

# **Promoção à saúde: desmistificando os direitos dos surdos, com foco na saúde e na educação**

LUDMILA VEIGA F. FRANCO  
WANDRÉIA LÚCIA DE SOUZA DO NASCIMENTO  
DILVANI OLIVEIRA SANTOS

## RESUMO

A compreensão do binômio “saúde-doença” é necessária para a proposta de uma qualificação comum que possa esclarecer o conceito de saúde, no decorrer da história da humanidade. Desde os princípios da humanidade, o ser humano se indaga a respeito da origem da vida e dos conceitos de saúde e doença. A esfera da Promoção da Saúde nos convoca à reflexão sobre a obrigação do conceito de preservação da saúde de toda a humanidade, de forma igual, na essência de ir mais longe no exercício da medicina preventiva e curativa. Ao pensarmos em saúde, é necessário que compreendamos que esta é resultado das circunstâncias que envolvem alimentação, educação, emprego, habitação, renda, transporte, trabalho, lazer, emprego, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde, formas de organização social e de produção que podem criar desigualdades nos níveis de vida. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde no Brasil passou a ser identificada como direito de cidadania e dever do Estado. O SUS ratifica a saúde considerando-a valor e direito humano fundamental certificado pela justiça social. Seus princípios de baseiam na universalidade, integralidade e equidade, com diretrizes de descentralização,

participação da comunidade e regionalização. Este trabalho aborda a interface das áreas de Saúde, Direito e Educação Inclusiva por meio do conhecimento de legislações e estudos referentes a Saúde, Surdez e Libras. Apresenta o produto de um trabalho, um folder dobrável em forma de cartilha de bolso sobre a promoção da saúde da pessoa surda, que leva informação e conhecimento tanto a pessoas surdas, sobre seus direitos na área da saúde, quanto aos profissionais de saúde, com o esclarecimento de alguns mitos e dúvidas sobre a comunicação da pessoa surda e sobre a Língua Brasileira de Sinais.

### LUDMILA VEIGA F. FRANCO

Mestre em Diversidade e Inclusão – UFF; tradutora/intérprete de Libras/UFF; professora Tutora de Libras - UFF/Campos dos Goytacazes; professora nos cursos de Educação Especial/Inclusiva na PMRB; advogada no RJ. E-mail: ludveiga2@gmail.com.

### WANDRÉIA LÚCIA DE SOUZA DO NASCIMENTO

especialista em Libras – UFRJ; psicopedagoga – Anhaguera; professora bilíngue - FME / Niterói; tradutora e intérprete de Libras – UFF.. E-mail: wanwanlucia@yahoo.com.br.

### DILVANI OLIVEIRA SANTOS

graduada em Biomedicina; professora titular do Depto. de Biologia Celular e Molecular; Universidade Federal Fluminense; docente do curso de Mestrado Profissional em Diversidade e Inclusão (CMPDI) / UFF; docente do Programa de Pós – Graduação em Ciências e Biotecnologia (PPBI/UFF) e docente do Programa de Pós graduação em Micro e parasitologia (UFF) E-mail: profa.dilvani.uff@gmail.com.

## 1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

Na antiguidade, os egípcios dentre outros povos, faziam operações complicadas, o que justifica sua inteligência e desenvolvimento. Mediante descobertas arqueológicas, tomamos conhecimento desses fatos. Grandes progressos na área da medicina realizados por esse povo se deram por realizarem a mumificação de corpos. Os responsáveis pelas mumificações, ao realizarem os procedimentos de abrir os corpos e remover as entranhas, obtinham informações acerca da anatomia humana. Já no período medieval, foi muito utilizada pelos médicos uma técnica conhecida como sangria, com o uso principalmente de sanguessugas, que não trouxe muitos avanços aos conhecimentos, principalmente pela interferência da Igreja Católica na condenação de pesquisas científicas (RHODES, 1985).

