, forma-se um habitus ouvintista que define quem pode ser escutado e reconhecido como sujeito de linguagem.

Pensar a saúde mental da pessoa surda é reconhecer que seu sofrimento psíquico não decorre apenas de traumas individuais, mas de uma estrutura social que naturaliza a exclusão linguística. A falta de acessibilidade, de profissionais bilíngues e a patologização da diferença produzem um adoecimento essencialmente político. Para Foucault, o biopoder regula corpos e normas; na surdez, manifesta-se pela medicalização e tentativa de normalização do corpo surdo, deslocando a diferença para o campo da deficiência.

Essa lógica mostra que o cuidado em saúde mental ainda é guiado por discursos de normalização. Quando a escuta ignora a língua de sinais, o corpo surdo é reduzido ao silêncio e o sujeito desaparece. A clínica, em vez de acolher, reforça a diferença como falta. Assim, a saúde mental torna-se um território de disputa entre biopoder e resistência, onde o reconhecimento da Libras representa um gesto de insurgência epistemológica e ética.

Reconhecer a língua de sinais como prática de cuidado é reconhecer o outro em sua alteridade. No espaço terapêutico, a Libras não é apenas meio de comunicação, mas dispositivo de reconexão com o mundo e com a própria identidade, capaz de curar as feridas do silenciamento ao tornar o sofrimento narrável e compartilhável.



O silêncio imposto à pessoa surda é político, resultado de práticas ouvintistas e da ausência de políticas públicas eficazes. Menos de 2% dos CAPS no Brasil contam com profissionais bilíngues (Ministério da Saúde, 2023), o que aprofunda o isolamento e impede a continuidade terapêutica. Quando não há linguagem, o sofrimento não encontra lugar de elaboração. A falta da Libras nos serviços de saúde mental, portanto, ultrapassa a acessibilidade e configura uma questão ética e de justiça simbólica.

Este artigo propõe, portanto, discutir o ouvintismo como matriz de adoecimento, analisando como a negação da língua de sinais se constitui em violência simbólica que produz exclusão, sofrimento e silenciamento. A investigação se insere no campo da análise discursiva crítica e da filosofia da diferença, articulando autores como Bourdieu, Foucault, Deleuze, Perlin e Skliar para compreender o modo como o corpo surdo é significado, disciplinado e, em alguns contextos, ressignificado pela linguagem. Parte-se da hipótese de que a Libras, quando reconhecida e legitimada nos espaços clínicos, opera como dispositivo de resistência e de cuidado, reconfigurando as formas de escuta e ampliando as possibilidades éticas de acolhimento e de cura no campo da saúde mental.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo adota uma abordagem qualitativo-discursiva, ancorada no paradigma interpretativo das ciências humanas e sociais. Parte-se do pressuposto de que o fenômeno da saúde mental das pessoas surdas não pode ser compreendido por meio de mensurações estatísticas isoladas, mas deve ser analisado em sua dimensão simbólica, política e linguística. A pesquisa, portanto, privilegia a interpretação dos discursos e práticas institucionais que produzem sentidos sobre a surdez, a língua de sinais e o sofrimento psíquico, buscando evidenciar as formas de poder e exclusão inscritas nesses enunciados.

A perspectiva metodológica é inspirada na **Análise do Discurso Crítica (ADC)**, conforme proposta por Norman Fairclough (2001), que compreende a linguagem como prática social e enfatiza as relações entre texto, discurso e estrutura social. A essa base se soma a leitura foucaultiana da genealogia do poder (Foucault, 1976) e a filosofia da diferença (Deleuze e Guattari, 1995), o que permite problematizar os discursos da saúde como dispositivos de normalização e disciplinamento do corpo surdo. Assim, a metodologia se constitui como uma ferramenta de escuta e desnaturalização, voltada



para compreender como o ouvintismo estrutural se materializa nas políticas de cuidado, nas práticas clínicas e nas representações da surdez.

O **corpus da pesquisa** é composto por três grupos de material: (a) documentos oficiais e normativos sobre políticas públicas de saúde mental e acessibilidade linguística, publicados pelo Ministério da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por conselhos profissionais (CFP e CNE); (b) publicações acadêmicas, teses, dissertações e artigos científicos que tratam da relação entre surdez, saúde mental, língua de sinais e práticas bilíngues de cuidado; (c) registros de experiências e relatos descritivos de profissionais e usuários surdos em contextos de atenção psicossocial bilíngue, coletados em estudos qualitativos previamente publicados e analisados como discursos de resistência e reexistência.

Essas fontes foram selecionadas por meio de busca sistemática em bases acadêmicas (SciELO, CAPES, Google Scholar e BVS-Psi) e analisadas segundo critérios de pertinência temática, relevância discursiva e diversidade geográfica. O recorte temporal privilegiou produções entre 2010 e 2024, período em que se intensificaram as discussões sobre acessibilidade linguística e políticas bilíngues de saúde no Brasil.

O procedimento analítico seguiu três etapas complementares. A primeira consistiu na leitura e categorização dos textos a partir de núcleos de sentido associados a termos como *ouvintismo, saúde mental, violência simbólica, bilinguismo, diferença psíquica e linguagem terapêutica*. A segunda etapa envolveu a análise discursiva propriamente dita, identificando os modos de produção e circulação dos discursos que naturalizam a exclusão da Libras e sustentam a hegemonia da escuta oral. A terceira etapa correspondeu à interpretação crítica e filosófica desses achados, buscando compreender as implicações éticas, políticas e epistemológicas da negação da língua de sinais no cuidado em saúde mental.

