

Pessoa com Deficiência Auditiva: Reflexões sobre Autonomia e Capacidade

Person with Hearing Loss: Reflections on Autonomy and Capacity

Rafaella Bastos Silva Figuerêdo¹

Resumo: O artigo propõe reflexões, à luz da Bioética e do Direito, acerca dos dilemas que envolvem autonomia e capacidade da pessoa com deficiência auditiva. Para tanto, são apresentados um breve histórico, o marco legal brasileiro que dispõe sobre a distinção entre as pessoas com deficiência auditiva e o conceito de deficiência auditiva. Discutem-se referenciais teóricos atinentes ao tema e faz-se uma análise acerca da autonomia das pessoas com deficiência auditiva, considerando a vulnerabilidade desta população, bem como as peculiaridades de cada indivíduo; a capacidade é estudada a partir da concepção do critério legal e da influência de certas circunstâncias que pode revelar uma insuficiência deste critério para solucionar determinadas questões no âmbito da decisão sanitária. Conclui-se que é preciso considerar as pessoas com deficiência auditiva como sujeitos de possuem autonomia e capacidade, levando-se em conta a ótica da diferença e da inclusão social, afastando a cultura paternalista e a discriminação.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência. Autonomia. Capacidade. Bioética.

Abstract: The paper offers reflections in the light of Bioethics and Law, about the dilemmas involving autonomy and capacity of the person with hearing impairment. Therefore, we present a brief history, the Brazilian legal framework which provides for a distinction between people with hearing loss and the concept of hearing. We discuss theoretical frameworks pertaining to the subject and makes an analysis about the autonomy of people with hearing loss, considering the vulnerability of this population, as well as the peculiarities of each individual, the capacity is studied from the conception of legal criteria and influence of certain circumstances that may reveal a failure of this criterion to solve certain issues within the health decision. We conclude that we need to consider people with hearing disabilities as subjects have autonomy and capacity, taking into account the perspective of difference and social inclusion, away from the paternalistic culture and discrimination.

Keywords: People with Disabilities. Autonomy. Capacity. Bioethics.

1. INTRODUÇÃO

A deficiência² é um tema que desafia a organização das sociedades contemporâneas, uma vez que nestas, em regra, há uma cultura de valorização da autonomia dos indivíduos e esta

¹ Advogada. Fonoaudióloga. Mestranda em Direito Público pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: rafaellafiguereado@yahoo.com.br.

² Conceitua-se deficiência como falha, falta ou carência inerente à pessoa, limitando determinadas faculdades físicas, por exemplo, a paraplegia; mentais, por exemplo, a doença psíquica; visuais, como a cegueira; ou

autonomia pode ser mitigada por fatores contextuais – fatores ambientais e pessoais – conforme prevê a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) citada no Relatório mundial sobre a deficiência da Organização Mundial de Saúde e Banco Mundial de 2011 (2012).

De acordo com dados apresentados neste relatório, há uma estimativa de que mais de um bilhão de pessoas ou 15% da população mundial em 2010 estariam vivendo com alguma deficiência. Deste grupo, 70% em países em desenvolvimento, a maioria em situação de pobreza e extrema pobreza, com falta de acesso à saúde e à educação e 90% fora do mercado de trabalho. O Censo de 2010 revelou que, no Brasil, 45.606.048 de pessoas, ou seja, 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência – visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Na Bahia, o número de pessoas com deficiência foi de 3.558.895, correspondendo a 25,39% da população, percentual maior que a média nacional.

Compreender o número de pessoas com deficiência e suas circunstâncias pode contribuir para uma maior conscientização das necessidades dessa população e para reduzir as barreiras incapacitantes e que reduzam sua autonomia. Na prática, o que se observa é que não são raras as situações de desrespeito às necessidades do outro para a satisfação de demandas básicas do cotidiano, seja na infância, idade adulta ou na velhice, das pessoas com deficiência.

Desse modo, as pessoas com deficiência podem ter uma redução da autonomia, não apenas em razão da limitação de algum aspecto biológico, mas em virtude de uma inadequação do ambiente em que vive. Nesse sentido, algumas pessoas com deficiência perdem sua autonomia, por exemplo, quando são confinadas em instituições contra sua vontade, ou quando são vistas como legalmente incompetentes devido a sua deficiência.

As pessoas com deficiência são diferentes e heterogêneas, enquanto que os pontos de vista estereotipados da deficiência enfatizam como tais os usuários de cadeiras de rodas ou os cegos e os surdos. A deficiência pode afetar uma criança recém-nascida com paralisia cerebral, um jovem soldado que perde sua perna durante sua atividade militar, ou o idoso que sofre de demência. Os problemas de saúde podem ser visíveis, como na deficiência física, ou invisíveis, como na deficiência auditiva, temporários ou de longo prazo etc, ademais o impacto da deficiência é variável em cada indivíduo.

auditivas, como a surdez (HOUAISS, 2010). Por outro lado, o preâmbulo da Convenção Internacional da Pessoa com Deficiência (2007) refere que a deficiência resulta da “interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”, conceito mais amplo que será adotado neste trabalho.

Diante dessa complexidade do tema e das especificidades de cada tipo de deficiência, o presente estudo realizou um recorte para explorar a autonomia e a capacidade das pessoas com deficiência auditiva.

Verifica-se que pessoas com deficiência auditiva que são capazes de se comunicar através da língua de sinais ou oralmente. Há também aquelas pessoas com deficiência auditiva que, independente da sua forma de comunicação, não possuem compreensão adequada. Assim, o trabalho procurará identificar, inicialmente, os diferentes níveis de surdez, as possibilidades de aprendizado da linguagem e seus reflexos na comunicação da pessoa com deficiência auditiva, de maneira a identificar quais as situações em que o sujeito com perda auditiva pode tomar decisões autônomas e aquelas em que sua autonomia estará comprometida.