Já na época do Renascimento Cultural, por volta dos séculos XV e XVI, muito prosperou a medicina, como foi constatado pelas brilhantes obras do renomado Leonardo da Vinci (1452-1519), que demonstrava um conhecimento superior ao dos próprios médicos, a todos impressionando por sua fantástica mestria no retrato de ossos, músculos, nervos e vasos (KICKHOFEL, 2011).

Médicos que tinham como intuito investigar as funções do corpo humano utilizaram-se de testes em laboratórios e estudos científicos, o que trouxe avanços

na medicina por volta dos séculos XVII e XVIII, comprovados pela criação do microscópio e pelo progresso na bacteriologia. Ainda no século XVII, William Harvey descobriu o sistema circulatório do sangue, dando melhor compreensão à fisiologia e à anatomia. Já no século XIX, com a criação do microscópio acromático, Louis Pasteur descobriu que parte das doenças provinham das bactérias (SALIS E SILVA, 2003).

Como política de saúde, foi adotada a “polícia sanitária”, medida em que as pessoas sadias eram coagidas pela polícia a assumirem comportamentos adequados à saúde, e os indivíduos doentes eram isolados, o que aconteceu com os hansenianos. Com essas medidas, a medicina direcionou suas ações para a doença e para o corpo, a fim de alcançar um estado biológico normal. No século XIX, com o desenvolvimento da medicina, a modernização, o avanço tecnológico e a ampliação da informação por meio da mídia proporcionaram à população acesso aos determinantes sociais da saúde.

Discussões acerca da saúde marcaram o século XX, assim como o progresso de diferentes experiências que procuraram modelos de confronto com as desigualdades e injustiças sociais que atingiam a população mundial (HEIDMANN et al., 2006).

No ano de 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) expôs um conceito que comparava o corpo humano a uma máquina, sendo a saúde geradora

do bom funcionamento dessa máquina. Nesse período, a saúde começa a ser obrigação coletiva e não mais individual. O direito à saúde passa a ser de responsabilidade do estado. Mesmo com as mudanças conceituais na saúde, a mais famosa é “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. Este novo conceito, tornou-se mais expressivo em 7 de abril de 1948, data em que veio a ser comemorado o Dia Mundial da Saúde. Entretanto, cabe ressaltar que tal definição não é mais cabível, porém acabou aumentando o alcance da manutenção da saúde, devido a fundamentos importantes (HEIDMANN et al., 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentou a discussão a respeito das escolhas possíveis para a ampliação das atenções à saúde a todas as pessoas que não tinham qualquer tipo de assistência devido às injustiças encontradas na área da saúde em diversos países (CANGUILHEM, 1990).

A Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986, trouxe a ideia de saúde relacionada à qualidade de vida, relativizada por diferentes fatores: alimentação, abrigo, educação, ecossistema estável, equidade, justiça social, renda, recursos econômicos, recursos sustentáveis e paz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Com o advento da Carta de Ottawa, a saúde é vista de forma positiva, tor-

na-se necessária a consideração dos recursos pessoais e da capacidade física. Logo, a saúde necessita de um estilo de vida saudável em busca de bem-estar, indo sua obrigação além do setor da saúde. Dessa forma, cabe aos indivíduos adquirirem a habilidade de cuidar de sua saúde para poderem progredir.

A ausência de enfermidade em si não define a saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde. Além do pleno bem-estar físico, social e mental, este conceito se ampliou, englobando outros fatores como condições de educação, moradia, alimentação, meio ambiente, renda, trabalho, transporte, liberdade, lazer e, especialmente, acesso aos serviços de saúde, como foi definido na VII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no Brasil no ano de 1986.

Direito à saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL/MS, 1986, p.4).

Mesmo trazendo contribuições positivas de saúde na esfera teórica e prática, esta concepção trouxe dificuldades, uma vez que envolve diversas proporções. A totalidade dos fenômenos da saúde e do adoecer torna a teoria alguma capaz.

