



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

Evolução da Língua Gestual Portuguesa e o impacto no quotidiano da pessoa surda

Andreia Salgado Machado

MAIO'2018



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

Evolução da Língua Gestual Portuguesa e o impacto no quotidiano da pessoa surda

Andreia Salgado Machado

Orientado por:

Dr. Marco Simão

MAIO'2018

RESUMO

A surdez afeta cerca de 466 milhões de habitantes em todo o mundo, e a perda auditiva condiciona a comunicação com os pares.

O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais na reabilitação auditiva, mas os avanços conseguidos na área da medicina e da tecnologia não dão resposta suficiente face às necessidades sentidas pelas pessoas surdas.

Como alternativa à barreira sonora, a grande maioria recorre à Língua Gestual como forma de comunicação, o que lhes permite uma melhor inserção no seu meio social. Como resultado da longa evolução que sofreu desde os tempos da Grécia antiga, esta é uma língua relativamente recente que só mais tarde, em 1988, é que foi reconhecida na Europa como uma língua socialmente aceite, altura em que também foram postos em prática todos os direitos a que os surdos tinham sido privados até à data.

Esta evolução trouxe uma nova perspetiva à população em geral, e permitiu uma melhoria na qualidade de vida das pessoas com défice auditivo. No quotidiano esta língua teve um impacto muito significativo, sobretudo nas áreas da educação, emprego e saúde, as quais serão abordadas ao longo deste trabalho.

Palavras-chave: surdez; comunicação; língua gestual; evolução;

ABSTRACT

Deafness affects about 466 million people worldwide, and hearing loss conditions affects communication with peers.

Early diagnosis and treatment are essential in auditory rehabilitation, but advances in medicine and technology do not sufficiently respond to the needs felt by deaf people.

As an alternative to the sound barrier, the vast majority use the Sign Language as a form of communication, which allows them a better insertion in their social environment. As a result of the long evolution it has undergone since ancient Greece, this is a relatively recent language which was only recognized in Europe in 1988, as a

socially accepted language, at which time all rights to which the deaf had been deprived to date were reestablished.

This evolution brought a new perspective to the general population, and allowed an improvement in the quality of life of deaf people. In everyday life this language has a very significant impact, especially in the areas of education, employment and health, which will be addressed throughout this work.

Keywords: deafness, communication, sign language, evolution

O Trabalho final exprime a opinião do autor e não da FML.

LISTA DE ABREVIATURAS

LG – Língua Gestual

LGP – Língua Gestual Portuguesa

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	3
LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZAÇÃO MÉDICA DA SURDEZ	9
1. Epidemiologia.....	10
2. Diagnóstico.....	10
3. Reabilitação auditiva	14
CAPÍTULO II. COMUNIDADE SURDA.....	16
1. A Língua Gestual como forma de comunicação.....	17
2. A evolução da Língua Gestual	17
3. Em Portugal.....	21
CAPÍTULO III. IMPLICAÇÕES DO USO DA LG.....	23
1. Na educação.....	23
2. No emprego.....	24
3. Na saúde.....	25
CONCLUSÃO	27
AGRADECIMENTOS.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	32

INTRODUÇÃO

Todo e qualquer humano que ouve considera a audição como um dos componentes vitais ao seu quotidiano, pois permite que consiga entender e interagir com o ambiente envolvente e, alerta-o para os perigos a que está sujeito (Bellman & Symfom, 2018). No entanto esta não é uma realidade para as pessoas que sofrem de défice auditivo e, como tal, necessitam de recorrer a outras alternativas para se conseguirem inserir e comunicar, como é o caso da Língua Gestual (Bauman, 2008).

Em qualquer situação em que se detete o défice, importa não só fazer um diagnóstico, para que se descubra qual o tipo e o tratamento mais eficaz, mas também classificar quanto à gravidade da situação, de forma a encontrar estratégias que permitam uma vida com um mínimo de qualidade (Ptok, 2011).

Tal como para os ouvintes, a comunicação para as pessoas surdas é fundamental para uma vida plena, não só para o próprio, mas para todo o meio que o envolve, pois só assim é possível que se consiga inserir como membro da sociedade (Cruz-Saco, 2008). Em alguns casos, a gravidade do défice permite que o próprio consiga desenvolver a língua falada, mas na maior parte dos casos surge a necessidade de recorrer a outras alternativas de comunicação, como é o caso da Língua Gestual, a forma mais comum de comunicação entre os elementos da comunidade surda (Grosjean, 2010). Devido ao atraso no reconhecimento da surdez como uma doença física, o desenvolvimento desta língua alternativa é relativamente recente quando comparada com a língua falada.

Hoje em dia é reconhecida mundialmente tal como as línguas faladas, mas todo o processo até essa mesma conquista foi conseguido através de pequenas iniciativas isoladas, apesar dos constantes obstáculos impostos.

Uma vez que se trata de uma minoria em qualquer sociedade, esta acaba por enfrentar alguns desafios inerentes ao seu défice de audição e à falta de sensibilidade e aceitação dos ouvintes (Janet, 2010). Como membro cidadão, importa salientar os contextos relacionados com emprego e prestação de serviços, como a educação e saúde, pois estes implicam uma correta comunicação de informação, que muitas vezes não é conseguida pela barreira linguística (Lane, Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World, 2005).

CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZAÇÃO MÉDICA DA SURDEZ

Os eventos que ocorrem no nosso dia-a-dia envolvem sinais auditivos, visuais e somato-sensoriais. A audição constitui a função sensorial responsável pela percepção do som, através da deteção de variações de pressão sentidas pelo ouvido. Daí o estímulo é conduzido pela via auditiva ao respetivo córtex, onde a informação será processada e integrada com as outras componentes sensoriais. (Stein, 2008)

A surdez afeta a interligação entre os sistemas sensoriais, impedindo o desenvolvimento das interações entre os mesmos. Estes processos são estabelecidos no período pós-natal (Wallace, 2006) e requerem uma estimulação sensorial continuada, essencialmente até aos 6 meses de idade, para a maturação neuronal a nível cortical (Putzar, 2007). Por volta dos 18 meses de vida, os tempos de condução nervosos são semelhantes ao do adulto. Uma vez que a informação não pode ser representada através do som nas pessoas surdas, ela passa a ser transmitida pelas outras modalidades sensoriais, o que pode implicar alterações a nível cognitivo (Tillein, 2006). Ficam então limitados a tudo o que está ao alcance das suas mãos e olhos e isto tem um papel determinante no desenvolvimento da comunicação.

Segundo o modelo clínico-patológico, a surdez é vista como um défice sensorial auditivo e assume como primeira prioridade a “normalização” das pessoas surdas através da implementação de dispositivos auditivos, na tentativa de ensinar a verbalizar. (Guia Europeu da Comunidade Surda, 1997) Esta perspetiva baseia-se em dados psicológicos ou educacionais, e é também partilhada pela comunidade ouvinte (Kyle, 1985). Por sua vez, o surdo é uma pessoa que, ou nasceu surda (surdez congénita), ou perdeu a audição no período neonatal, antes de aprender a língua falada no seu ambiente (surdo pré-lingual), ou perdeu a audição numa fase posterior à aprendizagem da língua falada (surdo pós-lingual).

Quanto à perspetiva social, o surdo refere-se a uma pessoa que recorre à LG como meio principal de comunicação e que se identifica com outras pessoas surdas, que compreendem e partilham dum sentimento comum, derivado do seu défice auditivo.