Neste cenário em que há o encontro entre direitos da pessoa com deficiência auditiva e saúde pública, transformações tecnológicas e respeito pela autonomia, ciências da vida e ciências humanas, ampliando os poderes do homem perante a sociedade, pode-se observar a ocorrência de dilemas éticos. Isso porque parte das pessoas com deficiência auditiva é julgada pela maioria da população como incapazes e não autônomas, o que reflete em um tratamento discriminatório e redução da participação dessas pessoas na sociedade. Tais problemas devem ser analisados à luz de princípios morais e valores fundamentais, de maneira multidisciplinar, a fim de mantermos os progressos da biomedicina e uma melhora na qualidade de vida das pessoas envolvidas (BELLINO, 1993).

O objetivo desse trabalho é, no horizonte temático das disciplinas Direito e Bioética, que se entrelaçam para promover conhecimento e reflexão, analisar a heterogeneidade das pessoas com deficiência auditiva e o dever de respeito à autonomia desse grupo para que gozem dos seus direitos. Ademais, buscar-se-á evidenciar que, diante de certas atividades ou circunstâncias, as pessoas com deficiência auditiva podem ter, ou podem ter ainda mais, sua capacidade de escolha reduzida, refletindo sua condição de vulnerabilidade e, por isso, deve-se buscar soluções para que eles consigam agir autonomamente.

2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Inicialmente, será realizado um breve panorama histórico. Em seguida, para compreender as possibilidades de exercício da autonomia e capacidade de cada pessoa com deficiência auditiva será apresentada a terminologia adotada neste trabalho que reflete a heterogeneidade

do grupo, revelando características individuais. Além disso, demonstrar-se-ão aspectos biológicos, ambientais e peculiaridades da perda auditiva que justificam essa distinção e tratamento diferenciado entre os indivíduos com deficiência auditiva.

Identifica-se que há poucos registros históricos catalogados sobre pessoas com deficiência auditiva durante a Pré-história, a Antiguidade e a Idade Média. Contudo, sabe-se que “a presença do povo surdo é tão antiga quanto à humanidade. Sempre existiram surdos. O que acontece, porém, é que nos diferentes momentos históricos nem sempre eles foram respeitados em suas diferenças ou mesmo reconhecidos como seres humanos”. (STROBEL, 2008, p. 42)

A partir da Modernidade, com o renascimento da filosofia e das ciências, a situação dos surdos começou a tomar um rumo diferente com o início da institucionalização de metodologias educacionais voltadas para eles, principalmente, quando se começou a pensar que estas pessoas precisavam ser educadas para ingressarem e participarem na/da sociedade. (VIEIRA, 2011)

Ainda assim, o despreparo dos profissionais ao atendimento aos surdos e a visão apenas clínica discriminou e marginalizou os surdos como sujeitos totalmente incapazes (SKLIAR, 2013). Ademais, como os judeus, no século XX, durante muitos anos a pessoa surda era tratada com brutalidade e até passaram por torturas físicas antes de ser sacrificada, pois em certas épocas predominava condutas eugênicas.

As pessoas surdas ao longo da história foram, e ainda são, tratadas como deficientes que não têm capacidade de realizar certas atividades, inclusive sendo, muitas vezes, privadas dos seus direitos por não se comunicarem oralmente e não fazerem parte da cultura da sociedade ouvinte³.

A configuração do ser ouvinte, de acordo com Carlos Skliar (2013, p. 21), pode começar sendo uma simples referência a uma hipotética normalidade, porém, rapidamente, se relaciona a uma normalidade da função auditiva e, a partir dessa, a toda uma sequência de traços de outra ordem discriminatória. Assim, ser ouvinte é ser falante e é, também, ser branco, homem, profissional, civilizado e, em contrapartida, ser surdo revela o não-falar e não ser humano.

³ Ouvinte é um termo utilizado para se referir às pessoas não surdas, decorre deste um outro, o ouvintismo, que se trata de um conjunto de representações dos ouvintes, a partir do qual o surdo está obrigado a olhar-se e a narra-se como se fosse ouvinte. (SKLIAR, 2013)

A sociedade brasileira em geral desconhece, ou conhece de forma distorcida, a história e as condições de vida das pessoas com deficiência auditiva. Geralmente, são vistos como coitadinhos, tratando-os de forma paternal, ou então como agressivos e mal educados, são chamados, por exemplo, de “surdo-mudo”, “mudinho”, “deficiente”, entre outros termos pejorativos, sendo considerados incapazes de ter autonomia (STROBEL, 2007).

Em geral, essas atitudes mascaram e neutralizam as possíveis conseqüências políticas e a potencialidade dessas pessoas, colocam os surdos sob um olhar paternalista que busca o tratamento para aproximá-los do normal, curando a deficiência. Michel Foucault, na obra *Os Anormais*, aborda a emergência de técnicas de normalização como um poder e menciona que esse poder com “a maneira como ele se formou, a maneira como se instalou, sem jamais se apoiar numa só instituição, mas pelo jogo que conseguiu estabelecer entre as diferentes instituições, estendeu sua soberania na sociedade” (2011, p. 23).

Reconhece-se que as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social e as ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas, com objetivo curativo, e engendradas por motivação religiosa ou caritativa. Esta situação ainda é presente, mas vem se tornando menos freqüente, em parte, como resultado das atitudes e comportamentos das próprias pessoas com deficiência. Ou seja, identifica-se uma mudança paradigmática em que a visão preconceituosa e excludente em relação aos “deficientes” cede à percepção das competências e da participação social destas pessoas. (BERNARDES *et al*, 2009, p.32)

Esse processo de inclusão social vem, gradativamente, sendo observado em relação às pessoas com deficiência auditiva. Observou-se maior respeito a esse grupo no momento em que a legislação brasileira, através do Decreto nº 5.626/2005⁴, em seu art. 2º, considerou a pessoa surda como aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e a pessoa com perda auditiva como aquela com perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500, 1.000, 2.000 e 3.000Hz.