Ao percebermos as desigualdades sociais que impedem o ingresso aos serviços de saúde e também à informação por parte das pessoas de todo mundo, entendemos a necessidade de saúde de variadas formas, mas tendo como foco sua promoção e proteção.

Ao pensarmos em saúde, é necessário que compreendamos que esta é resultado das circunstâncias que envolvem alimentação, educação, emprego, habitação, renda, transporte, trabalho, lazer, emprego, liberdade, acesso à posse da terra e acesso aos serviços de saúde, formas de organização social, de produção, podendo estas criar desigualdades nos níveis de vida. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ser identificada como direito de cidadania e dever do Estado.

O SUS ratifica a saúde, considerando esta valor e direito humano fundamental. Certificado pela justiça social, seus princípios se baseiam na universalidade, integralidade e equidade, com diretrizes de descentralização, participação da comunidade e regionalização.

As cartas da Promoção da Saúde englobam os documentos de referência decorrentes do processo de discussão e elaboração coletiva dos conceitos essenciais sobre o tema. A proposição de Promoção da Saúde compreende a saúde como produção social e, dessa maneira, envolve um espaço de atuação que extrapola seu próprio setor. A percepção da saúde somente como relação biológica não pode ser con-

siderada, uma vez que sua relação histórica é fundamental, frente à influência social e cultural em que foi introduzida.

Na atualidade, com as alterações econômicas resultantes do processo de globalização e as consequências do capitalismo, ocorre a valorização da competitividade e do individualismo. Essas características influenciaram também a evolução do conceito de saúde, com intensa crítica ao modelo hegemônico, que sofreu impactos relevantes nas transformações que ocorreram a partir da evolução da humanidade.

As disciplinas concebidas para investigar e compreender a saúde das populações (as ciências sociais e comportamentais) não são as mesmas que compõem a base para a compreensão da doença e de seu tratamento (as ciências biológicas). As ciências fundamentais que auxiliam na identificação, prevenção e tratamento das doenças baseiam-se principalmente nas funções biológicas do ser humano. Elas analisam de maneira científica cada um de seus componentes para compreender os mecanismos biológicos da vida e das patologias (CANGUILHEM,1978).

## **2. O DIREITO À SAÚDE DA PESSOA SURDA**

O direito à saúde está entre os direitos sociais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), em seu artigo 6º, assim como no artigo 196. O direito à saúde é ga-

rantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doenças e de outros agravos, sendo ainda assegurados o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Ainda com vistas a garantir uma estrutura organizacional, encontramos o SUS (Sistema Único de Saúde), conjunto integrado de serviços e ações de saúde, que busca garantir acesso ao atendimento público de saúde, consolidado pela Lei nº 8.080/90, cujo acesso deve ser universal (“não devendo haver distinção em relação a um grupo de pessoas, nem de serviços prestados”) e igualitário (“os serviços devem ser gratuitos”) (MOURA, 2013).

Além desses artigos, o Decreto Lei nº 5626/05, cujo capítulo VII refere-se à “Garantia do Direito à saúde das pessoas surdas ou com deficiência auditiva”, trouxe uma série de benefícios aos surdos na área da saúde.

Esta Lei afirma que a responsabilidade por implementar medidas que articulam, de modo prioritário, os alunos surdos ou deficientes auditivos matriculados nas redes de ensino da educação básica, é do Poder Público, dos órgãos da administração pública nas suas esferas estadual, municipal e distrital, assim como das empresas privadas que detenham autorização, concessão ou permissão dos serviços públicos de assistência. Tais medidas buscarão efetivar ações tanto para os usuários quanto para os não usuários da Libras. Todo este empenho deve objetivar asse-

gurar o art. 3º da Lei no 10.436, de 2002, que defende que “As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor” (BRASIL; 2002, p.1).