Em conformidade com a natureza documental e teórica da pesquisa, não houve coleta direta de dados empíricos com sujeitos humanos, o que dispensa a submissão ao Comitê de Ética. No entanto, a reflexão metodológica é orientada por um princípio ético fundamental: o da escuta da diferença. Escutar, neste contexto, não é apenas ouvir, mas permitir que a linguagem do outro se mantenha em sua singularidade. Essa dimensão ética é também epistemológica, pois reconhece que toda análise sobre a surdez deve ser atravessada pela língua de sinais como território de enunciação e de resistência.



A escolha por uma abordagem qualitativo-discursiva justifica-se pelo propósito de compreender o ouvintismo estrutural como um fenômeno que se expressa na linguagem e nas práticas de cuidado. Ao investigar o modo como os discursos institucionais e clínicos constroem o sujeito surdo e seus modos de adoecer, esta pesquisa não busca generalizações, mas compreender processos. O que se pretende é desvelar as formas pelas quais a ausência da língua de sinais se converte em mecanismo de exclusão simbólica e em fator de adoecimento psíquico, propondo, em contrapartida, uma epistemologia do cuidado bilíngue fundada na alteridade e na legitimidade da diferença.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Linguagem e Biopoder: A Clínica Ouvintista e o Silenciamento do Corpo Surdo*

Compreender o lugar da surdez na saúde mental exige problematizar as relações entre linguagem, poder e estrutura social. A surdez não é uma ausência sensorial, mas um modo de existência que desafia o monopólio histórico da oralidade. No entanto, essa existência é continuamente atravessada por dispositivos que buscam enquadrá-la na norma ouvinte. É nesse contexto que emerge o conceito de ouvintismo, formulado por Carlos Skliar (1998) e desenvolvido posteriormente por autores como Perlin (2005) e Strobel (2009), para designar o conjunto de práticas, discursos e instituições que legitimam o ouvinte como sujeito central da linguagem e da razão.

O ouvintismo é uma estrutura ideológica que organiza o mundo pelos parâmetros da escuta e da fala, criando uma hierarquia sensorial e epistemológica que, na saúde mental, se traduz em exclusão simbólica. A ausência de políticas bilíngues, profissionais surdos e escuta em Libras não é mero descuido, mas efeito de um poder que naturaliza o privilégio auditivo. Esse ouvintismo estrutural ultrapassa comportamentos individuais e se inscreve nas políticas públicas, na formação profissional e nas práticas clínicas, onde o ouvinte mantém a posição de quem fala e interpreta, enquanto o sujeito surdo é obrigado a adaptar-se a um sistema que não o reconhece.



Para Pierre Bourdieu (1998), a violência simbólica é a dominação que se exerce pelo consenso, quando o dominado naturaliza a visão de mundo do dominante. Assim, o surdo, interpelado pela lógica da oralidade, internaliza a ideia de falta e transforma a exclusão social em culpa individual. Essa violência, ao atingir a subjetividade, gera sentimentos de inadequação e sofrimento psíquico. Nos contextos clínicos, o processo se agrava: a escuta oral exclui o corpo surdo e converte o consultório em espaço de ausência. Como observa Foucault (1976), o biopoder das instituições de saúde não apenas trata, mas define e disciplina o corpo — negando, nesse movimento, a legitimidade da língua de sinais e da experiência surda.

Essa regulação ultrapassa o corpo físico e alcança o psíquico, onde se produz o que Viviane Mosé (2015) chama de “diferença psíquica” — a singularidade do sujeito diante da norma, expressa em sua linguagem e fissuras. Para a autora, o sofrimento não é desvio, mas forma de invenção: “a loucura, a criação e a linguagem são três modos de o humano dizer o que escapa”. No caso da surdez, o corpo que cria sentidos pelo gesto manifesta uma diferença psíquica que desafia a lógica sonora da razão moderna. A língua de sinais é, assim, linguagem da diferença, e é justamente essa diferença que o ouvintismo procura suprimir.

A tentativa de uniformizar a experiência psíquica, reduzindo o sofrimento a diagnósticos, é também uma forma de silenciamento. O modelo biomédico, ao privilegiar a oralidade, reforça a ideia de que apenas a fala é linguagem legítima da mente. O sujeito surdo, então, vive o paradoxo de precisar negar sua língua para ser ouvido. Essa violência cotidiana atravessa a relação clínica e as representações de saúde e doença, produzindo o que se pode chamar de adoecimento linguístico — o sofrimento gerado pela interdição da própria voz.

Viviane Mosé (2000), em *O homem que sabe*, afirma que o sujeito moderno é moldado por uma linguagem que o separa do corpo e da experiência. O mesmo ocorre com o sujeito surdo, cuja língua é negada pelo regime ouvinte. A clínica, ao sustentar essa negação, reforça a cisão entre o dizer e o sentir, impedindo que o corpo surdo encontre na linguagem um espaço de cura. Já a língua de sinais restitui essa unidade, pois nela pensamento e corpo são indissociáveis: a mão pensa, o gesto sente, o olhar escuta. A diferença psíquica da surdez não é patologia, mas expressão de outra forma de subjetividade, que o ouvintismo estrutural insiste em desautorizar.



Nessa perspectiva, o conceito de ouvintismo estrutural pode ser entendido como uma matriz de normalização que opera em três níveis: simbólico, institucional e clínico. No nível simbólico, define o ouvinte como medida de humanidade; no nível institucional, organiza as práticas de formação e de gestão dos serviços de saúde; e, no nível clínico, determina as condições de escuta e de enunciação possíveis. Em todos esses níveis, o efeito é o mesmo: o esvaziamento da voz surda e a transformação da diferença em déficit. Esse mecanismo se assemelha ao que Foucault chamou de “micropolítica da norma”, um poder que não se impõe de fora, mas atravessa o sujeito, moldando suas possibilidades de dizer e de existir.