Estas diferenças não são simplesmente de conteúdo e de atitude, pois têm implicações profundas sobre o modo como estes indivíduos são tratados (Kyle, 1985). Normalmente vivem numa determinada região e partilham ideais e crenças comuns,

pelo que constituem uma comunidade surda, onde são incluídos não só surdos, mas também ouvintes que os apoiam, e trabalham em conjunto para que consigam alcançar os seus objetivos. (Padden, 1980)

1. Epidemiologia

A perda auditiva é o segundo defeito mais comum no nascimento e, é também a doença neurossensorial mais prevalente em países desenvolvidos (Higert N., 2009). Segundo os dados mais recentes, existem 466 milhões de habitantes com défice auditivo moderado ou profundo em todo o mundo (World Health Organization, 2018).

Quanto ao panorama português, os dados do inquérito nacional de deficiências, incapacidades e desvantagens, apontavam para uma prevalência em Portugal de 11,6/1000 de deficiência auditiva, dos quais 1,9/1000 referentes a surdez (Inquérito nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens, 1995).

Os dados mais recentes constam nos resultados dos Censos de 2011, e indicam que a população ronda os 10 562 178 e que destes, 13% manifestam pouca, muita ou total dificuldade na audição, mesmo apesar do recurso a implantes. No contexto deste trabalho apenas importam os dois últimos, que perfazem um total de 5,05%, pois são os que mais recorrem à LGP como forma alternativa de comunicação. Verifica-se uma maior prevalência na população feminina e a incidência aumenta expressivamente com a idade, dado o natural envelhecimento. (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

Estima-se que 60% dos casos de défice auditivo sejam evitáveis ou tratáveis, caso seja feito um diagnóstico precoce e intervenção adequada. Nos últimos tempos a prevalência da surdez congénita tem vindo a diminuir, muito graças aos desenvolvimentos no plano nacional de vacinação e nos cuidados pediátricos e obstétricos. Dessa forma é possível prevenir os casos relacionados com etiologias ambientais e, permite ainda a elaboração de estratégias de tratamento e alternativas para os casos relacionados com a genética, que se verificam com maior frequência. (Morzaria S, 2004)

2. Diagnóstico

Como em qualquer situação clínica, o diagnóstico deve passar pela identificação das etiologias subjacentes mais prováveis, que pode ser conseguida com base numa anamnese minuciosa e exame objetivo rigoroso.

Quando nos deparamos com alguém com déficit auditivo, são relevantes para a história clínica: antecedentes pessoais de hipoacusia, eventos precipitantes, doenças concomitantes (doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias, alterações na coagulação, alergias, hepatites, sífilis e doenças autoimunes) bem como a medicação habitual. No que refere ao quadro atual, podem referir acufenos, sensação de plenitude auricular, vertigens, náuseas, vômitos e ainda sintomas respiratórios. Estados depressivos, ansiosos e stress também podem ser indicativos.

Antes de avançar para o exame objetivo é importante averiguar qual o grau de perda percebido pelo próprio e o quão interfere no seu quotidiano. O passo seguinte deve contemplar a realização de otoscopia, manobras simples para determinar qual o grau dessa mesma perda, verificar se existe assimetria e um exame neurológico sumário com avaliação dos pares cranianos, função cerebelosa e vestibular. Quanto à última, as provas de Rinne e Weber permitem a distinção na origem do quadro (Shah, 2017).

Como exames complementares de diagnóstico, tem-se ao dispor o audiograma, o teste fundamental para a deteção do déficit, bem como os testes supraliminares, a timpanograma, pesquisa de reflexos estapédicos, as otoemissões acústicas e os potenciais evocados auditivos (Davies, 2004). A ressonância magnética dos condutos auditivos e ângulos ponto-cerebelosos pode ser relevante e, quando utilizada, deve ser feito o contraste com gadolínio de forma a evidenciar quaisquer alterações a nível central.

2.1. Graus de surdez

Com base nos resultados do audiograma realizado para o diagnóstico, podemos depois enquadrar o doente segundo a classificação de Clark (Clark, 1981), que vai desde o grau Normal ao Profundo. Sabe-se que quando a etiologia é genética, o grau de déficit varia entre o moderado e profundo.

Dos vários graus de surdez, a hipoacusia é mais significativa quando o déficit é permanente e superior a 40dB, pois a partir desta faixa o dano tem repercussões na aquisição de linguagem e no desenvolvimento de competências sociais, que por sua vez influenciam negativamente a integração social e escolar.

Classificação	Perda auditiva (dB)
Normal	<15
Leve	16-25
Suave	25-40
Moderada	41-55
Moderadamente severa	56-70
Severa	71-90
Profunda	>90

Tabela 1 Classificação do grau de perda de audição de Goodman e Clark (Clark, 1981)

2.2. Tipos de surdez

Na maior parte dos casos a descoberta da etiologia é difícil, pois normalmente a surdez é multifatorial, e a sua deteção pode ser dificultada pela evolução insidiosa da grande maioria das patologias subjacentes.

Assim, sempre que possível é importante que se consiga descobrir a etiologia, não só pela conduta da estratégia a adotar, mas também de forma a aliviar a ansiedade criada nos pais, ajudando-os a ultrapassar e a compreender melhor a patologia, para os próprios poderem auxiliar o seu filho, que irá enfrentar alguns obstáculos ao longo do seu desenvolvimento (Israel, 1995)

Quando falamos em patologia relacionada com défice auditivo, esta pode ser devido a uma alteração no processamento central, na integridade neurosensorial, na condução ou pode ser mista, dependendo da etiologia.

Surdez central

Qualquer alteração relacionada com o nervo auditivo e as suas ramificações, bem como com a área onde é processada a informação auditiva no córtex auditivo, podem conduzir a défice de audição severo e permanente (Jerger J, 2000).

Na dessincronia auditiva, ou neuropatia auditiva, ocorre uma lesão nas células cocleares da cóclea, nervo auditivo ou no córtex, que pode ser evidenciada através de testes que avaliam o potencial de ação.

Por outro lado, a doença de processamento auditivo central deve ser suspeitada quando se verifica um déficit na percepção auditiva, não evidenciada pelos testes auditivos de rotina (Deltenre P, 1999). Pode ser devido a infecção uterina, prematuridade, infecção bacteriana, hiperbilirrubinemia, asfixia, trauma crânio-encefálico ou devido a outras agressões neurológicas durante a infância. Na forma adquirida relaciona-se com alterações estruturais do ouvido interno ou com problemas genéticos, incluindo mutações relacionadas com o gene da otoferlina (Varga, 2003).

Surdez neurossensorial

A surdez neurossensorial é uma patologia muito comum, que combina um conjunto de sintomas, muitas vezes indetetáveis e que podem conduzir às alterações mais profundas.

Uma audição normal depende do ouvido interno e esta integridade pode ser afetada por lesão direta nos seus componentes, ou por doenças do foro vascular, hematológico, metabólico ou endócrino, pois estes também são fatores condicionantes ao normal funcionamento dos mecanismos (Flint, 2010).