Em seu art. 25, o Decreto Lei nº 5626/05 aponta uma série de medidas relacionadas a ações de prevenção, tratamento clínico especializado, realização de diagnóstico, fornecimento de próteses, acompanhamento médico e fonoaudiólogo, e ainda se preocupa em garantir orientação às famílias, capacitação e formação de profissionais do SUS no atendimento com o uso da Libras.

Diante de todas essas garantias asseguradas por lei, destaca-se uma problemática: os surdos chegam às unidades de saúde em busca de atendimento, mas não conseguem ser atendidos ainda na recepção pela secretaria, nem ao menos conseguem preencher as fichas que lhes são entregues. Como falar de garantias à saúde se barreiras de comunicações não são supridas e tratadas com seriedade?! Os surdos querem ser respeitados e compreendidos, sem discriminação, e querem que suas diferenças linguísticas sejam respeitadas.

Os surdos possuem cultura e língua diferentes dos ouvintes, que precisam ser conhecidas e respeitadas, levando-se em consideração os princípios éticos,

morais e legais, de acordo com Santos e Shiratori (2004).

Conhecer as necessidades de saúde desta comunidade e oferecer uma atenção profissional com uma equipe multiprofissional que os entenda, resultará em parte na melhoria da qualidade de vida, respeitando um dos princípios do SUS, que é a da integralidade porque a integralidade ou assistência integral exige que os "profissionais façam uma leitura abrangente das necessidades de serviços de saúde da população a que servem... (BRASIL, 2002B, p. 52).

Portanto, "responder às dificuldades dos surdos quando procuram atendimento à saúde é dever de todos profissionais comprometidos em colaborar na construção de uma sociedade inclusiva" (CHAVEIRO E BARBOSA, 2005). Profissionais que atuam com surdos devem buscar maiores informações sobre o surdo, sua língua e suas especificidades.

### **3.ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL NA SAÚDE**

Legalmente, acessibilidade se define como "condição e possibilidade a fim de utilização, de modo seguro e autônomo, de mobiliários, espaços, equipamentos urbanos, transportes, comunicação e informação, também de tecnologias e seus sistemas, assim como outros serviços e instalações abertos de uso privado ou público, de uso coletivo, seja na área urbana ou na rural, quer seja por pessoa

deficiente ou com mobilidade reduzida" (BRASIL, 2015).

É de extrema importância a promoção da acessibilidade, cujo objetivo é reduzir barreiras e proporcionar à pessoa com deficiência igualdade de condições. A pessoa surda apresenta barreiras linguísticas, definidas como "barreiras comunicacionais" (SASSAKI, 2009). A Lei nº 13.146 de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), em seu artigo 2º, descreve barreira como "...entreve, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, [...]". As barreiras impostas ao sujeito surdo se encontram na comunicação e na informação, uma vez que se manifestam atingindo o "... recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação", alínea D, do referente artigo.

Afim de garantir a acessibilidade na área da saúde, torna-se necessário o cumprimento do Artigo 3º da Lei Federal nº 10.436 de 2002, "As instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva, de acordo com as normas legais em vigor".

Dessa maneira, entende-se que desde o primeiro contato, na recepção de uma instituição especializada, até o momento do atendimento com o profissional da saúde, deve-se assegurar à pessoa surda possibilidades de comunicação.

#### **4. O ENSINO DE LIBRAS AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

O Decreto Lei nº 5.626/05 sobre a Língua Brasileira de Sinais traz em seus artigos a obrigatoriedade do ensino de Libras como disciplina curricular nos cursos de formação de professores, normal superior, Pedagogia, assim como nos cursos de Fonoaudiologia, todos os cursos de Licenciatura, e cursos de Educação especial, sendo ofertada de modo optativo para os demais cursos de educação superior e educação profissional, aplicada em todas as instituições de ensino, públicas ou privadas, nas esferas federal, estadual, municipal e distrital.