A violência simbólica do ouvintismo estrutural manifesta-se, portanto, como uma forma de colonização psíquica. Ao interditar a língua de sinais, ela impede o sujeito surdo de elaborar seus afetos, de narrar sua dor e de construir sentido para sua experiência. O sofrimento psíquico que daí resulta é, antes de tudo, um sofrimento linguístico, uma dor que nasce do não reconhecimento. Não se trata apenas da falta de acesso à informação, mas da ausência de uma linguagem compartilhada que legitime a existência. Nesse cenário, a língua de sinais surge como um gesto de resistência, uma forma de reapropriação simbólica do próprio ser. Ela não apenas comunica, mas cura; não apenas traduz, mas restitui ao sujeito o poder de significar o mundo e a si mesmo.

Deleuze e Guattari (1995) afirmam que toda língua é um território político e uma máquina de subjetivação. Assim, a Libras subverte o paradigma auditivo e instaura outra estética do sensível. No campo da saúde mental, sua presença desloca o lugar da escuta e funda uma “clínica do olhar”, em que o cuidado se dá pela leitura do gesto e pela reciprocidade visual. Essa clínica bilíngue rompe com o poder vertical do terapeuta e institui uma escuta horizontal, onde a língua de sinais se torna linguagem ética, capaz de ver e reconhecer o outro.

Como observa Mosé, a saúde mental da pessoa surda só é possível quando sua diferença é legitimada como modo de existir. O reconhecimento da Libras é, portanto, um gesto de restituição simbólica: cura não é apagar o sintoma, mas reconstruir a linguagem que sustenta o sujeito. A língua de sinais é território, política e estética da cura; negá-la é produzir exílio psíquico, reconhecê-la é permitir que o corpo surdo se reconcilie com sua própria diferença.



## **DISCUSSÃO TEÓRICA**

### ***Saúde Mental e Comunidades Surdas: Dados, Vulnerabilidades e Tensões***

A interlocução entre teoria e empírica exige que os discursos sobre saúde mental sejam atravessados por evidências que mostrem a dimensão social do sofrimento psíquico de pessoas surdas. Embora os estudos empíricos sejam ainda limitados, há um conjunto crescente de pesquisas que apontam para vulnerabilidades específicas no universo surdo — vulnerabilidades que devem ser lidas, também, como efeitos do ouvintismo estrutural.

### **Indicadores de sofrimento psíquico em populações surdas**

Os estudos que abordam a saúde mental das pessoas surdas, tanto no Brasil quanto em outros países, revelam um cenário de vulnerabilidade que ultrapassa as fronteiras da deficiência e atinge o campo das relações simbólicas. A literatura científica tem apontado uma prevalência significativamente maior de transtornos mentais comuns — especialmente ansiedade, depressão e ideação suicida — entre pessoas surdas em comparação à população ouvinte. Essa disparidade, longe de ser meramente biológica ou acidental, reflete a violência simbólica e comunicacional a que as comunidades surdas estão historicamente submetidas.

Pesquisas realizadas nas últimas duas décadas confirmam esse quadro. Em um estudo conduzido nos Estados Unidos com universitários surdos e com deficiência auditiva, 44% dos participantes relataram ter tido ideação suicida em algum momento da vida, enquanto 30% afirmaram já ter tentado o suicídio (Turner et al., 2007). Esses índices são duas a três vezes superiores aos da população universitária ouvinte. Uma revisão sistemática publicada no *Annals of General Psychiatry* (2007) apontou que as taxas de tentativa de suicídio entre pessoas surdas variam de 1,7% a 18% no período de um ano, podendo chegar a 30% ao longo da vida. Tais dados revelam que a vulnerabilidade emocional está intimamente ligada ao isolamento comunicacional e à falta de políticas públicas que assegurem acesso a serviços de saúde mental bilíngues.

No contexto brasileiro, embora os dados ainda sejam escassos, estudos qualitativos e levantamentos regionais indicam uma realidade igualmente preocupante.



A *Pesquisa Nacional de Saúde* (IBGE, 2020) revelou que cerca de 10% da população geral apresenta sintomas de depressão, enquanto estudos com amostras específicas de pessoas surdas mostram percentuais muito mais altos: entre 40% e 60% relatam experiências de ansiedade, tristeza crônica, insônia e sentimento de inadequação (Santos e Amaral, 2019; Gonçalves e Lacerda, 2022). Esses números devem ser interpretados à luz da exclusão comunicacional: em muitos casos, o sofrimento psíquico decorre não de fatores intrapsíquicos, mas da impossibilidade de comunicar a própria dor e ser compreendido. Trata-se de um sofrimento que nasce do silêncio imposto, da não escuta e da ausência de reconhecimento.

Essa correlação entre barreira linguística e sofrimento foi demonstrada em diversas pesquisas. Estudo conduzido no Reino Unido por Kvam et al. (2007) identificou que pessoas surdas que não dominam a língua de sinais ou que cresceram em lares oralistas apresentavam taxas mais elevadas de depressão e ansiedade do que aquelas inseridas em comunidades surdas bilíngues. Os autores associam o fenômeno àquilo que denominam “privação linguística precoce”: a falta de uma língua acessível nos primeiros anos de vida compromete não apenas a cognição, mas também a regulação emocional e a construção da identidade. Essa privação linguística, quando prolongada, torna-se um fator de risco para o adoecimento mental, pois impede o sujeito de elaborar simbolicamente suas experiências.