O grupo das pessoas com deficiência auditiva compreende a pessoa surda, com sua língua e cultura próprias, e a pessoa com perda auditiva, que se identifica com a cultura ouvinte e, quando necessário, busca meios de reabilitação auditiva para se comunicar através da fala.

⁴ Este Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

Desse modo, esses termos quando utilizados neste trabalho estarão relacionados a esses conceitos.

Essa distinção é importante, pois revela o modo como o indivíduo se reconhece. O conceito da deficiência auditiva, por sua vez, não trata desse aspecto, apenas considera como uma alteração ou distúrbio no processamento normal da audição, seja qual for a causa, tipo ou grau de severidade, constitui uma alteração auditiva, determinando, para o indivíduo, uma diminuição da sua capacidade de ouvir e perceber os sons. (FROTA, 1998)

Perceber, reconhecer, interpretar e, finalmente, compreender os diferentes sons do ambiente só é possível graças à existência de três estruturas que funcionam de forma ajustada e harmoniosa, constituindo o sistema auditivo humano. O ouvido humano é composto por três partes: uma, é externa, composta por pavilhão auricular, condutos auditivos e membrana timpânica que auxiliam na captação do som do ambiente; uma parte média, que contém os três ossículos (martelo, bigorna e estribo) que transmitem o som para a parte interna que, por sua vez, possui a cóclea, os canais semicirculares e o nervo auditivo.

Vale ressaltar que a cóclea é composta por células ciliadas que são estruturas com terminações nervosas capazes de converter as vibrações mecânicas (ondas sonoras) em impulsos elétricos, os quais são enviados ao nervo auditivo e deste para os centros auditivos do cérebro. O processo de decodificação de um estímulo auditivo tem início na cóclea e termina nos centros auditivos do cérebro, possibilitando a compreensão da mensagem recebida. (KATZ, 1999)

Com relação à localização (tipo de perda auditiva) da lesão, a alteração auditiva pode ser condutiva quando está localizada na orelha externa e/ou média; as principais causas deste tipo são as otites, acúmulo de secreção que vai da tuba auditiva para o interior da orelha média, prejudicando a vibração dos ossículos. Na maioria dos casos, essas perdas são reversíveis após tratamento. Há também as do tipo sensorineurais nas quais a alteração está localizada na orelha interna (cóclea ou em fibras do nervo auditivo) e esse tipo de lesão é irreversível; as causas mais comuns são a meningite e a rubéola materna. Um terceiro tipo é a perda auditiva mista quando a alteração auditiva está localizada na orelha externa e/ou média e orelha interna. Geralmente este tipo de alteração ocorre devido a fatores genéticos. Por último a central que consiste em uma alteração que pode se localizar desde o tronco cerebral até às regiões subcorticais e córtex cerebral (FROTA, 1998).

Quanto ao período de aquisição, Katz (1999) refere que a surdez pode ser dividida em dois grandes grupos. Congênitas, quando o indivíduo já nasceu surdo. Neste caso, a surdez é pré-lingual, ou seja, ocorreu antes da aquisição da linguagem. O segundo grupo é o das perdas adquiridas, quando o indivíduo perde a audição no decorrer da sua vida. Nesse caso a surdez poderá ser pré ou pós-lingual, dependendo da sua ocorrência ter se dado antes ou depois da aquisição da linguagem.

A classificação da surdez quanto ao grau de comprometimento (grau e/ou intensidade da perda auditiva) foi estabelecida por Davis e Silverman (1970) em níveis, de acordo com a sensibilidade auditiva do indivíduo.

De acordo com esta classificação, considera-se audição normal até 25 dB, em seguida, tem-se a perda auditiva leve entre 26 a 40 dB e a pessoa pode apresentar dificuldade para ouvir sons fracos como o tic-tac do relógio. A perda auditiva moderada com nível de audição entre 41 a 55 dB, a pessoa pode apresentar alguma dificuldade para ouvir conversação em fraca intensidade. Já a perda auditiva moderadamente severa de 56 a 70 dB, com esse grau de perda auditiva a pessoa terá dificuldade para ouvir uma conversação normal. A perda auditiva severa de 71 a 90 dB revela uma dificuldade da pessoa para ouvir o telefone tocando ou campainha. A perda auditiva profunda, acima de 91 dB, é caracterizada por uma dificuldade para ouvir o ruído de caminhão, de discoteca, ou, ainda, o ruído de um avião decolando.

Segundo Otacílio Lopes Filho (1997), a identificação das características da perda auditiva permite uma melhor compreensão desse fenômeno e suas implicações na vida de uma pessoa. Quanto maior o grau da perda auditiva, maiores as dificuldades na comunicação.

A deficiência auditiva, conforme menciona Maria Cecília Martinelli Iorio (1998) tem sido considerada, por muitos séculos, como uma doença severamente incapacitante, em virtude do papel da audição na comunicação humana.

Com o avanço das ciências biomédicas, nos tratamentos clínicos, bem como o incremento tecnológico de próteses auditivas, muitos problemas auditivos podem ser corrigidos. No entanto, existem algumas pessoas surdas ou suas famílias que não desejam a reabilitação auditiva e optam pelo desenvolvimento da língua de sinais. De outro lado, existem algumas pessoas com perdas auditivas que anseiam pelo tratamento através da amplificação sonora

individual e abordagem oral⁵, no entanto este tratamento não se torna possível, geralmente nos casos de perdas de grau severo a profundo, pré-linguais, que são detectadas tardiamente.

A questão do diagnóstico tardio faz parte da realidade brasileira, conforme descreve Ronice Müller de Quadros e Carina Rebelo Cruz (2011, p.12):

No Brasil, a idade média do diagnóstico de deficiência auditiva (DA) está em torno de 3 a 4 anos, podendo levar até dois anos para ser concluído e, dessa forma, acarretar danos irreparáveis para a criança e onerar os custos da sociedade. Em 1994, num trabalho de tese desenvolvido por Nóbrega (1994), foi concluído que a confirmação diagnóstica de DA até 2 anos ocorreu apenas em 13% dos pacientes estudados, embora 56% tenham sido suspeitados nesta fase. Assim, havia um tempo perdido de mais de dois anos entre a suspeita clínica e a confirmação de DA.