A Lei mostra uma falha quanto ao reconhecimento da língua de sinais e à sua não obrigatoriedade de oferta em todos os cursos, uma vez que a comunicação dos surdos ocorre por meio desta. O cidadão surdo precisa ser respeitado, levando em consideração suas diferenças culturais e de língua em qualquer área profissional na qual necessite ser atendido.

Na área de saúde, habilidades de comunicação interpessoal são imprescindíveis na assistência a qualquer paciente, e as

ações dos profissionais da saúde são pautadas pela comunicação, independente da sua formação acadêmica. Este profissional tem como ferramenta-base de seu trabalho as relações humanas. Portanto, compreender o relacionamento entre o profissional da saúde e a pessoa surda é condição necessária para qualificar os serviços prestados à população surda... (CHAVEIRO, BARBOSA, 2010, p.2).

Como pensar em uma comunicação entre médicos ouvintes e paciente surdos ou outro profissional da saúde ouvinte e surdos, se não lhes é oportunizada a oferta obrigatória da disciplina de Libras em seu currículo acadêmico?! Segundo Chaveiro (2009), "...a comunicação com pessoas surdas continua negligenciada nos sistemas de saúde", e um dos fatores é o desconhecimento da língua, o que impossibilita uma comunicação clara com seus usuários. Não podemos olhar a Língua de Sinais como uma simples escolha, sendo, portanto, a última opção, mas deve-se respeitá-la como língua e oportunizá-la como acesso à comunicação e quebra de barreira comunicacional.

Todavia, são os profissionais de saúde os primeiros a terem contato com a criança surda. Quando observada a Lei nº 12.303/10, a qual relata a obrigatoriedade de realização gratuita de exame de Emissões Otoacústicas Evocadas nas dependências das unidades hospitalares e maternidades, esses profissionais são os responsáveis pela primeira notificação da surdez à família da criança. Nesses casos, o conhecimento desses profissionais



de questões relativas à surdez, língua, comunidade e identidade são de grande valia na orientação a estas famílias quanto às primeiras atitudes.

Ao serem informados sobre a surdez de seus filhos, muitos pais sentem-se perdidos e desorientados quanto às ações e medidas que precisam ser tomadas. Todo esse momento que vivem de “luto”, por não terem o seu filho “perfeito”, ou por ele ser “diferente” dos outros, acarreta prejuízos e consequências graves ao futuro das crianças surdas, segundo Fernandes e Moreira, (2009):

Quando há o diagnóstico da surdez pelo médico, é incomum que os pais sejam informados da necessidade de aprenderem a Libras e exporem seus filhos, o mais rápido possível, a essa forma de comunicação, pelo contato com surdos adultos, que já dominam a língua de sinais (FERNANDES & MOREIRA, 2009, p.227).

O desconhecimento da cultura e da identidade surdas, assim como de sua língua pelos profissionais de saúde, pode gerar por meio deste teste uma busca pela normalização para encaminhamento de implante coclear, segundo Rezende, (2010):

É uma estratégia de biopoder, uma estratégia do processo de normalização. São práticas de institucionalização médica no controle dos sujeitos surdos desde o seu nascimento: todos os bebês são submetidos ao teste da orelhinha para a detecção precoce da surdez... (REZENDE, 2010, p. 115).

É importante oportunizar à família o conhecimento claro das duas propostas, para que esses possam tomar suas decisões de forma consciente e clara. Isso significa não apenas apontar o caminho da audição, mas também esclarecer que “a Língua de Sinais é, portanto, indispensável à inserção da criança surda no fluxo natural da linguagem, por depender de um canal de transmissão acessível (visual-espacial) ao surdo” (LIMA, BOECHAT & TEGA apud SILVA; KAUCHAKJE & GESUELI, 2003). É importante mostrar o sucesso que os surdos utentes da língua de sinais têm na aquisição da primeira língua e em todo o processo de cognição e de aprendizagem, pois tal atitude pode influenciar a escolha do futuro linguístico desse sujeito.