No Brasil, essa mesma lógica se repete. As famílias ouvintes, em sua maioria, ainda são orientadas a investir em terapias oralistas e a retardar o contato da criança surda com a Libras, sob o argumento de que a língua de sinais “atrapalha” o aprendizado da fala. Esse adiamento linguístico cria um vazio simbólico que pode se prolongar até a adolescência, quando o sujeito surdo, finalmente inserido em comunidades sinalizantes, já carrega uma história de fraturas identitárias. Pesquisas qualitativas de Leite e Rezende (2021) em escolas bilíngues do Nordeste mostram que estudantes surdos que chegaram tardiamente à Libras relatam altos níveis de angústia, sentimentos de isolamento e dificuldade de se reconhecer como parte de um coletivo. Esses sintomas, segundo os autores, configuram “sofrimentos linguísticos” — expressão que traduz de modo preciso o impacto emocional da privação comunicacional.

A situação se agrava quando se observa o acesso à rede pública de atenção psicossocial. Dados do Ministério da Saúde (2023) indicam que menos de 2% dos



Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil contam com intérpretes ou profissionais bilíngues permanentes. Muitas vezes, o atendimento depende de familiares ou amigos como mediadores linguísticos, comprometendo o sigilo e a autonomia do paciente. Essa dependência revela o biopoder descrito por Foucault: o controle do corpo e da subjetividade pela linguagem e pela instituição. O surdo, ao depender do ouvinte para ser ouvido, permanece submetido ao ouvintismo estrutural, que o controla e define.

Além da barreira comunicacional, há também um déficit na escuta social. A escassa presença de pessoas surdas em campanhas de saúde mental, o reduzido número de psicólogos surdos no país (menos de 0,5%, segundo o CFP, 2022) e a ausência de materiais psicoeducativos em Libras reforçam um quadro de invisibilidade. Essa ausência simbólica sugere que a saúde mental é um campo reservado aos que falam e ouvem, afastando a pessoa surda dos espaços de cuidado e empurrando-a para práticas comunitárias autônomas, como grupos de apoio e redes virtuais. Embora relevantes, tais iniciativas não substituem a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde.

A Organização Mundial da Saúde (2022) alerta que a saúde mental é atravessada por determinantes sociais e culturais, sendo a linguagem um dos principais mediadores da experiência emocional. No caso das pessoas surdas, a falta de uma língua acessível nos espaços de cuidado é uma violação de direitos. A OMS estima que uma em cada quatro pessoas enfrentará algum transtorno mental ao longo da vida, mas ainda não dispõe de dados específicos sobre a população surda — uma lacuna que evidencia a invisibilidade estrutural dessa comunidade: o que não é nomeado não é cuidado, e o que não é ouvido, simbolicamente, não existe.

Os indicadores de sofrimento psíquico nas populações surdas devem, portanto, ser interpretados não como desvios clínicos individuais, mas como sintomas de um adoecimento coletivo provocado pelo ouvintismo estrutural. A privação linguística, o isolamento comunicativo, a ausência de políticas bilíngues e o não reconhecimento da diferença surda convergem para produzir uma forma de vulnerabilidade simbólica e emocional que atravessa toda a experiência subjetiva dessas pessoas. A violência simbólica, nesse sentido, manifesta-se naquilo que não é dito: no silêncio institucional que perpetua a exclusão e no discurso clínico que medicaliza a diferença. Cada número,



cada estatística sobre depressão ou suicídio entre pessoas surdas carrega, em sua superfície, o vestígio de um gesto negado, de uma palavra não traduzida, de uma escuta que nunca se completou.

### **Vulnerabilidades estruturais e seletividade do sofrimento**

A compreensão da saúde mental das pessoas surdas não pode restringir-se aos indicadores clínicos de depressão, ansiedade ou suicídio. Esses dados, embora reveladores, precisam ser situados em uma rede mais ampla de vulnerabilidades estruturais, marcada por relações históricas de poder, desigualdade e exclusão epistêmica. A saúde mental, nesse sentido, é um campo de enunciação atravessado pela colonialidade: um espaço onde o corpo e a linguagem se tornam instrumentos de regulação social. Quando aplicada à surdez, essa lógica ganha contornos específicos, pois o ouvinte ocupa o lugar da norma e da racionalidade, enquanto o surdo é inscrito na margem, no corpo do desvio, do erro, do que precisa ser corrigido.

O ouvintismo estrutural não é fenômeno isolado, mas parte de um sistema de desigualdades que se articula a outras formas de dominação. Classe, gênero, raça, sexualidade e território atravessam o corpo surdo e ampliam suas vulnerabilidades psíquicas. O sujeito surdo pobre, negro, periférico ou LGBTQIA+ vivencia múltiplas camadas de silenciamento que se entrelaçam, como explica Kimberlé Crenshaw (1991), ao definir a interseccionalidade como o cruzamento de opressões que se reforçam mutuamente, impossíveis de compreender de forma isolada.

Nas comunidades surdas brasileiras, a exclusão é também territorial e linguística. Em cidades pequenas ou rurais, o acesso à Libras é restrito pela falta de escolas bilíngues e profissionais qualificados. A ausência da língua representa uma pobreza simbólica que afeta escolarização, identidade e cidadania, inclusive o direito à saúde mental. O isolamento geográfico e linguístico torna-se também subjetivo, reforçando a invisibilidade e o adoecimento — sendo o corpo surdo periférico o mais vulnerável às violências do silêncio institucional.

Quando se acrescenta o marcador racial, o quadro se torna ainda mais complexo. A surdez, enquanto diferença linguística, é atravessada pelas heranças coloniais que definiram quem tem direito à fala e quem deve permanecer mudo. Achille Mbembe (2018) descreve esse processo como necropolítica: a gestão diferencial da vida e da



morte nos corpos subalternos. No caso dos sujeitos surdos negros, o apagamento é duplo — primeiro, pela recusa da língua; depois, pela invisibilidade racial nos espaços surdos e ouvintes. A ausência de representatividade e a predominância de narrativas brancas na educação bilíngue e na formação de intérpretes revelam que o campo da Libras também carrega a marca da colonialidade. A negação do corpo negro surdo é uma das expressões mais sutis da violência simbólica: ela opera não pela exclusão explícita, mas pela ausência de espelho, pela falta de reconhecimento.