As causas genéticas são responsáveis por cerca de metade dos casos de surdez, e sabe-se que destas, cerca de 70% são casos não sindromáticos. Entre 80% são autossómicas recessivas e estão associadas a um déficit pré-lingual. As autossómicas dominantes são responsáveis por 15% dos casos e habitualmente manifestam um déficit pós-lingual (Skvorak Giersch, 1999). As doenças ligadas ao cromossoma X e mitocondriais contabilizam para apenas 1-3% (Tomaski, 1999).

A audição também pode ser afetada por processos que ocorrem durante a gestação como é o caso das infeções (Citomegalovírus (Misono, 2011), Toxoplasmose (Strasnick, 1995), Rubéola (Center for Disease Control, 1990) e Sífilis (Roizen, 1999)), de malformações (Wilkins, 2012), ou derivado de fístula linfática.

Em relação às causas adquiridas, já foram identificadas inúmeras causas, entre elas a prematuridade (van Dommelen, 2015), hiperbilirrubinemia (Amin, 2017), meningite (Fortnum, 1992), agentes ototóxicos (antibióticos, agentes quimioterápicos, salicilatos e metais pesados (Bendush, 1982)), doença de Meniere, exposição ambiental (Smith, 2005),

trauma (barotrauma e perfurante), tumores (neuroma acústico (Jackler, 1994)) doenças autoimunes, esclerose múltipla, isquemia vascular e sífilis.

Surdez de condução

A surdez de condução é devida a um defeito mecânico na condução sonora do impulso desde o meio ambiente até ao limite entre o ouvido médio e externo. Em relação ao ouvido médio as causas podem ser de origem congénita, infecciosa (Teele, 1989), trauma (Cannon, 1983) e tumor (colesteatoma e otosclerose) (Ruben, 2013).

Quando a patologia está associada a alterações do ouvido externo, esta pode estar relacionada com: cerúmen, otite, exostose, tumor pavimento-celular, trauma, psoríase e estenose ou atresia congénita do canal auditivo externo (Stewart, 1993).

3. Reabilitação auditiva

Atualmente, a grande maioria dos casos de surdez tem a possibilidade de contornar o défice auditivo, devido aos grandes avanços tecnológicos que se tem assistido no mundo da medicina.

Quanto à surdez de condução, relacionada com defeitos no ouvido externo e médio, pode ser facilmente resolvida com recurso a antibióticos no caso das infeções, e pode ser corrigida cirurgicamente no caso de estenose, tumor ou trauma. Contudo algumas situações têm evoluções insidiosas que podem não permitir uma intervenção atempada à data do diagnóstico (Paradise, 2001).

Por outro lado, quando a surdez afeta componentes mais centrais, dando origem a surdez neurossensorial ou central, têm ao dispor algumas alternativas tecnológicas, como as próteses auditivas e os implantes. A base do seu funcionamento é feita através da transformação de estímulos sonoros em impulsos elétricos, e é capaz de estimular as aferências nervosas, produzindo uma forma de sensação auditiva (Bentler Ruth, 2000).

O uso deste tipo de tecnologia pode ou não contribuir para o contexto social do portador do aparelho. Alguns sentem a necessidade de o usar por se sentirem mais próximos de todo o público no geral, mas a maioria prefere não recorrer a este tipo de reabilitação por uma variedade de razões. Por um lado, têm uma comunidade que os aceita e os integra tal como são e optam por manter a comunicação através de LG. Por outro lado, a implementação de qualquer tipo de tratamento implica alguns efeitos

adversos, e no caso destes aparelhos, os seus portadores queixam-se frequentemente de desconforto na zona de inserção, som de feedback, o custo elevado associado e a necessidade de manutenção frequente (Cox, 2017). Uma pequena minoria prefere não utilizar por questões estéticas (McCormack, 2013).

Infelizmente nem todos os casos são passíveis de ser corrigidos e nem todos têm indicação para a colocação de aparelhos auditivos.

CAPÍTULO II. COMUNIDADE SURDA

A aprendizagem das línguas é uma capacidade inata de qualquer ser humano e as pessoas com surdez não diferem dos ouvintes, pois possuem as mesmas capacidades para aprendizagem das línguas. Contudo, ao longo do primeiro milênio, persistiu a ideia de que as pessoas surdas eram consideradas incapazes, dementes e ineducáveis. Na ótica dos ouvintes, a língua e o intelecto estavam interligados e, por isso consideravam que o déficit de audição era um problema sujeito a alguma assistência e com necessidade de tratamento (Vaz de Carvalho, 2009). Os surdos eram definidos apenas pela única característica que os distinguia, a falta de audição e por esse motivo, sempre foram marginalizadas e os próprios acabaram por se excluir da sociedade ouvinte, constituindo uma minoria social com a sua própria língua comum para comunicar.

No seio da sua comunidade possuem uma identidade comum e têm uma cultura própria como resultado natural desta forma de comunicação partilhada. O meio principal de transmissão cultural, é a língua, que neste caso se refere à LG (Gebaar, 1997).

A LG é fundamental para uma melhor compreensão do pensamento, mas é também importante o movimento do corpo, a chamada linguagem corporal. Segundo as pesquisas de ALBERT MEHRBIAN a transmissão do pensamento pode ser conseguida através de três componentes essenciais, as palavras (7%), o tom de voz (38%) e a linguagem corporal (55%) (Mehrabian, 1971). No surdo não é possível combinar estes três elementos, no entanto ainda detêm da parcela mais relevante, a linguagem corporal, que juntamente com a LG e a leitura labial, lhes permite ter uma percepção mais próxima da ideia transmitida pelo outro.

Esta comunidade cada vez mais abrangente, inclui não só as pessoas com deficiência auditiva, mas também ouvintes com incapacidade física para falar, ou que têm dificuldade na língua falada devido a alguma patologia que interfira na aquisição da sua própria língua (Lane, *The Mask of Benevolence: Disabling the Deaf Community*, 1992).

Alguns estudos realizados com crianças com espectro de autismo, síndrome de Down, paralisia cerebral, bem como outras deficiências intelectuais, emocionais, comportamentais e físicas, demonstraram uma melhoria na comunicação quando utilizam a LG, com ou sem o auxílio da língua falada, pelo que também é recomendada nestes indivíduos (Dunst, 2011).

1. A Língua Gestual como forma de comunicação

A LG trata-se de uma forma de comunicação que ocorre naturalmente entre pessoas que não ouvem e define-se como uma língua de movimento e de espaço, das mãos e dos olhos (Guia Europeu da Comunidade Surda, 1997).

É uma língua recente, e não resulta de um sistema desenvolvido por pessoas ouvintes, apesar de muitas terem contribuído para a investigação da LG. É diferente das línguas faladas, mas partilha de características e processos gramaticais com muitas outras línguas faladas. Difere das outras línguas num dos aspetos mais importantes das suas características, baseando se em conceitos, ao invés de palavras (Moustgaard, 1994).

Atualmente torna-se cada vez mais difícil precisar o número de línguas existentes, e principalmente as gestuais, dado que são desenvolvidas no seio da comunidade surda, e nem todas partilham os desenvolvimentos conseguidos. A Ethnologue é uma entidade, fundada em 1951, que publica anualmente dados estatísticos e outras informações de todas as línguas “vivas” existentes. Na edição de 2017 foi capaz de documentar 7,099 línguas, divididas por 237 família, das quais se incluem as 142 LG conhecidas (Lewis, 2014).