## **5. CRIAÇÃO DE CARTILHA DE BOLSO**

A oportunidade de divulgação, junto aos surdos, dos seus direitos voltados à promoção da saúde, e também aos profissionais da saúde sobre surdez, Libras e tradutor e intérprete de Libras é de grande valor na divulgação da língua, identidade e cultura surdas. A ideia da construção da cartilha inclui ilustrações que buscam proporcionar aos surdos apoio visual aos não proficientes em língua portuguesa e uma possível compreensão de algumas informações do conteúdo escrito.

Uma sociedade inclusiva rompe barreiras comunicacionais impostas pela dife-

rença das línguas Português e Libras. Isto só será possível por meio da divulgação e capacitação dos profissionais envolvidos na área da saúde.

Pensarmos em direito à promoção da saúde da pessoa surda pressupõe, antes de tudo, oportunizarmos a acessibilidade comunicacional para os mesmos e isso só será possível quando entendermos as especificidades da pessoa surda e respeitarmos sua língua: a Libras

## **6. DIREITO DOS SURDOS À EDUCAÇÃO: UMA RETROSPECTIVA LEGISLATIVA**

Faremos aqui uma retrospectiva legislativa, a fim de evidenciar as mudanças ocorridas em 28 anos. Esta se dará a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e terá seu término na Lei nº 13.146 de 2015.

Com o fim da Ditadura Militar (regime autoritário de governo) vigente de 1964 até 1985, o Brasil passa a uma nova fase, a chamada Nova República (regime democrático de governo). Tal feito teve por marco a promulgação da Carta Magna do País, a Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988. Desta constam diversos artigos, incisos e parágrafos com os direitos de todos os cidadãos brasileiros, o que inclui a Educação, mais precisamente o Capítulo III Seção I. Elencamos os artigos 205, 206 e 208, os quais tratam

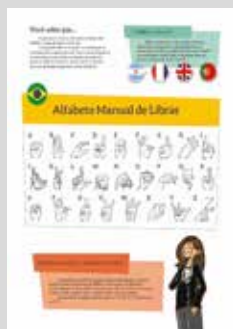
de um âmbito generalizante da oferta e do direito, na forma obrigatória, do acesso, permanência e capacitação para o trabalho na Educação Básica. Passados seis anos, em 1994, fruto da Conferência Mundial sobre Educação Especial, o documento conhecido como Declaração de Salamanca trouxe princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. No parágrafo 19, trata especificamente da educação de surdos, ressaltando a importante relevância do uso da "linguagem dos signos como meio de comunicação". Influente, tornou-se um divisor de águas, inserindo a educação especial e o uso de uma comunicação "alternativa" no panorama mundial.

Em 1994, a Lei 9.394 sobre as Diretrizes e Bases da Educação Brasileira traz para o cenário educacional nacional a Educação Especial, uma nova modalidade educacional escolar destinada a alunos com necessidades educacionais especiais, descrevendo suas características e seus moldes e objetivos. Três anos após tal fato, em 1999, ocorre um movimento de integração da pessoa com deficiência em todos os vieses da sociedade por meio do Decreto-Lei nº 3.298. Este inclui a Educação Especial em todos os níveis e modalidades de ensino no sistema educacional e insere as instituições especializadas públicas e privadas nesse sistema.

De 1988 até 1999, as legislações sofrerão um processo de modificação,

passando do atendimento generalista ao atendimento especializado. Em 2002, com a Lei nº 10.436, a Língua Brasileira de Sinais – Libras –, ganha status e reconhecimento legal como forma de comunicação da comunidade surda brasileira e passa a integrar os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN’s. No entanto, somente em 2005, com o Decreto-Lei nº 5.626, houve a regulamentação da referida lei, bem como orientações acerca de seu uso, difusão e ensino. Deste emergem com mais clareza os afazeres dos profissionais da área de Libras, locais para formação sistematizada, certificação emergencial por meio do PROLIBRAS e garantia de acesso dos surdos a quaisquer informações por meio da Língua Brasileira de Sinais. Passados dez anos do decreto e com o fim do prazo estabelecido por ele, surge no cenário legislativo a Lei nº 13.146, também conhecida como Lei Brasileira de Inclusão – LBI, a qual traz um capítulo específico sobre a educação de Surdos nos moldes bilíngues e inclusiva a todos.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e providências relacionadas. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Dispõe sobre a Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei Nº. 10.436, de 24 de abril de 2002, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a lei de Diretrizes e Bases da Educação. Brasília: Paulo Renato Souza, 1996.