O diagnóstico tardio e, principalmente, a intervenção tardia nos casos de surdez são muito frequentes, especialmente quando se tratam de famílias em que os pais não possuem perda auditiva, ou seja, são ouvintes (SIGOLO, 2007). Após o diagnóstico, é comum que ainda haja resistência por parte da família não só para aceitar a condição de surdo da criança, mas também para aceitar a língua de sinais.

Assim, o contato tardio com uma língua geralmente se constitui como uma experiência mal sucedida no desenvolvimento de linguagem. Considerando-se a impossibilidade de um desenvolvimento cognitivo pleno de qualquer ser humano como consequência da ausência de uma língua (VYGOTSKY, 1984), questões relacionadas à aquisição tardia merecem especial atenção dos estudos neurolingüísticos e neuropsicológicos em virtude das suas consequências para a cognição dos indivíduos com perda auditiva e para sua inserção social. (CORVERA; GONZALEZ, 2000)

Angel Pino (2001, p. 43) lembra que:

O acesso da criança ao mundo se dá por meio de um duplo sistema: o sensorial e o motor, fato sublinhado por todos os especialistas da infância. Inicialmente desarticulados, esses dois sistemas começam a articular-se nos primeiros anos de vida. Apesar do bebê humano estar em atraso em relação aos bebês da maioria das espécies no campo da acuidade sensorial, a formação precoce dos sensores permite-lhe captar os sinais naturais provenientes do mundo das coisas e, dessa forma, começar a orientar-se em relação a elas. Entretanto, diferentemente, do que ocorre com os animais, os sinais que a criancinha capta do mundo das coisas não são simples sinais físico-químicos; pela ação da fala, primeiro a dos outros e mais tarde a dela, esses sinais carregam-se de significação social e cultural.

⁵ A abordagem terapêutica comumente indicada ainda é a oral, ou seja, a que privilegia a aquisição exclusiva da língua oral e o uso de dispositivos auditivos. No entanto, a indicação de aparelhos ou uso de implante coclear e a realização de fonoterapia, frequentemente, não possibilitam que a maioria das crianças surdas tenham acesso à língua oral de forma natural, pois, mesmo com o uso de dispositivos auditivos, as informações sonoras não são totalmente inteligíveis. Além disso, há crianças que, mesmo com o uso de aparelhos indicados especificamente para sua perda auditiva (tipo e grau), detectam apenas sons do ambiente. A voz humana em alguns casos não é detectada nem há discriminação dos sons recebidos. (QUADROS; CRUZ, 2011)

Assim, esse autor revela que o objeto para o indivíduo é semiótico e a representação da imagem pela sua forma simbólica enseja a abstração, passando da inteligência prática para processos mais complexos do pensamento. A essência da linguagem, então, consiste em significar e é a linguagem que propicia o desenvolvimento do pensamento.

Uma alteração sensorial importante interfere em todo esse processo. Uma vez que está presente uma alteração sensorial auditiva, o desenvolvimento lingüístico poderá ser afetado caso não haja uma intervenção terapêutica, que pode ser, segundo Ronice Müller de Quadros e Carina Rebello Cruz (2011), através da modalidade da língua de sinais (visoespacial) ou da língua oral (auditiva-oral). Assim, se a criança for estimulada no seu período ótimo de desenvolvimento de linguagem por meio de experiências visuais ou estimulada auditivamente por meio de aparelhos auditivos, ela irá se desenvolver adequadamente.

O que interfere no desenvolvimento das habilidades comunicativas da pessoa não é a falta de audição em si, mas a ausência de estimulação para propiciar a aprendizagem. Logo, a perda auditiva não afeta as capacidades intelectuais no âmbito biológico, mas a falta de um canal sensorial visual ou auditivo pode limitar a possibilidade de aquisição de conhecimentos transmitidos, prejudicando o desenvolvimento do raciocínio abstrato e de interpretação, uma vez que haverá dificuldades em formar conceitos simbólicos, que não necessitem da exploração concreta dos objetos. (ZENARI; MORETTO; NASRALLA *et al*, 2004)

Outros autores reforçam a necessidade da detecção e intervenção precoce como fator essencial para que as crianças surdas consigam adquirir a linguagem de maneira eficiente e na idade adequada. Para eles, os primeiros anos de vida são ideais para a estimulação auditiva, pois é considerado o período de maturação neurológica, época em que as habilidades auditivas podem ser adquiridas mais eficientemente. (YOSHINAGA-ITANO, 1998; BEVILACQUA; FORMIGONI, 2003)

Em 1999, foi elaborada a resolução 01/99 pelo Comitê Brasileiro sobre Perdas auditivas da Infância (CBPAI). Segundo essa resolução, “todas as crianças devem ser testadas ao nascimento ou no máximo até os 03 (três) meses de idade e em caso de deficiência auditiva confirmada receber intervenção educacional até 6 (seis) meses”. Para garantir o acesso da maioria das crianças à intervenção precoce o Comitê recomenda avaliá-las antes da alta da maternidade.

De acordo com o CBPAI, a incidência de perda auditiva em recém-nascidos saudáveis é estimada entre 1 a 3 neonatos em cada 1000 nascimentos, porém esse valor aumenta para

cerca de 2 a 4% nos provenientes de Unidades de Terapia Intensiva (UTI's). Devido a sua elevada prevalência, constitui-se em um verdadeiro problema de saúde pública. Possui, inclusive, maior prevalência quando comparada às doenças passíveis de triagem ao nascimento. Assim, verifica-se uma alta incidência de indivíduos com perdas de audição.

A pessoa com deficiência auditiva pode ter seu desenvolvimento linguístico, social e cognitivo afetado por fatores externos ou ambientais, seja porque não se realizou o diagnóstico e a intervenção precocemente, aumentando o tempo de privação sensorial⁶, seja porque não houve estimulação ou tratamento compatível com as suas potencialidades.