Contrariamente ao que a maioria acredita, a LG não é uma língua universal utilizada por todos os surdos. Em todos os países, existe uma comunidade surda ou mais, capaz de desenvolver a sua própria língua à medida das suas necessidades de acordo com a evolução dos tempos (Guia Europeu da Comunidade Surda, 1997).

A LG usada nessas comunidades surdas, tem como referência a língua gestual reconhecida pelo país, acrescida dos regionalismos próprios do local de inserção. Apresenta uma gramática própria que lhe permite alguma fluidez na transmissão do pensamento, à semelhança do que acontece com a língua nativa falada (Stokoe, 1960).

2. A evolução da Língua Gestual

O mundo do surdo como conhecemos hoje, já foi em tempos muito diferente, e resultou da persistência e investimento dos elementos da sua comunidade, juntamente com o contributo de alguns ouvintes (Guia Europeu da Comunidade Surda, 1997).

Antiguidade

Os primeiros registos estão documentados numa lei hebraica que, definia as pessoas surdas como indivíduos com acesso limitado à propriedade e ao matrimónio. No seguimento desta ideologia, Aristóteles sugeriu que aqueles que nasceram surdos eram desprovidos do senso e da razão, e mais tarde Sócrates mencionou que os surdos eram incapazes da linguagem e de produzir ideias (Eirksson, 1993).

Idade Moderna

É a partir do XVI que se assiste a uma viragem na perspetiva da pessoa surda, com os primeiros passos na educação do surdo como um ser capaz de comunicar através da escrita, e que a capacidade de falar é independente do pensamento, segundo o humanista holandês RUDOLF AGRICOLA (1521) (Addison, 1896).

GIROLAMO CARDANO (1501-1576) foi o primeiro médico capaz de reconhecer que os surdos têm a capacidade da razão, e foi também o primeiro a contrariar a crença de Aristóteles. Refere que a audição pode ser substituída pela visão, e a fala pela escrita, sendo essas as ferramentas ideais a aplicar na educação da criança surda (Sacks, 1989).

Pouco tempo depois, em Espanha, PEDRO PONCE DE LEON (1520-1584) defendeu que os surdos eram dotados de inteligência, capazes de falar e de se cultivar. Como educador, o seu método baseava-se na dactilologia, na escrita e finalmente na oralidade.

O primeiro livro sobre a surdez foi escrito por ALBERTI (1521 – 1591), um médico alemão, que defendia que a fala e o intelecto eram capacidade distintas, e que os surdos eram racionais, capazes de pensar apesar da falha na fala. Conseguiu demonstrar que conseguem ler os lábios, perceber um discurso e ler sem saber ouvir.

Os primeiros registos de educação surda surgiram em Espanha, com JUAN PABLO BONET (1579 – 1620), autor das obras “Redução das letras e da arte para ensinar a falar os mudos” e “Tratado das Cifras”. Apoiava a comunicação manual em idades mais tenras, como facilitadores para o método verbal, pelo qual era conhecido (Daniels, 1997).

WILLIAM HOLDER 1616-1698, foi um foneticista inglês, provou que a raiz do problema não está na representação sonora, mas sim na configuração correta dos órgãos articuladores. O ideal seria que os gestos e caracteres utilizados correspondessem à língua falada. Por esse motivo, defendeu que o método educativo ideal para aprendizagem da escrita passaria por ensinar a LG, para desmistificar os conteúdos e utilizar a dactilologia como ferramenta à apreensão da leitura labial (Branson, 2002).

Chegado o século XVIII, surgem as primeiras escolas para surdos, mantidas em segredo devido às restrições impostas na sua educação.

ABBE CHARLES DE L'ÉPÉE (1712-1789) foi uma referência nesta área, e fundou uma escola pública em Paris. Na sua obra “Instrução dos surdos” apresenta uma análise dos métodos educativos dominantes, o oral e o gestual, em oposição ao método alemão, apenas o primeiro. Em 1776 inventou os “signos metódicos”, baseados em gestos, que correspondiam à ideia das palavras, permitindo assim incorporar a gramática na comunicação manual. Ao lidar com alunos de diversas nacionalidades, sugeriu a ideia de uniformizar todas as línguas gestuais numa única e universal (Duke, 2004).

JACOB RODRIGUES PEREIRA (1715-1780), trabalhou juntamente com a comunidade surda em França. Desenvolveu uma nova estratégia de ensino, inicialmente baseada na desmutização, através da visão e do tato, para a posterior leitura e pronúncia das palavras de forma mecânica, dando assim início à fase da linguagem e da gramática. A leitura labial e a estimulação auditiva eram também essenciais neste processo (Bueno, 2017).

Entre os séculos XVII e XVIII o ensino era dominado pelo método oral na Alemanha, Inglaterra, Suíça, Dinamarca e Holanda, em oposição aos franceses, defensores do método gestual.

Idade Contemporânea

O americano THOMAS HOPKINS GALLAUDET (1787-1851) foi para Inglaterra para aprender o método oral, onde enfrentou algumas dificuldades. Mais tarde é convidado, juntamente com CLERC, a ir a Paris conhecer o método que era utilizado lá. Foi um dos principais fundadores do ensino para surdos nos Estados Unidos, sendo

que a aprendizagem se baseava na linguagem oral, leitura labial, linguagem mimico-gestual e dactilologia, tendo ficado conhecido como o método combinado.

Em 1880 o “Congresso Internacional de Milão” foi o evento decisivo na imposição do puro oral em todo o Mundo, por se acreditar que o gesto prejudicava as capacidades necessárias à verbalização. Face às medidas discutidas, a adesão por parte dos países europeus foi imensa, apesar de alguns movimentos de oposição por parte das próprias comunidades surdas (Brill, 1984).

Os Estados Unidos não cederam a estas medidas, em prol do método combinado enraizado no seu ensino, e foi assim que a Universidade Gallaudet continuou a crescer, tendo-se tornado no mais importante centro mundial de pesquisa e ensino de surdos.

Um século mais tarde, teve lugar em Washington o “VII Congresso da Federação Mundial dos surdos”, onde se defendeu a importância do uso da “Comunicação Total” de forma a garantir os direitos dos surdos como grupo social. Este tipo de comunicação pretendia combinar os recursos orais, dactilológicos, mímicos e escrita, e foi recomendada a todas as nações presentes e instituições internacionais como a nova metodologia de ensino. Esta etapa traduz uma mudança radical, dando lugar a um novo período na educação dos surdos (World Federation of the Deaf, 1976). Em 1988 o Parlamento Europeu reconheceu o direito ao uso da LG pelas pessoas surdas. Esta resolução delineou uma série de medidas para promover o uso das LG e apelou aos estados membro e à comissão europeia a sua implementação. De entre as medidas apresentadas, destaca-se o apelo à abolição de quaisquer obstáculos ao uso desta e ao incentivo de programas de emprego direcionados a surdos (Guia Europeu da Comunidade Surda, 1997). Relacionado com a prática da LG, dá-se o reconhecimento da profissão e da formação a tempo inteiro dos intérpretes de LG (Carvalho, 2007).



Figura 1. Reconhecimento das línguas gestuais na Europa.
Adaptado de (Wheatley, 2012)

3. Em Portugal

A evolução no nosso país só se fez notar a partir de 1823 com D. JOÃO VI, a pedido de sua filha D. Isabel, para a criação de uma escola para surdos, no Palácio da Mesquita, orientada sob o método mimico-gestual pelo professor PER ARON BORG, fundador da primeira escola sueca. Quatro anos mais tarde a tutela do estabelecimento foi cedido à Casa Pia, tendo sido fechado em 1860 (Santos, 1913).