\_\_\_\_\_, Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para

a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília: José Carlos Dias, 1999.

\_\_\_\_\_, Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília: Celso Lafer, 2001.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Brasília: MAS/CORDE, 1994.

BRITO, L.F. *Integração social e educação de surdos*. Rio de Janeiro: Babel Editora, 1993.

CANGUILHEM, G. *La Santé: concept vulgaire e question philosophique*. Paris: Sables, 1990.

\_\_\_\_\_. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CICCONE, M. *Comunicação total*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1990.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; BARBOSA, M. A.. Relação do paciente surdo com o médico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringol.* [online]. 2009, vol. 75, n. 1, pp. 147-150. ISSN 0034-7299. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992009000100023>. Acesso em: 14 mar. 2016.

FERNANDES, S.; MOREIRA, L. C. Desdobramentos político-pedagógicos do bilinguismo para surdos: reflexões e encaminhamentos. *Revista Educação Especial*, Santa Maria, v. 22, n. 34, p. 225-236, 2009. Disponível em: < [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/artigos\\_edespecial/desdobramentos.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/artigos_edespecial/desdobramentos.pdf) >. Acesso em: 6 mar. 2016

GOLDFELD, M. *A criança surda*. São Paulo: Pexus, 1997.

HEIDMANN, I.T.S.B; ALMEIDA M.C.P.; BOEHS A.E.; WOSNY A.M.; MONTICELLI M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 2, abr-jul.2006, p.352-358.

KICKHÖFEL, Eduardo Henrique Peiruque. A ciência visual de Leonardo da Vinci: notas para uma interpretação de seus estudos anatômicos. *Scientiae Studia*, v. 9, n. 2, p. 319-335. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 abr. 2016. .

MOURA, Elisangela Santos de. Direito à saúde na Constituição Federal de 1988. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3730. 2013. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/25309>. Acesso em: 12 set. 2015.

NOVAES, Edmarcius Carvalho. *Surdos - educação, direito e cidadania*. Rio de Janeiro : Wak Editora, 2014.

REZENDE, Patrícia Luiza Ferreira. *Implante Coclear na constituição dos sujeitos surdos*. 2010. 164 f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/94074/281476.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

RHODES Phillip. *An outline history of Medicine*. London: Butterworths, 1985.

RIBEIRO, Tiago. *Leitura e escrita na educação de surdos: das políticas às práticas pedagógicas*. Rio de Janeiro: Wak Editora, , 2015.

SALIS, L. H. Á.; SILVA, N. A. S e. Medicina: quando a arte, a ciência e a tecnologia se associam para cuidar das pessoas. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 15, n. 3. jul./ago./set. 2003.

SANTOS E. M.; SHIRATORI K. As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico online] 2004; 6(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 30 ago. 2004.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. *Revista Nacional de Reabilitação*; São Paulo, p. 10-16, Ano XII, mar./abr. 2009.

SILVA, I. R.; KAUCHAKJE, S.; GESUELI, Z. M. *Cidadania, surdez e linguagem:*

desafios e realidades. São Paulo: Plexus, 2003, p. 238.

SKLIAR, Carlos. (Org.) *Atualidade da educação bilíngue para surdos*. Porto Alegre: Mediação, v. 2, 1999.

World Health Organization. *Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. Geneve: WHO; 2005 []. Disponível em: < <http://www.who.int/en/> >. Acesso em: 2 set. 2005.