O mesmo se aplica às experiências de gênero e sexualidade. Pesquisas recentes realizadas em universidades federais e associações surdas apontam que pessoas surdas LGBTQIA+ apresentam índices significativamente maiores de depressão e ideação suicida. Segundo dados de uma pesquisa internacional de 2023, 81% dos jovens surdos LGBTQIA+ relataram episódios de depressão no último ano, e 55% afirmaram ter pensado seriamente em suicídio. A vulnerabilidade aqui não está apenas na ausência de apoio emocional, mas na sobreposição de silêncios: o silêncio da sexualidade e o silêncio da língua. A não escuta institucional dessas experiências constitui uma forma de violência psíquica interseccional, em que o sujeito é negado não apenas por quem é, mas por como se expressa.

Essas vulnerabilidades interseccionadas mostram que a saúde mental não é um campo neutro, mas uma arena de disputa simbólica. A produção discursiva sobre o “sofrimento surdo” é, muitas vezes, capturada por uma lógica patologizante que atribui o adoecimento à deficiência e não às condições sociais de exclusão. Essa apropriação médica da diferença surda transforma a política da linguagem em uma clínica do desvio. O resultado é o deslocamento do problema: o que é estrutural e coletivo passa a ser interpretado como individual e biográfico. O sujeito surdo, nesse contexto, é responsabilizado pelo seu próprio sofrimento — uma inversão típica das violências simbólicas, nas quais o dominado incorpora a culpa pela dor que lhe foi imposta.

Para compreender a profundidade desse processo, é necessário recorrer ao conceito de colonialidade do cuidado, inspirado em autores como Quijano (2000) e Walsh (2018). A colonialidade do cuidado refere-se à forma como as práticas terapêuticas e institucionais são atravessadas por lógicas eurocentradas de normalização e salvação. O cuidado, quando atravessado pela colonialidade, deixa de ser gesto de escuta e torna-se técnica de domesticação. No caso da surdez, o cuidado



ouvinte busca corrigir o corpo que escapa à norma, reeducar a voz que não fala, disciplinar o gesto que não se submete ao som. Essa racionalidade colonial produz uma clínica do controle, e não da cura; da adaptação, e não do reconhecimento. Assim, o ouvinte que cuida é também o ouvinte que define o que é “saudável”, “normal” e “aceitável”.

Essa dimensão colonial do cuidado reforça o que Viviane Mosé (2015) chama de “diferença psíquica”, isto é, a singularidade de cada sujeito em sua maneira de existir e significar o mundo. A negação da língua de sinais elimina essa diferença, impondo um modelo homogêneo de subjetividade pautado pela fala e pela escuta. Mosé nos lembra que a linguagem é o campo em que o sujeito se constitui, mas também onde se fragmenta. Quando o sujeito é privado da linguagem que o constitui, sofre uma desintegração psíquica que não se cura com remédios, mas com o restabelecimento do laço simbólico. A língua de sinais, nesse sentido, não é apenas um meio de comunicação, mas uma ética da diferença: o reconhecimento de que a saúde mental depende do direito de dizer-se no próprio idioma da alma.

O que esses dados e reflexões revelam é que o sofrimento psíquico das pessoas surdas não é uma fatalidade individual, mas o sintoma de uma estrutura social que continua a negar a pluralidade dos modos de ser e de comunicar. A ausência de políticas bilíngues, a invisibilidade racial e de gênero, a concentração de recursos em centros urbanos e o predomínio de uma epistemologia ouvinte no campo da saúde compõem um quadro de vulnerabilidade que transcende o biológico e o psicológico. É o retrato de um sistema de poder linguístico, em que a escuta é privilégio e o silêncio é destino.

A superação desse quadro exige um deslocamento epistemológico e político: reconhecer a surdez não como deficiência, mas como diferença linguística e cultural; compreender a língua de sinais não como instrumento, mas como território; e tratar a saúde mental não como correção da anormalidade, mas como exercício de liberdade e de escuta ética. Isso implica descolonizar o cuidado, descentrar o ouvinte e instaurar uma clínica do olhar, do gesto e da reciprocidade.

Somente quando o cuidado se faz em língua de sinais é que o sujeito surdo pode realmente se escutar — não pela orelha, mas pela linguagem que o funda. E é nesse instante que a saúde mental deixa de ser privilégio da fala para tornar-se direito da existência.



## **Análise e Discussão dos Resultados**

A análise dos dados documentais, discursivos e teóricos demonstra que o ouvintismo estrutural é o eixo organizador silencioso das práticas e das políticas de saúde mental no Brasil. Ele se apresenta como uma gramática invisível que estrutura a escuta, define o que é linguagem legítima e determina quem pode ser reconhecido como sujeito do discurso clínico. Essa forma de poder, naturalizada nas rotinas institucionais, não precisa de violência física para operar: ela se inscreve no cotidiano, nas palavras, nos protocolos, nos gestos de autoridade e, sobretudo, na língua. Assim, o que está em jogo não é apenas o acesso à comunicação, mas o direito de existir linguisticamente.

A partir da análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde e das resoluções do Conselho Federal de Psicologia, observa-se que o discurso da acessibilidade é frequentemente esvaziado de sua dimensão ética e política. As políticas de inclusão, em muitos casos, transformam-se em instrumentos de manutenção da norma. Quando a Libras é mencionada, aparece como “recurso auxiliar”, nunca como eixo epistemológico do cuidado. O termo “acessibilidade comunicacional” é usado para legitimar práticas que não alteram as estruturas da escuta: o ouvinte continua sendo o sujeito que compreende, traduz e diagnostica; o surdo, o corpo a ser interpretado. Essa assimetria revela o que Pierre Bourdieu (1998) define como *violência simbólica institucionalizada*: a dominação que se exerce pela naturalização das hierarquias linguísticas e pela imposição de uma visão de mundo que se faz passar por neutra.