Entre 1870 e 1877 foram abertas duas escolas em Lisboa e uma no Porto, pelo PADRE PEDRO MARIA DE AGUILAR. Conseguiu a criação do “Instituto Municipal de Surdos Mudos”, que mais tarde ficou a cargo da Casa Pia. Só em 1893 é que o ensino foi restabelecido no Porto, com o “Instituto Araujo Porto” (Fusillier, 1894).

Em 1913, o provedor da Casa Pia, ANTÓNIO AURÉLIO DA COSTA FERREIRA, promove um curso de especialização de dois anos para professores. A instituição acaba por ser dividida na secção feminina em santa Isabel e a secção masculina em Belém, mais conhecido como Instituto Jacob Rodrigues Pereira. Esta última promoveu em 1942 uma renovação pedagógica no ensino especial devido à necessidade de instalações, de professores especializados e assistência médica (Casa Pia Lisboa, 2018).

Foram criadas várias instituições para a educação dos surdos, nomeadamente o Colégio de S. Francisco Sales em 1957, o Instituto de surdos de Bencanta em 1965, no Funchal, em Ponta delgada e no Porto em 1968 e o de Beja no ano seguinte.

Em 1965 a Direção Geral de Assistência cria estabelecimentos de educação especial, o centro de observação e orientação Medico-Pedagógica e o centro de formação e aperfeiçoamento de Pessoal, dirigido por Antonino Amaral (Vaz de Carvalho, 2009).

Uma nova renovação pedagógica dá-se em 1974, com uma parceria estabelecida entre a Suécia e Portugal, através do programa S.I.D.A, com vista à formação de pessoal docente e técnicos, no sentido de auxiliar a integração escolar. Esta iniciativa também fez levantar “questões sobre outras filosofias subjacente ao problema da educação dos surdos: comunicação total, gestualismo e bilinguismo” (Cabral, 2004).

Só a partir de 1981 é que se investiu na formação profissional de surdos na área da LG. Quando regressaram a Portugal, JOSÉ BETTENCOURT e JOÃO ALBERTO FERREIRA, deram início ao ensino da LGP a docentes, técnicos e futuros intérpretes de LGP, bem como a futuros formadores LGP, com base nos ensinamentos adquiridos na Universidade de Gaulladet.

Mais tarde em 1995, dá se a criação da Comissão para o Reconhecimento e Proteção da LGP, que logo após um ano cria a declaração sobre a LGP, um dos documentos mais decisivos ao reconhecimento desta língua (Carvalho, 2007).

À data de 1997, MARIA AUGUSTA AMARAL e RAQUEL DELGADO MARTINS realizaram um estudo na área da LGP, que veio a constituir o fundamento científico para o devido reconhecimento da mesma na Constituição da República Portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação. No ano seguinte, o Ministério da Educação criou as Unidades de Apoio Educativo a Alunos Surdos, fundando assim os princípios da educação Bilingue (Amaral, 1991).

Porém, a etapa decisiva na educação de alunos surdos tem lugar apenas em 2008 com a criação de escolas de referência para a educação bilingue não só reconhece a LGP como primeira língua dos alunos surdos, e a Língua Portuguesa escrita e eventualmente falada, como a sua segunda língua. Assume ainda uma política educativa que visa conceber condições para a igualdade de oportunidades no acesso ao currículo e no sucesso educativo, apostando no desenvolvimento linguístico-cognitivo, emocional e social (Diário da República n.º 4/2008, 2008).

CAPÍTULO III. IMPLICAÇÕES DO USO DA LG

Durante anos o ensino e o uso das LG eram restritos, pois acreditava-se que, se os indivíduos com déficit de audição aprendessem a LG, prejudicariam o desenvolvimento da língua falada. Por outro lado, foi também demonstrado que as crianças privadas de qualquer tipo de língua, sofrem consequências psicológicas que se refletirão na vida adulta (Malloy, 2003).

Mais tarde provou-se que “as áreas cerebrais da linguagem não têm preferência por input de linguagem”, o que significa que, se a língua é oral ou manual não tem importância na aquisição da base linguística. Segundo o mesmo autor, para as crianças surdas, as línguas visuais, como é o caso da LG, são mais acessíveis em termos de aprendizagem e o seu uso tem demonstrado uma influência positiva no desenvolvimento da língua oral e na literacia dos mesmos (Baker, 2011). Contribui ainda de forma substancial para a saúde mental dos mesmos, e promove a autoestima e autoconfiança nas pessoas surdas (Dunst, 2011).

Está provado que a LG é a forma mais acessível de comunicação a qualquer pessoa com incapacidade de ouvir ou falar, no entanto é importante não esquecer que também tem as suas limitações. Globalmente, possui um leque de vocabulário muito inferior ao da língua falada, provavelmente, devido a uma menor investigação e investimento por se tratar de uma língua minoritária (Marschark M. , 2017). Esta discrepância pode ter implicações em determinados contextos em que o indivíduo não possui o vocabulário adequado e necessário para poder comunicar corretamente, e pode ser sujeito a má interpretação, ou simplesmente remeter se ao silêncio pela incapacidade de conseguir transmitir o verdadeiro cerne do seu pensamento.

Apesar de toda a evolução conseguida até à data, ainda permanecem barreiras de comunicação a alguns surdos, pois o que se constata é, que nem todos têm facilidade em aprender LG ou a ler, o que provavelmente contribui para um maior isolamento social (European Comission Green Paper, 1996).

1. Na educação

A educação é um processo essencial no desenvolvimento de qualquer ser humano, e como tal as crianças surdas também devem ter o mesmo acesso, e devem ser

garantidas as condições para que o seu ensino seja feito a um nível equiparável ao dos ouvintes (Durston, 2010).

A recorrente falha no desenvolvimento da língua falada restringe a aprendizagem e aquisição de conhecimento (Marschark M. W., 2008) , com conseqüente compromisso das habilitações literárias e futuras oportunidades profissionais. Apesar das tentativas frustradas ao longo do ensino sob o método oral, só recentemente foi provado que a aquisição de uma língua mais visual, como a LG, seria a ferramenta comunicativa ideal para estes indivíduos (Baker, 2011).

Apesar do reconhecimento da LGP, só mais tarde, em 2008 é que foi implementada uma lei em que “a educação das crianças e jovens surdos deve ser feita em ambientes bilíngues que possibilitam o domínio da LGP, o domínio do português escrito e, eventualmente, falado, competindo à escola contribuir para o crescimento linguístico dos alunos surdos, para a adequação do processo de acesso ao currículo e para a inclusão escolar e social”. De forma a que a criança surda consiga desenvolver a LG tão cedo quanto possível, é necessária uma interação diária e extensa com falantes da LG, e idealmente com início na idade pré-escolar, e deve ser mantida a sua prática constantemente. Quando as crianças são ensinadas na língua a que têm pleno acesso, a sua educação é mais bem-sucedida e as suas aspirações pessoais e sociais são mais elevadas (Almeida, 2008).

Contudo, apesar de existirem cerca de 17 escolas em Portugal destinadas a este ensino especial, estas não têm vagas suficientes para que consigam abranger todas as crianças nesta situação, o que obriga a que sejam integradas no ensino regular, onde frequentemente perdem muita da comunicação na sala de aula (Direção Geral da Educação, 2014). Estas falhas são decorrentes não só da falta de formação específica do docente, que se deveria debruçar sobre as necessidades destes alunos, mas também devido à falta de interpretes de LGP no contexto escolar.