Então, identificam-se três situações: 1) Uma pessoa surda que faz uso da LIBRAS é autônoma num ambiente compatível com sua forma de comunicação; 2) Uma pessoa com perda auditiva, usuária de aparelho auditivo ou não, que se comunica através da fala é autônoma num ambiente compatível com sua forma de comunicação; 3) Uma pessoa surda ou com perda auditiva, quando exposta a qualquer meio de comunicação, não é autônoma porque não desenvolveu a linguagem adequadamente, independentemente da causa, possuindo dificuldades de compreensão. Diante dos dois primeiros casos, há a condição de se autodeterminar e realizar escolhas conscientes, ponderando riscos e benefícios, já no terceiro caso a expressão da autonomia pode estar reduzida e será necessário oferecer condições para possibilitar o exercício da sua liberdade decisória e se isso não for possível, sendo identificada uma incapacidade, a pessoa deverá ser assistida.

Por fim, a variabilidade do impacto da deficiência auditiva na vida das pessoas pode trazer à tona muitos dilemas que requerem análise bioética e jurídica como, por exemplo, no momento da tomada de decisão sanitária. Em virtude disso, será estudada a autonomia, sobretudo, no que se refere à obrigação de respeito à autonomia dessa população e a atuação, quando necessário, para potencializar essa autonomia, evitando o paternalismo tão arraigado no contexto biomédico.

⁶ Os casos mais extremos de estudos realizados envolvem crianças que foram privadas de qualquer tipo de input durante todo o período de aquisição. Nesses casos, as crianças também apresentam problemas de ordem cognitiva, perceptual e de privação social. Como exemplo, tem-se os casos de crianças-lobos nas regiões da Índia, onde descobriram-se, em 1920, duas meninas – Amala e Kamala de Midnapore – que viviam numa família de lobos. Segundo a descrição do Reverendo Singh que as recolheu, elas nada tinham de humano, e o seu comportamento era exatamente semelhante ao dos pequenos lobos, seus irmãos: incapazes de permanecerem de pé caminhavam a quatro patas, passavam o dia escondidas e prostradas, à sombra; de noite, pelo contrário, eram ativas e davam saltos, tentavam fugir e uivavam, realmente, como os lobos. Nunca choravam ou riam, característica que se encontra em todas as crianças-selvagens. REYMOND-RIVER, B. O Desenvolvimento Social da Criança e do Adolescente. 6 ed. Publicação, Lisboa: Editorial Aster, 1975. Disponível em: <<http://cadernosociologia.blogspot.com.br/2009/09/criancas-selvagens-as-meninas-lobo.html>> Acesso em: 23 jul 2013.

3. AUTONOMIA E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Etimologicamente, a autonomia vem do grego significando a capacidade de autogestão e autogoverno das cidades-estados independentes gregas (*autos* – próprio; *nomos* – regra, governo ou lei). O termo foi difundido e alcançou a esfera individual com o sentido de capacidade de autogovernar a própria vida, liberdade individual, privacidade e escolha dos próprios comportamentos.

Na filosofia, Kant é quem introduz o conceito de autonomia. Enaltecendo a razão como detentora de lei própria, caracteriza a autonomia como a capacidade do indivíduo racional de determinar-se, determinar seus desejos e objetos de desejo. Contrasta com o termo heteronomia, caracterizando-a como a determinação da própria ação por leis estranhas. (ABBAGNANO, 2007)

Destaca-se que a Bioética trouxe este conceito para a área da saúde. A autonomia, segundo o principlismo de Tom Beauchamp e James Childress (2011), seria verificada a partir da existência de três condições em dada ação: intencionalidade, entendimento e ausência de influências controladoras que determinassem essa ação. A primeira destas condições está presente ou não, enquanto que as outras duas evidenciam uma graduação quanto ao modo em que serão satisfeitas, ou seja, algumas pessoas podem ter mais ou menos entendimento e independência para atuar. Ademais, esses autores admitem uma ação autônoma não é aquela em que há perfeita compreensão e total ausência de influência, e sim as decisões, analisadas em contextos particulares, que possam refletir substancialmente a autonomia diante de uma intervenção. Para eles:

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a ação respeitosa, e não meramente uma atitude respeitosa. Ele exige também mais que obrigações de não-intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. (2011, p. 142-143)

Vê-se, portanto, que o respeito à autonomia provoca uma atitude de tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir de maneira autônoma. Por outro lado, o desrespeito se coaduna com ações que ignoram a autonomia dos outros, colocando-os numa condição de desigualdade. No contexto das relações com pessoas com deficiência, quando a estas pessoas não lhe é permitido uma comunicação compatível com aquela que elas possuem prejudicando o

entendimento do discurso em questão, verifica-se uma mitigação ou total restrição do seu direito de se autodeterminar e acresce-se a isto a possibilidade de controle alheio.

Esse desrespeito à autonomia não deve prosperar, sobretudo quando disfarçado de proteção sob um viés paternalista. É importante perceber, conforme aduz Gilson Ely Chaves de Matos (2007, p.197), que:

a autonomia está intrinsicamente ligada à própria dignidade da pessoa humana, relacionada ao projeto de vida e às decorrentes exigências de respeito às suas convicções filosóficas, religiosas, morais e sociais. A ofensa a esse plexo de convicções não se justifica nem mesmo para um atuar pseudobenéfico, uma vez que não só a saúde física deve ser almejada, mas também e principalmente psíquica.

Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato Naves (2009) sustentam que o princípio da autonomia da vontade pode ser entendido como a capacidade que a pessoa possui de se autogovernar.

Pelo princípio do respeito à autonomia, os seres humanos são autônomos, possuidores da liberdade de realizar escolhas, estabelecer metas e projetos futuros, além de serem detentores de independência para tomar decisões. Além disso, este princípio fundamenta o termo de consentimento livre e esclarecido (GUILHERM; DINIZ, 2008).