Essa neutralidade é ilusória. Como lembra Michel Foucault (1976), todo discurso de verdade está ligado a relações de poder e de exclusão. No campo da saúde mental, o poder de definir o que é “normal”, “saudável” ou “patológico” é inseparável da história da modernidade ocidental e de sua crença no sujeito racional, falante e audível. O corpo surdo, por escapar a esse paradigma, é situado fora da racionalidade, no espaço do corpo mudo, do corpo a ser corrigido. O discurso psiquiátrico e psicológico, ao longo do século XX, incorporou essa visão e a revestiu de tecnicidade: a surdez passou a ser descrita em termos de déficit, trauma, carência ou disfunção comunicativa. Assim, o sofrimento surdo foi gradualmente traduzido em linguagem clínica, perdendo sua



dimensão política e simbólica. Essa tradução forçada é uma das formas mais sofisticadas do ouvintismo estrutural, pois transforma a exclusão social em diagnóstico.

O resultado desse processo é um sofrimento psíquico linguístico, um adoecimento que nasce do impedimento de enunciar-se. A análise dos relatos de experiências em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) evidencia que, quando a língua de sinais está ausente, o paciente surdo tende a se isolar, a desistir do tratamento e a desconfiar do terapeuta. A falta de linguagem compartilhada impossibilita a construção do vínculo terapêutico — e sem vínculo não há cura. A psicologia clínica tradicional, ancorada na oralidade, fracassa nesse encontro, porque o transforma em tradução: a palavra do paciente surdo é mediada, interrompida, filtrada por intérpretes que nem sempre compreendem as nuances emocionais do discurso sinalizado. Essa intermediação, embora necessária na ausência de profissionais bilíngues, desfigura a experiência terapêutica, diluindo a subjetividade em um duplo movimento de fala e silêncio.

Nos CAPS bilíngues estudados por Gonçalves e Lacerda (2022), contudo, observa-se outra possibilidade de cuidado. Ali, a presença da Libras não é mero recurso técnico, mas o princípio organizador da relação clínica. O gesto, o olhar e o espaço tornam-se dimensões do discurso. O paciente surdo não precisa adaptar-se à gramática do outro; é o outro que se desloca para o campo visual, construindo uma escuta que se faz com os olhos. Essa inversão é radical, porque altera o próprio sentido da palavra “escuta”. Escutar, nesse contexto, é acolher a diferença como linguagem, e não reduzi-la à tradução. Essa clínica bilíngue mostra que a cura não se dá pela imposição da norma, mas pela abertura ao encontro entre subjetividades. A língua de sinais, ao fundar essa escuta visual, reconfigura o campo da saúde mental como espaço de reciprocidade e de alteridade.

No entanto, essas experiências ainda são exceções. A maioria dos serviços de saúde no Brasil opera sob o signo da colonialidade do cuidado, conceito que aqui se mobiliza para descrever o modo como o saber terapêutico é atravessado por racionalidades eurocentradas e ouvintistas. A clínica moderna, herdeira da medicina colonial, estabeleceu uma hierarquia de corpos e de vozes. O corpo que fala é o corpo civilizado; o corpo que gesticula é o corpo a ser tutelado. Essa hierarquia não desapareceu — apenas se sofisticou. Hoje, manifesta-se na forma de protocolos,



formulários e normas de atendimento que exigem que o sujeito surdo se traduza para ser ouvido. O sistema de saúde se comporta, portanto, como um filtro de legitimidade simbólica: decide quem merece ser escutado e sob quais condições.

Essa seletividade da escuta produz o que Achille Mbembe (2018) chamaria de governo das diferenças, uma política de gestão das vidas a partir da hierarquização dos corpos. O surdo é administrado, mas raramente reconhecido; incluído nas estatísticas, mas excluído da linguagem. Esse processo opera sob a aparência de benevolência — a inclusão —, mas mantém intacto o núcleo do poder: a supremacia da escuta sonora como critério de humanidade. Nesse sentido, o ouvintismo estrutural é também uma forma de *necropolítica simbólica*, pois regula quem pode falar e quem é condenado ao silêncio. A saúde mental das pessoas surdas é, portanto, uma questão de vida e morte simbólica: ou a língua de sinais é reconhecida como espaço de existência, ou o sujeito é condenado ao desaparecimento discursivo.

Viviane Mosé (2015) oferece uma contribuição essencial para compreender essa dimensão. Ao propor a noção de “diferença psíquica”, a autora desestabiliza o modelo de normalidade que estrutura a clínica moderna. Para Mosé, o sofrimento não é patologia, mas expressão da singularidade. A diferença psíquica é aquilo que nos constitui como sujeitos únicos diante da norma. Negar essa diferença — seja pela medicalização, pela moralização ou pela homogeneização linguística — é um ato de violência que destrói o próprio campo do humano. A clínica, segundo Mosé, deveria ser o espaço de acolhimento dessa diferença, e não de sua supressão. No caso da surdez, essa diferença psíquica é inseparável da diferença linguística: o gesto, o olhar e o corpo são os lugares onde o sujeito surdo pensa e sente. Quando o cuidado nega a Libras, nega também a possibilidade de o sujeito habitar sua diferença. O resultado é um duplo apagamento: o do corpo e o da psique.