2. No emprego

Para a maioria das pessoas, o emprego é um componente fundamental no seu quotidiano, no entanto, as pessoas surdas enfrentam barreiras significativas para conseguirem e manterem os seus empregos, e está também provado que uma pessoa surda tem uma probabilidade muito maior de ser desempregada do que uma pessoa

ouvinte. Infelizmente, o que se constata é que a maioria das empresas não fornece os meios para fomentar uma formação mais específica nestes indivíduos, e como tal acabam por se manter no mesmo nível de conhecimento ao longo de todo o seu percurso laboral. Com efeito, as pessoas surdas correm um risco maior de marginalização na sociedade de informação devido ao acesso inferior à educação e formação atualizada e adaptada (Guia Europeu da Comunidade Surda, 1997).

A formação profissional e adaptação razoável do local de trabalho, tal como ajudas técnicas especiais, equipamento e interpretes de LGP, são essenciais para os trabalhadores surdos, especialmente para aqueles que perderam a sua audição durante a sua carreira profissional. Quando as empresas oferecem oportunidade de emprego e de uma correta inserção no ambiente profissional, o clima organizacional modifica-se humanamente, o contacto com alternativas de comunicação revela-se um desafio enriquecedor para toda a equipa envolvida e a probabilidade de contratação de outras pessoas surdas torna-se mais provável (Erting, 1994).

3. Na saúde

As barreiras da comunicação afetam não só a relação entre o surdo e a sua família ouvinte, o seu trabalho e a sua educação, como também tem impacto nos cuidados de saúde. Apesar de todos os esforços feitos no sentido de assegurar os seus direitos, a saúde continua a representar a área onde a comunidade surda sente as maiores dificuldades (Kuenburg, 2016).

Atualmente verifica-se que existe muita informação escrita, distribuída por todas as unidades do sistema nacional de saúde, mas a principal fonte do problema reside no facto da grande maioria dos profissionais de saúde não ter qualquer tipo de formação na área da LGP. Torna-se mais difícil de conseguir estabelecer uma comunicação tão eficaz, que lhe permita ser entendido e consiga a resolução dos seus problemas. A má comunicação pode resultar numa falha de informação acerca do diagnóstico e do prognóstico. (Medicina Oral, 2007).

Uma forma de evitar ao máximo qualquer interferência na comunicação passa por eliminar ruídos existentes na sala, e a o profissional deve posicionar-se de forma a que a pessoa consiga fazer leitura labial mais facilmente. Curiosamente no nosso país,

existem bolsas destinadas a intérpretes de línguas estrangeiras, mas o mesmo não se verifica para intérpretes de LGP.

Sempre que se dirige a este tipo de serviço, deve ser acompanhado por um familiar que seja bilingue, ou então, caso tenha possibilidades económicas para o fazer, pode recorrer a um intérprete para prestar o auxílio nesse contexto. Alguns países têm entidades reguladoras, que asseguram a existência de um mínimo de condições nos serviços que prestam cuidados a pessoas com défice auditivo, tais como o recurso a intérpretes de língua gestual e internet disponível para recorrer a plataformas de interpretação (Hoang, 2011).

Outra das barreiras relaciona-se com a ocorrência de situações de saúde emergentes, em que é necessário o contacto para a linha de apoio de emergência, a qual só funciona através da língua falada. Face a este problema, foi proposto há cerca de dois anos a implementação de um sistema de videochamada nas linhas de apoio à emergência, mas que ainda não foi posta em prática até à data. No entanto foi desenvolvida uma aplicação gratuita com o nome de “Emergência App 112” mas que ainda apresenta algumas limitações na sua utilização.

CONCLUSÃO

Para a maioria da nossa população, a audição estabelece o seu contacto com o mundo sonoro e com as línguas faladas, o que lhe permite uma comunicação facilitada e uma interação mais dinâmica com o ambiente que a rodeia.

As pessoas surdas, constituem 466 milhões de habitantes em todo o mundo, e apresentam perdas auditivas, desde a mais leve até à perda total, o que promove uma barreira aos estímulos sonoros ao seu redor.

Com os avanços na área da Medicina, verifica-se uma decrescente incidência global nos casos de surdez, como resultado das medidas preventivas, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado de doenças subjacentes e das estratégias cirúrgicas disponíveis atualmente.

A grande maioria dos casos tem etiologia conhecida, e não são infrequentes os casos idiopáticos. Curiosamente, cerca 90-95% dos indivíduos com surdez são filhos de pais ouvintes, e na grande maioria sem antecedentes familiares relacionados (Mitchell, 2004). Quando os pais se deparam com este diagnóstico, têm tendência a culpabilizar-se pela situação e procuram desesperadamente por uma explicação, dado o seu sentimento de revolta. Talvez num futuro próximo seja possível dar mais respostas neste sentido, o que poderá vir a contribuir para uma melhor aceitação da condição.

Esta área poderia beneficiar, se fossem estabelecidas cada vez mais parcerias com profissionais da Biomédica e da Biotecnologia, no sentido de melhorar os equipamentos disponíveis e criar estratégias inovadoras face às atuais. Da mesma forma que se consegue o restabelecimento de alguma função da audição, é também necessário a minimização dos incómodos associados ao uso de aparelhos auditivos, que motivam a não adesão a estes equipamentos.

A perda da audição pode interferir nas relações sociais, não só pela não perceção dos estímulos sonoros, mas também pela barreira linguística, que impede a comunicação com círculo social envolvente. Como alternativa a pessoa surda compreende e interage com o mundo por meio de estímulos visuais, e manifesta a sua cultura através do uso da LG, que lhes proporciona a oportunidade de se relacionar com o mundo e permite a sua interação em sociedade.

O conhecimento da história de cada comunidade é importante para que os seus membros compreendam a sua realidade, para que possam caminhar no sentido de evolução e de forma a evitar o retrocesso e a repetição dos erros cometidos no passado. A evolução que a LG sofreu ao longo da história da educação dos surdos, surgiu do contributo de várias comunidades surdas por todo o mundo e do esforço feito por muitos ouvintes, que tiveram um papel notável nas mudanças conseguidas e nos direitos humanos conquistados. Seria impensável que a mentalidade dos tempos gregos tivesse persistido até aos dias de hoje, e mais ainda, que se privasse os surdos de todos e quaisquer direitos que os ouvintes também usufruem.

Uma das principais frustrações sentidas pelos elementos da comunidade surda refere-se à falta de acesso à informação, pois esta condiciona umas das principais barreiras a uma total inclusão na sociedade. A sensibilização da sociedade é fundamental para a inclusão destes indivíduos, de modo a permitir ao surdo a sua participação como um cidadão.

Todo o processo que envolve o desenvolvimento cognitivo-comportamental e social da criança surda, implica uma mudança na postura da família, no sentido de aceitar a condição e adquirir a LG como forma de comunicação entre todos, de forma a inclui-la no seio familiar e inculcar o ensino precoce da língua na criança, permitindo um normal crescimento e evolução (Goldstein, 2012).