A partir desse princípio, por exemplo, a relação entre médico e paciente anuncia a presença de deveres e direitos recíprocos para cada um deles. Assim, verifica-se que a autoridade do médico é mitigada a partir do seu dever de informar de forma clara sobre eventuais procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. O médico é credor da declaração de consentimento, da qual o paciente é devedor (AGUIAR, 2005, p. 78-79). Destaca-se ainda o direito do paciente de recusar dado tratamento ou até mesmo desistir durante a execução. Essas características, dentre outras, revelam a validade do consentimento informado e reforçam que a decisão do paciente deve ser autônoma.

Nesse sentido, André Gonçalo Dias Pereira (2004) refere que o esclarecimento para a autodeterminação significa que a informação que o médico deve dar previamente a qualquer intervenção médica, em ordem a uma livre decisão do paciente, por forma a dar cumprimento ao princípio da autonomia da pessoa humana, expressa o axioma fundamental da dignidade humana.

Muitas pessoas com deficiência auditiva possuem dificuldade de compreensão de alguns comandos e orientações, decorrente de uma falta ou inadequada estimulação para aquisição da linguagem. Outras vezes, observa-se uma dificuldade de compreensão das informações

devido a uma falha de comunicação, ou seja, foram desconsideradas as características individuais do sujeito. Neste caso, os profissionais de saúde ou qualquer outro interlocutor que deseje obter o consentimento deve atentar para essas questões e buscar que o indivíduo alcance um entendimento necessário para expressar sua vontade.

A Bioética, ao adotar o respeito à autonomia como princípio, garante ao sujeito a obtenção das informações pelos profissionais, com linguagem acessível, com a possibilidade de verificar e assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2011).

Ana Laura Gutierrez Araújo (2010) afirma que o respeito à pessoa também possui o caráter de proteção, já que considera o estado vulnerável de determinados indivíduos que, por quaisquer motivos, tenham a capacidade de autodeterminação diminuída.

Nesta senda, James Childress e Tom Beauchamp (2011) sustentam a idéia de que a vulnerabilidade, que caracteriza particular ou relativamente pessoas ou grupos populacionais, deve ser combatida e estas devem ser protegidas. O consentimento informado, por sua vez, enquanto um dos instrumentos de proteção, permite ao paciente a ocasião de exercício da autonomia.

É pertinente observar que, no contexto das decisões da prática em Bioética, se incorre em reducionismo se se defender a vulnerabilidade apenas nesse sentido, como característica, numa função adjetiva, uma vez que dois outros sentidos foram apresentados por Maria Patrão do Céu Neves (2007) que são a vulnerabilidade como condição, numa função nominal que remete a uma concepção antropológica como fundamento da ética, e a vulnerabilidade como princípio, concretizada a partir da conjugação dos sentidos característica e condição e que exprime uma obrigação de ação moral. A autora acrescenta que o sentido de princípio traz ao profissional de saúde a noção de sua responsabilidade em estabelecer relações simétricas com a pessoa que se submete a uma intervenção e obriga as instituições a zelarem por todos os cidadãos igualmente.

Tom Beauchamp e James Childress (2011) afirmam que o respeito à autonomia, além de se apresentar de forma negativa, uma vez que as ações autônomas não podem ser sujeitadas a pressões controladoras dos outros, revela uma face positiva, que corrobora com o conceito de responsabilidade supramencionado, devendo haver uma obrigação de tratamento respeitoso na revelação de informações e encorajamento da decisão autônoma. Nesse sentido, eles

sustentam que muitas ações não poderiam ocorrer sem a cooperação material de outros que tornem as opções acessíveis.

A partir dessas considerações, estes autores defendem que, a despeito deste princípio ser de ampla projeção, ele não deve ser aplicado àquelas pessoas não autônomas:

O princípio não deve se aplicar a pessoas que não podem agir de forma suficientemente autônoma (e que não podem se tornar autônomas), pois elas são imaturas, inaptas, ignorantes, coagidas ou exploradas. Crianças, indivíduos irracionalmente suicidas e dependentes de drogas são exemplos disso. Aqueles que, como nós, defendem ardorosamente os direitos de autonomia na ética biomédica nunca negaram que algumas formas de intervenções são justificadas caso as pessoas sejam substancialmente não-autônomas e não possam se tornar autônomas para decisões específicas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.145-146).

Insta salientar que a autonomia no âmbito das decisões em saúde não pode ser considerada apenas sob a perspectiva negocial (SÁ; NAVES, 2009), e sim deve ser analisada em conformidade com a dignidade do ser humano, aliando a noção de responsabilidade e proteção, sobretudo quando diante de população vulnerável.

Para Sidney Madruga (2013, p. 111), “o componente da dignidade humana que se encontra relacionado com a deficiência é a autonomia que pode ser entendida como espaço próprio, irrestrito, de eleição livre e pessoal do ser humano”. E essa garantia à autonomia pessoal das pessoas com deficiência passa necessariamente pela superação de barreiras estruturais impostas a elas que as impedem de ascender a diversos aspectos da vida social e exercer seus direitos.

Por fim, a concepção de autonomia apresentada, bem como o respeito à dignidade revela que a pessoa surda que faz uso da LIBRAS, por ser autônoma, as suas escolhas autônomas não devem ser ignoradas quando a sua forma de manifestação for diversa de um examinador de uma dada pesquisa, que se comunique através da fala. Pessoas surdas e pessoas com perda auditiva, não autônomas porque não desenvolveram a linguagem adequadamente, independentemente da causa, possuindo dificuldades de compreensão, quando expostas a qualquer situação de escolha, devem obter um tratamento diferenciado justificado pela face positiva do princípio do respeito à autonomia e do princípio da vulnerabilidade, a fim de que, com isso, estas pessoas sejam incluídas e não discriminadas.

4 CAPACIDADE CIVIL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Na ciência jurídica, a capacidade decisória do sujeito de pesquisa está atrelada ao conceito de capacidade de fato.