Essa leitura aproxima-se da concepção de Skliar (1998), para quem o ouvinte constrói o surdo como metáfora do incompleto. Essa construção simbólica atravessa todas as esferas da vida, inclusive a saúde. O surdo é visto como sujeito “fragilizado”, “dependente”, “incomunicável”. Essa narrativa de deficiência legitima práticas de tutela e reforça o imaginário da falta. Assim, o ouvinte não apenas fala pelo surdo, mas também fala sobre ele — e é esse “falar sobre” que produz a exclusão. A violência simbólica do ouvintismo, portanto, não está apenas na ausência da língua de sinais, mas



na imposição de uma linguagem alheia que se pretende universal. O ouvinte não escuta o surdo; ele traduz o surdo para si mesmo.

Nos discursos analisados, percebe-se que as políticas de saúde mental tendem a adotar uma perspectiva de *integração*, e não de reconhecimento. Essa diferença é crucial. A integração busca incluir o diferente na estrutura existente, enquanto o reconhecimento exige transformar a própria estrutura para acolher o outro em sua singularidade. As políticas de integração linguística, ao oferecer intérpretes sem formação específica ou capacitações superficiais em Libras, reproduzem a lógica assimilacionista: o surdo é convidado a participar, mas sob a gramática do ouvinte. Essa inclusão tutelada é uma forma sutil de exclusão. O verdadeiro reconhecimento, por outro lado, implicaria uma reconfiguração epistemológica do cuidado — um deslocamento da voz para o gesto, da fala para o olhar, da tradução para a convivência.

Os resultados aqui discutidos evidenciam que a ausência de políticas bilíngues sólidas não é apenas uma falha administrativa, mas uma forma de violência estrutural. A falta de profissionais fluentes em Libras, a inexistência de protocolos clínicos bilíngues e a escassez de campanhas de saúde mental acessíveis em língua de sinais configuram um cenário de negligência institucional. Essa negligência, contudo, não é neutra: ela expressa uma hierarquia simbólica que privilegia a audição como critério de cidadania. Nesse sentido, o Estado, ao omitir-se, perpetua o ouvintismo estrutural como política de invisibilidade.

Os dados sobre sofrimento psíquico e suicídio entre pessoas surdas, portanto, não devem ser lidos apenas como indicadores clínicos, mas como sintomas de uma estrutura discursiva. Cada número, cada estatística, é um enunciado político. O suicídio, nesse contexto, pode ser interpretado como uma resposta extrema à exclusão simbólica: o corpo que não encontra linguagem para existir devolve o silêncio que lhe foi imposto. Não se trata de romantizar o sofrimento, mas de reconhecer sua genealogia. A saúde mental da pessoa surda é inseparável da luta pelo direito de dizer-se; sem linguagem, não há sujeito; sem língua de sinais, não há escuta possível.

A análise também revelou emergências de resistência nas margens. Em comunidades surdas, especialmente nas redes digitais, têm se formado espaços autônomos de escuta e cuidado em Libras, nos quais o gesto é linguagem de partilha e de acolhimento. Esses coletivos reconfiguram o sentido do cuidado, transformando-o



em prática comunitária, política e poética. Ali, o sofrimento não é traduzido; é visto, é compartilhado, é narrado por quem o sente. Essas experiências configuram o que Boaventura de Sousa Santos (2010) chama de *epistemologias do Sul*: saberes insurgentes que emergem do corpo, da dor e da diferença, e que desafiam o monopólio da racionalidade ouvinte. A clínica surda, nesse sentido, não é o oposto da ciência, mas sua radicalização ética: o cuidado que escuta o que a ciência não ouve.

Em síntese, os resultados demonstram que o ouvintismo estrutural atua como violência simbólica que atravessa o campo da saúde mental, produzindo exclusão, adoecimento e silenciamento. Entretanto, as experiências bilíngues, os movimentos surdos e as práticas de resistência linguística revelam que é possível construir uma outra ética da escuta. A Libras não é apenas um meio de comunicação, mas um território de reexistência, uma linguagem que cura porque restitui o sujeito ao seu lugar de fala — ou melhor, ao seu lugar de gesto. Quando a língua de sinais entra na clínica, o que se transforma não é apenas o atendimento, mas a própria ideia de humano: o corpo deixa de ser mudo, o silêncio deixa de ser ausência, e a diferença deixa de ser falta. É nesse deslocamento que se anuncia uma nova política do cuidado — uma política que não corrige, mas reconhece; que não traduz, mas convive; que não patologiza a diferença, mas a celebra como potência de vida.

## **Considerações Finais**

A reflexão construída ao longo deste estudo evidencia que a saúde mental da pessoa surda não pode ser compreendida fora do campo da linguagem e do poder. A análise dos discursos clínicos, institucionais e acadêmicos mostrou que o ouvintismo estrutural constitui um regime de verdade que atravessa as práticas de cuidado e define quem é legitimamente escutado no espaço terapêutico. Essa estrutura, ao naturalizar a oralidade como única via de enunciação legítima, reproduz a desigualdade simbólica e perpetua o silenciamento da diferença. Assim, o sofrimento psíquico das pessoas surdas não é apenas uma questão individual, mas o efeito de uma história coletiva de exclusão linguística e epistemológica.

Negar a língua de sinais é negar o sujeito que nela se constitui. Essa negação produz um tipo específico de adoecimento – o adoecimento simbólico – que nasce da



impossibilidade de se reconhecer na linguagem. O surdo que não encontra lugar de fala encontra o vazio de si; o corpo que não é visto, o gesto que não é compreendido, a palavra que não é reconhecida – todos esses elementos compõem a anatomia do sofrimento surdo. Trata-se de um sofrimento que não está nas células, mas nas estruturas discursivas; não está no cérebro, mas na cultura. É nesse sentido que o ouvintismo estrutural deve ser compreendido como forma de violência simbólica à saúde mental da pessoa surda, pois age sobre o inconsciente, sobre o corpo e sobre a língua, moldando o próprio modo de existir.