No entanto, tal como com os ouvintes, é fundamental uma estimulação educacional fora do contexto familiar para o desenvolvimento das bases necessárias a uma boa educação e sucesso académico. É também aconselhado o contacto precoce entre crianças com défice auditivo, não só pela aceitação desta condição, mas também porque contribui para uma maior inclusão destes indivíduos no seu meio.

A qualquer sistema de ensino cabe a função de estabelecer uma escola inclusiva, onde se promova a igualdade de oportunidades, orientada para o sucesso académico e capaz de responder às necessidades individuais de cada aluno. Neste momento existe um número substancial de profissionais formados em interpretação de LGP, e esta poderia ser uma alternativa a oferecer no contexto de sala de aula, para contornar os obstáculos sentidos na aprendizagem, e também como forma de criar mais postos de trabalho.

À medida que avançam na idade, as pessoas sentem a necessidade de encontrar o seu próprio espaço e de gerir a sua vida conforme as suas expectativas, e para que esta conquista seja possível torna-se importante o ingresso no mundo do trabalho. Como tal, os membros da comunidade surda também são membros ativos no nosso país, e verifica-se que destes, cerca de 82% encontram-se empregados (Censos, 2011).

Condição perante a atividade económica	Número pessoas com défice auditivo grave a profundo
Emprego	61769
Desemprego	13851

Tabela 2. Condição perante a atividade económica de pessoas com défice auditivo grave a profundo. Adaptado de (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

Segundo a mesma fonte, ainda existem cerca de 18% em situação de desemprego. Esta percentagem torna evidente a necessidade da criação de postos de trabalho adaptados a estas pessoas, por uma questão de igualdade de acesso ao emprego, mas também por sentirem maiores dificuldades económicas inerentes à sua condição. A entidade social responsável por estes casos fornece alguns apoios sociais, mas estes são insuficientes para uma autonomia financeira e para uma qualidade de vida minimamente boa, que garanta os direitos humanos.

Contudo, a área onde se tem verificado maiores dificuldades na comunicação entre os surdos e os ouvintes acontece nos serviços de prestação de saúde, que ainda não possuem as condições necessárias ao seu acolhimento, não só pela falta de estratégias comunicativas, mas sobretudo pela falta de informação disponível, de saúde individual e pública. Neste cenário, a presença de um intérprete pode ser a chave para solucionar estes obstáculos, pois torna mais fácil a compreensão da situação que motiva a pessoa surda a recorrer ao serviço de saúde, favorece a relação médico-doente e permite uma correta transmissão de informação a ambas as partes.

O contributo da Medicina tem sido imprescindível na melhoria da qualidade de vida e na reabilitação precoce em situação de défice auditivo, mas a falta de compreensão por parte dos profissionais, resulta em má adesão terapêutica e alguns deixam de recorrer a esse mesmo serviço. Idealmente, e talvez num futuro próximo, seja

possível integrar cursos de LGP na formação dos profissionais de saúde, sobretudo para aqueles que lidam com este tipo de doentes com maior frequência.

Infelizmente a LG não é uma língua acessível a todos, pois implica bases educacionais para a sua compreensão e utilização, as quais nem todas as pessoas têm acesso pela desigualdade de direitos sentida no nosso contexto. Acresce ainda o facto de alguns também não conseguirem ler nem escrever, contribuindo exponencialmente para um maior isolamento, e levantando questões relacionadas com autonomia e emancipação. A LGP é uma língua pouco disseminada no nosso país, o que por sua vez, impede ao surdo uma total participação como cidadão. É importante fomentar a prática da LG também entre ouvintes, e esta iniciativa pode começar pelo investimento em cursos básicos gratuitos de forma a incentivar a nossa população a aprender e assim conseguir interagir com os utilizadores de LG, que dada a sua condição não têm outra alternativa de comunicação. Nos casos em que não é conseguida qualquer forma de comunicação, torna-se evidente a necessidade de reforçar as medidas educacionais, através do melhoramento dos planos de estudo e dos métodos de ensino aplicados, com a criação de mais escolas de ensino especial e ao assegurar as condições mínimas apropriadas nas escolas de ensino regular.

Já muito se progrediu no conceito da deficiência auditiva e na noção das condicionantes que afetam o indivíduo e os seus familiares, mas a verdade é que também ainda há muito a ser feito no que refere à aceitação e compreensão por parte da comunidade ouvinte. Neste sentido, ainda falta um pouco de exposição da própria comunidade surda, para que seja ouvida e para que os ouvintes sintam e entendam a sua situação.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de todo o meu percurso académico, tive sempre todos o apoio incondicional da minha família e amigos, que não foi exceção nesta etapa de elaboração do Trabalho Final de Mestrado.

Uma das pessoas imprescindíveis neste processo foi o Professor Óscar Dias, que me auxiliou na escolha do tema e encaminhou-me para os colegas mais direcionados a este

assunto, entre elas o Dr. Marco Simão e a Dra. Ana Roque, uma das pioneiras na evolução da Língua Gestual em Portugal.

Um especial obrigado à Dra. Isabel Carrasco, uma referência no ensino especial em Portugal. Foi uma pessoa com quem tive o enorme prazer de trabalhar, pois além da orientação que me proporcionou, conseguiu contextualizar-me da situação das pessoas com défice auditivo em Portugal, desde a sua época até aos dias de hoje, contribuindo ainda mais para o meu interesse neste tema.

BIBLIOGRAFIA

- (2018). Obtido de Bellman & Symfom: www.bellman.com
- (2018). Obtido de World Health Organization: www.who.int
- Addison, W. H. (1896). *Chapter IX. Historical sketch of the origin and progress of deaf-mute education.*
- Almeida, D. C. (2008). *Educação Bilingue de Alunos Surdos- Manual de Apoio à prática.* Lisboa: Lisboa Editorial.
- Amaral, M. A. (1991). *Linguagem gestual de crianças e jovens surdos.*
- Amin, S. B. (2017). *Auditory toxicity in late preterm and term neonates with severe jaundice.* Developmental Medicine & Child Neurology.
- Baker, S. (2011). *Advantages of Early Visual Language .* Washington D.C.: Gallaudet University.
- Bauman, D. (2008). *Open your eyes: Deaf studies talking.* University of Minnesota Press.
- Bendush, C. L. (1982). *Ototoxicity: Clinical considerations and comparative information .*
- Bentler Ruth, A. D. (2000). *Comparison of Hearing Aids Over the 20th Century.* Ear & Hearing.
- Branson, J. M. (2002). *Damned for Their Difference: The Cultural Construction of Deaf People as Disabled.*
- Brill, R. G. (1984). *International Congresses on Education of the Deaf- An Analytical History.* Washington D.C.: Gallaudet College Press.
- Bueno, A. E. (2017). *Um Pé de História: estudos sobre aprendizagem histórica.*
- Cabral, E. (2004). *Para uma cronologia da educação dos surdos.*
- Cannon, C. J. (1983). *Temporal bone fractures. Review of 90 cases.* Archive of Otolaryngology .
- Carvalho, P. (2007). *Breve história dos surdos em Portugal e no mundo.*
- Casa Pia Lisboa.* (2018). Obtido de www.casapia.pt
- Center for Disease Control . (1990). *Rubella prevention .*
- Clark, J. G. (1981). *Uses and abuses of hearing loss classification.* American Speech-Language-Hearing Association.
- Cox, R. M. (2017). *Impact of Hearing Aid Technology on Outcomes in Daily Life I: the Patients Perspective.* Ear Hear.
- Cruz-Saco, M. (2008). *Promoting Social Integration: Economic, Social and Political Dimensions with a focus on Latin America.*