Antes de explorar o tema, é importante diferenciar personalidade de capacidade. Enquanto a personalidade é generalizante, reconhecida como valor jurídico atribuído a todos os seres humanos, e também aos grupos, exprimindo a ideia de aptidão genérica, a capacidade jurídica concerne à possibilidade daqueles que são dotados de personalidade a praticarem pessoalmente os atos da vida civil (FARIAS, 2007).

Marcos Bernardes de Mello (2008, p.99) afirma ainda que “nada pode, juridicamente, ser relacionado a alguém, pessoa ou outro ente qualquer, que não seja titular de capacidade jurídica”. Para ele, a capacidade jurídica ou de direito é a mais importante de todas as capacidades e se refere à aptidão que o ordenamento atribui às pessoas, em geral, e a certos entes. Refere que quem não possui capacidade jurídica não manifesta vontade que possa integrar suporte fático de um ato jurídico. Além disso, descreve que existem capacidades jurídicas específicas, por exemplo, legitimação hereditária, e que a falta delas implica, em geral, invalidade do ato jurídico enquanto que a ausência da capacidade jurídica em sentido amplo importa inexistência.

Lívia Phitan, Fabrício Bernardes e Luis Alberto Pires Filho (2005) dividem a capacidade em duas espécies: a capacidade de direito e a capacidade de fato. A capacidade de direito ou de gozo é aquela que não pode ser recusada ao indivíduo, pois é ínsita a quem possui personalidade jurídica, já que se define como sendo a aptidão genérica para aquisição de direitos e deveres. A capacidade de direito se inicia com o nascimento com vida.

Já a capacidade de fato ou de exercício é a aptidão para exercer por si os atos da vida civil, dependendo, portanto, do discernimento, cujo critério será aferido, sob o prisma jurídico, pela aptidão que tem a pessoa de distinguir o lícito do ilícito, o conveniente do prejudicial.

Porém, a capacidade de fato pode sofrer restrições legais quanto ao seu exercício, mas não à titularidade de direitos, pela ocorrência de um fato genérico, como o tempo, por exemplo, a menoridade, ou por um problema que afete o discernimento da pessoa.

A incapacidade advém da lei, por isso, é uma restrição legal ao exercício dos atos da vida civil. Os absolutamente incapazes estão descritos no art. 3º do Código Civil de 2002

(CC/2002), e não podem praticar pessoalmente atos da vida civil, sob pena do mesmo ser nulo, pois quem deverá fazê-lo é o seu representante legal (pais tutor ou curador).

Já os relativamente incapazes estão descritos no art. 4º do CC/2002, e podem praticar pessoalmente atos da vida civil, porém deverão ser assistidos por seu representante legal (pais tutor ou curador), sob pena do mesmo ser anulável, conforme previsão do art. 171, I, do CC/2002, contado de quando cessar a incapacidade.

As pessoas são, a priori, capazes e podem, assim, praticar os atos e negócios por si mesmas. Como ensina Caio Mário da Silva Pereira (2005, p.142), “a capacidade é a regra e a incapacidade a exceção”.

Com relação à menoridade, a incapacidade cessa em dois casos: quando o menor completar 18 anos, ou seja, atingir a maioridade e quando ocorrer a sua emancipação, nas formas previstas no art. 5º do CC/2002. Este artigo fixa que aos dezoito anos completos acaba a menoridade, ficando habilitado o indivíduo para todos os atos da vida civil, desde que não seja incapaz por outro fato.

De acordo com o disposto no artigo 2º do CC/2002, a personalidade civil adquire-se no momento do nascimento com vida. A pessoa surda ou pessoa com perda auditiva quando nasce é, face à ordem jurídica brasileira, uma pessoa em sentido jurídico, uma vez que goza de personalidade jurídica, a qual consiste na aptidão para ser titular autônomo de relações jurídicas.

O reconhecimento da personalidade jurídica a todo o ser humano, a partir do momento do nascimento com vida, decorre da aceitação de que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Tal reconhecimento implica que a criança com deficiência, pelo simples fato de ser sujeito de direito, seja necessariamente titular de um círculo mínimo de direitos de personalidade, como sejam o direito à vida, à integridade moral e física, à identidade pessoal. Logo, a pessoa surda ou com perda auditiva é pessoa em sentido jurídico e goza de capacidade jurídica.

No entanto, a noção de personalidade jurídica diferencia-se da capacidade jurídica. Enquanto aquela é observada ou não, não se podendo ser mais ou menos pessoa, a capacidade jurídica é susceptível de medida e admite limitações.

O Código Civil estabelece, taxativamente, no art. 3º, as situações de incapacidade absoluta de exercício de direitos e no art. 4º as hipóteses de incapacidade relativa.

Portanto, toda pessoa quando nasce é pessoa em sentido jurídico, que não deixa de o ser pelo fato de nascer com alguma deficiência auditiva, independentemente do grau do comprometimento.

Com base nesse raciocínio, é possível perceber que, à luz da norma jurídica, o critério etário é o ponto de partida para estabelecer a capacidade decisória.

É irrelevante, conforme assevera Mônica Aguiar (2012), para o ordenamento jurídico, se a maturidade do indivíduo foi alcançada em momento diverso da maioridade legal. Considera-se esse patamar etário, definido legalmente, em razão da necessidade de oferecer à sociedade segurança jurídica.

Tom Beauchamp e James Childress (2011, p.155) anunciam a função de “porteiro” da capacidade, que consiste na necessidade de classificação das pessoas numa ou noutra classe, quais sejam, capazes e incapazes. Com isso, as pessoas não são mais ou menos capazes, ainda que realizem as tarefas que determinam a capacidade de forma melhor ou pior. Acima do limiar, as pessoas são igualmente capazes; abaixo dele, são igualmente incapazes. Os porteiros testam para determinar quem está acima e quem está abaixo da marca.