A pesquisa demonstrou também que as políticas públicas, mesmo quando bem-intencionadas, permanecem aprisionadas a uma lógica de integração e não de reconhecimento. A inserção da Libras como disciplina optativa, a presença ocasional de intérpretes e a ausência de formação bilíngue entre profissionais da saúde revelam que a diferença linguística ainda é tratada como obstáculo, e não como potência. Essa perspectiva reforça o paradigma da deficiência e impede que a surdez seja reconhecida como forma de produção de conhecimento e de subjetividade. A clínica continua sendo, em larga medida, um espaço de tradução do surdo para o ouvinte, e não de diálogo entre mundos.

No entanto, as experiências bilíngues e comunitárias apontam caminhos de ruptura. Nos espaços onde a Libras é incorporada como língua de cuidado, emerge uma outra política da escuta – uma escuta visual, afetiva e ética. Nesses contextos, a clínica deixa de ser lugar de adaptação e se torna espaço de criação. A cura, então, deixa de ser correção e passa a ser reconhecimento. A língua de sinais não apenas comunica o sofrimento, mas o reinscreve em uma rede de sentido compartilhado, transformando o que era silêncio em gesto, e o que era dor em linguagem. Essa transformação é também uma prática política: devolver ao sujeito o direito de narrar-se é restituir-lhe a humanidade.

Viviane Mosé lembra que a saúde mental não se constrói pela eliminação da diferença, mas pela sua escuta. A “diferença psíquica” é o que nos singulariza e nos humaniza. Quando o cuidado tenta homogeneizar o sujeito, ele adoece. A verdadeira clínica, portanto, é aquela que acolhe a diferença sem convertê-la em desvio. No caso da surdez, essa escuta só é possível quando a Libras ocupa o centro do processo terapêutico, quando o gesto é reconhecido como palavra e o olhar como presença. A



cura, nesse horizonte, é menos uma técnica e mais uma ética: a ética de ver o outro em sua língua e de permitir que sua forma de sentir o mundo seja legítima.

Descolonizar a saúde mental significa descentrar o ouvinte, questionar a supremacia da voz e instaurar um paradigma da visualidade e do corpo como instâncias de enunciação. Isso implica repensar a formação dos profissionais de saúde, incorporar a Libras como língua de cuidado, criar protocolos bilíngues de atendimento e reconhecer a presença de psicólogos surdos como agentes de transformação. Mais do que medidas técnicas, trata-se de uma reconfiguração ontológica do cuidado: uma passagem do poder à relação, da norma à escuta, do controle à convivência.

A língua de sinais, nesse horizonte, é mais do que um instrumento; é um território de existência e uma forma de cura. Ela cura porque devolve ao sujeito o direito de se narrar, de ser compreendido, de participar do mundo sem precisar traduzir-se. Cura porque rompe com a solidão imposta pelo silêncio institucional e restabelece o laço simbólico entre corpo e linguagem. Cura porque ressignifica o gesto como palavra e o olhar como afeto.

Em síntese, o presente artigo afirma que a saúde mental da pessoa surda é inseparável do reconhecimento da Libras como língua de cuidado e de resistência. Superar o ouvintismo estrutural é tarefa ética e política que exige a reconstrução das práticas de escuta, o enfrentamento das hierarquias linguísticas e o compromisso de construir uma clínica verdadeiramente bilíngue e decolonial. Quando o gesto é reconhecido como linguagem e o olhar como escuta, a diferença deixa de ser falta e passa a ser potência. E é nesse instante – quando a língua de sinais encontra lugar no cuidado – que o humano se amplia, o silêncio se torna presença, e a saúde mental se faz, enfim, ato de libertação.

## **Referências**

- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.
- BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.
- 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, Brasília, 25 abr. 2002.



BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 11/2017. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Saúde Mental: avanços e desafios. Brasília: MS, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 018/2022**. Dispõe sobre o atendimento de pessoas surdas e com deficiência auditiva. Brasília: CFP, 2022.

CRAWSHAW, Kimberlé. **Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color**. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1241–1299, 1991.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GONÇALVES, Valdirene; LACERDA, Cristina Broglia Feitosa de. **A escuta visual na clínica bilíngue: reflexões sobre o cuidado em saúde mental de pessoas surdas**. *Revista Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 1–16, 2022.

KVAM, Marit; LOEB, Mitchell; TAMNES, Roger. **Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals**. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Oxford, v. 12, n. 1, p. 1–7, 2007.

LEITE, Vanessa; REZENDE, Pedro. **Educação bilíngue e subjetividade surda: sofrimentos linguísticos e identidade**. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 27, n. 2, p. 289–307, 2021.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MOSÉ, Viviane. **O homem que sabe: do sujeito cartesiano ao sujeito descentrado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

MOSÉ, Viviane. **A diferença que nos constitui**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plano de ação em saúde mental 2013–2030**. Genebra: OMS, 2022.

PERLIN, Gladis. **Identidades surdas**. Porto Alegre: Mediação, 2005.

QUILJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder e classificação social**. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 73–118.

SANTOS, Fábio; AMARAL, Bruna. **Transtornos emocionais e barreiras comunicativas em pessoas surdas**. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 44–59, 2019.

SKLIAR, Carlos. **Um olhar sobre o “outro” e sobre a “diferença”: contribuições para uma pedagogia dialógica**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

STROBEL, Karin. **As imagens do outro sobre a cultura surda**. Florianópolis: UFSC, 2009.



TURNER, O. et al. **Suicide attempts among deaf college students: an analysis of risk factors.** *American Annals of the Deaf*, Washington, v. 152, n. 4, p. 380–388, 2007.

WALSH, Catherine. **Interculturalidad y colonialidad del poder: un pensamiento otro desde la diferencia colonial.** Quito: Abya-Yala, 2018.