- Daniels, M. (1997). *Benedictine Roots in the Development of Deaf Education*. Westport.
- Davies, R. e. (2004). *Bedside neuro-otological examination and interpretation of commonly used investigations*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.
- Deltenre P, M. A. (1999). *Auditory neuropathy with preserved cochlear microphonics and secondary loss of otoacoustic emissions*.
- Diário da República n.º 4/2008*. (2008). Obtido em 2018, de www.dre.pt
- Direção Geral da Educação*. (2014). Obtido de Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos.
- Duke, I. (2004). *The Everything Sign Language Book: American Sign Language Made Easy*.
- Dunst, C. M. (2011). *Influences of Sign and Oral Language Interventions on the Speech and Oral Language Production of Young Children with Disabilities*. CELL Reviews.
- Durston, S. (2010). *Unicef*. Obtido de www.unicef.org
- Eirksson, P. (1993). *The History of Deaf People*.
- Erting, C. (1994). *The Deaf Way: Perspectives from the International Conference on Deaf Culture*.
- European Comission Green Paper. (1996). *Living and Working in the information society*.
- Flint, P. W. (2010). *Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Fortnum, H. (1992). *Hearing impairment after bacterial meningitis: a review* .
- Fusillier, A. (1894). *Esboço histórico do ensino dos surdos-mudos em Portugal*.
- Gebaar, M. (1997). *Rapport van de Commissie Nederlandse Gebarentaal*.
- Goldstein, J. (2012). *Parents Finding Benefit in Teaching Babies Sign Language as Well as Speech*. Philadelphia.
- Grosjean, F. (2010). *Bilingualism, biculturalism, and deafness*. International Journal of Bilingual Education and Bilingualism.
- Guia Europeu da Comunidade Surda*. (1997). Bruxelas: European Union of the Deaf.
- Higert N., S. R. (2009). *Forty-six genes causing nonsyndromic hearing impairment: Which ones should be analysed in DNA diagnostics*.
- Hoang, L. L. (2011). *Assessing deaf cultural competency of physicians and medical students*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos*.

- Israel, J. (1995). *An Introduction to Deafness: A Manual for Genetic Counselors*. Washington, DC: Gallaudet University and National Society of Genetic.
- Jackler, R. K. (1994). *Acoustic neuroma* .
- Janet, L. P. (2010). *The Deaf Community and Culture at a Crossroads: Issues and Challenges*. Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation.
- Jerger J, M. F. (2000). *Report of the Consensus Conference on the Diagnosis of Auditory Processing Disorders in School-Aged Children*. Journal of the American Academy of Audiology.
- Kuenburg, A. F. (2016). *Health Care Access Among Deaf People*. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education.
- Kyle, J. a. (1985). *Sign Language. The study of deaf people and their language*. Cambridge University Press.
- Lane, H. (1992). *The Mask of Benevolence: Disabling the Deaf Community*. New York: Knopf.
- Lane, H. (2005). *Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World*. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education.
- Lewis, M. S. (2014). *Languages of the World (20th ed.)*. Ethnologue.
- Malloy, T. V. (2003). *Sign language use for deaf, hard of hearing and hearing babies: the evidence supports it*. American Society for Deaf Children.
- Marschark, M. (2017). *Raising and Educating a Deaf Child: A Comprehensive Guide to the Choices, Controversies and Decisions Faced by Parents and Educators*.
- Marschark, M. W. (2008). *Language comprehension on learning by deaf students*. New York: Oxford University Press.
- McCormack, A. F. (2013). *Why do people fitted with hearing aids not wear them?* International Journal of Audiology.
- Medicina Oral. (2007). *Patología Oral y Cirugía Bucal*.
- Mehrabian, A. (1971). *Silent Messages (1st ed.)* .
- Misono, S. S. (2011). *Congenital cytomegalovirus infection in pediatric hearing loss*. Archive Otolaryngology - Head and Neck Surgery.
- Mitchell, R. E. (2004). *Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States*.
- Morzaria S, W. B. (2004). *Systematic review of the aetiology of bilateral sensorineural hearing loss in children*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology .
- Moustgaard, R. (1994). *WFD Manual on how to establish and run an organization of the deaf*.

- Padden, C. (1980). *The Deaf community and the culture of the Deaf people, in sign language and the Deaf community: Essays in honor of William C. Stokoe, Baker, Charlotte, and Battison, Robbins (eds)* . National Association of the Deaf.
- Paradise, J. L. (2001). *Effect of early or delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media on developmental outcomes at the age of three years* .
- Ptok, M. (2011). *Early Detection of Hearing Impairment in Newborns and Infants*. Deutsches Ärzteblatt International.
- Putzar, L. G. (2007). *Early visual deprivation impairs multisensory interactions in humans*.
- Roizen, N. (1999). *Etiology of hearing loss in children. Nongenetic causes*. Pediatric Clinic of North America.
- Ruben, R. J. (2013). *Hearing Loss and Deafness*. The Merck Manual.
- Sacks, O. (1989). *Seeing voices: a Journey into the world of the Deaf*. University of California Press.
- Santos, A. (1913). *O ensino dos Surdos-Mudos em Portugal*. Lisboa.
- Secretariado Nacional de Reabilitação. (1995). *Inquérito nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens*.
- Shah, R. L. (2017). *Hearing Impairment Clinical Presentation*.
- Skvorak Giersch, A. B. (1999). *Genetic causes of nonsyndromic hearing loss*. Current Opinion in Pediatrics.
- Smith, R. J. (2005). *Sensorineural hearing loss in children* . Lancet.
- Stein, B. E. (2008). *Multisensory integration: current issues from the perspective of the single neuron*. Nature Reviews Neuroscience.
- Stewart, J. M. (1993). *Congenital conductive hearing loss: the need for early identification and intervention*.
- Stokoe, W. C. (1960). *Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf, Studies in linguistics: Occasional papers (No. 8)*. Buffalo.
- Strasnick, B. J. (1995). *Teratogenic hearing loss* . Journal of American Academy of Audiology.
- Teele, D. W. (1989). *Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study*. Journal of Infectious Disease .
- Tillein, J. H. (2006). *Cochlear implants: cortical plasticity in congenital deprivation*. Progress in Brain Research.
- Tomaski, S. M. (1999). *A stepwise approach to the diagnosis and treatment of hereditary hearing loss* . Pediatric Clinic of North America.

- van Dommelen, P. V. (2015). *Hearing loss by week of gestation and birth weight in very preterm neonates*. Journal of Pediatrics.
- Varga, R. K. (2003). *Non-syndromic recessive auditory neuropathy is the result of mutations in the otoferlin gene*. Journal of Medical Genetics.
- Vaz de Carvalho, P. (2009). *História da Educação de Surdos I*.
- Wallace, M. T. (2006). *The development of cortical multisensory integration*. Journal of Neuroscience.
- Wheatley, M. &. (2012). *Sign language legislation in the European Union*.
- Wilkins, A. P. (2012). *Frequent association of cochlear nerve canal stenosis with pediatric sensorineural hearing loss*. Archive of Otolaryngology Head Neck Surgery.
- World Federation of the Deaf. (1976). *VII World Congress of the World Federation of the Deaf*. Washington, D.C.