Então, o que ocorre é que as pessoas surdas ou com perda auditiva seguem a regra geral que é a da capacidade ao atingir a maioridade civil e deve haver observância do respeito a essa maioridade. Esta consideração não é excessiva, mesmo com a segurança jurídica da norma, ela faz-se necessária porque a sociedade por ter dificuldade em aceitar a diferença acaba por discriminar, marginalizar e colocam as pessoas com deficiência numa posição de inferioridade, interferindo no exercício da capacidade desse grupo, e esta atitude deve ser coibida.

Além do reconhecimento da capacidade das pessoas com deficiência, tanto daquelas surdas como das com perda auditiva, outras ponderações devem ser consideradas. A primeira delas, é que não se pode ignorar a hipótese de incapacidade absoluta em que, de fato, pode se encaixar uma pessoa com deficiência auditiva, ou seja, quando esta pessoa, mesmo por causa transitória, não puder exprimir sua vontade, consoante previsão do inciso III do art. 3º do CC/2002. Isso porque não foi possível o aprendizado de nenhuma forma de comunicação, linguagem oral, escrita, ou LIBRAS. Salienta-se, mais uma vez, que o fato da pessoa surda se comunicar através da LIBRAS, não significa que ela não possa exprimir sua vontade, ela apenas o faz de maneira diferente.

A segunda observação pertinente refere-se ao cuidado que as pessoas devem ter no âmbito das decisões em saúde de observar as circunstâncias em que os pacientes ou os sujeitos de pesquisa estão submetidos e que podem torná-los mais ou menos competentes. A capacidade circunstancial, pessoas mais ou menos competentes. A pessoa com deficiência auditiva capaz pode apresentar uma dificuldade em realizar uma escolha sobre uma terapia, mesmo após as informações fornecidas por um médico, por estar emocionalmente abalado com a notícia da doença ou, no caso de uma pesquisa, por não ter instrução para compreender questões mais elaboradas. Tom Beauchamp e James Childress (2011, p. 154) anunciam que “algumas vezes, uma pessoa capaz, em geral competente na escolha de meios apropriados para alcançar os objetivos que definiu, agir de maneira incompetente numa circunstância específica”.

Isso pode acontecer, de acordo com Mônica Aguiar (2012), pois, “ainda quando capazes, podemos estar, excepcionalmente ou não, em um estágio de tal vulnerabilidade que nos impeça ou dificulte a prática de atos referentes à saúde”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, essa discussão sobre autonomia e capacidade traz à tona reflexões sobre o Direito, devido às implicações jurídicas, bem como ao exercício civil das pessoas com deficiência e direitos humanos, e sobre a Bioética, pois, como aduzem Jorge José Ferrer e Juan Carlos Álvarez (2005), é considerada como ciência que busca promover a responsabilidade das pessoas, proporcionando a sensibilidade necessária para avaliar determinados valores, bem como a melhoria das atitudes dos indivíduos em seus diferentes papéis: como cidadão, como jurista, como profissional de saúde, entre outros.

Conforme leciona Rosselló (2002, p. 113):

la responsabilidad ética parece ser uno de los cimientos incuestionables. Si el interlocutor no interviene responsablemente y no integra in su discurso La responsabilidad que tiene frente al prójimo, entonces su discurso no tiene mínimo requisito para seu considerado ético.

Constata-se, através da observação da realidade, que a questão das pessoas com deficiência auditiva não está desvinculada do contexto geral da sociedade em que vivemos e que tanto preza pela autonomia e independência.

A abordagem sobre a distinção entre as pessoas com deficiência auditiva contribuiu para o entendimento de que a pessoa surda ao se aproximar da cultura surda e ao adotar a língua de sinais em sua comunicação pauta-se em valores e ao se expressar de modo diferente da língua oral seus direitos e garantias devem ser respeitados tanto quanto aquelas pessoas com perda auditiva que se comunicam por meio da fala.

As pessoas com deficiência, pessoas surdas ou com perda auditiva, são autônomas e capazes. Estes conceitos, como visto, não devem ser confundidos. É preciso não centrar o olhar sobre a deficiência e perceber o indivíduo como pessoa com suas potencialidades, conscientizando-se da necessidade de inclusão social. No campo biomédico, a decisão de uma pessoa deve ser considerada, independentemente da sua forma de expressão. O dever do interlocutor, médico ou pesquisador é a de buscar simetria na relação com a pessoa com deficiência auditiva, respeitando sua autonomia.

A possibilidade de redução da autonomia e da capacidade de escolha nas pessoas com deficiência auditiva pode ocorrer como também ocorre em pessoas sem deficiência. Vale analisar as circunstâncias, caso a caso, e na medida do possível possibilitar através de ação positiva a autodeterminação dos indivíduos.

Diante do exposto, em resposta a problematização oferecida neste trabalho sobre a autonomia, capacidade e o critério legal que confere a capacidade civil, entende-se que é preciso reconhecer as pessoas com deficiência auditiva como sujeitos de possuem autonomia e capacidade, levando-se em conta a ótica da diferença e da inclusão social, afastando a cultura paternalista e a discriminação. Ao avaliar caso concreto, médicos, pesquisadores devem ajustar seus procedimentos aos mecanismos disponíveis para garantir a proteção desse grupo, respeitando sua autonomia e singularidades para promover uma melhor adequação ética na condução dos dilemas existentes.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário Filosófico**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- AGUIAR, Mônica. **Direito à Filiação e Bioética**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005.
- _____. 2002+10. Para além a capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. *In*: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. **Temas relevantes do Direito Civil Contemporâneo. Reflexões sobre os 10 anos**. São Paulo: Atlas/IDP, 2012.
- ARAÚJO, Ana Laura Vallarelli Gutierrez. Biodireito Constitucional: uma introdução. *In*: GARCIA, Maria; GAMBA, Juliane Caravieri; MONTAL, Zelia Cardoso (coords.). **Biodireito Constitucional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 291-329.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Bioética Médica**. 2 ed. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
- BELLINO, Francesco. **Fundamentos da Bioética**: Aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1993. Cap. 1.
- BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro; SPEZIA; Carlos Humberto; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pessoas com deficiência e políticas públicas no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.
- BEVILACQUA, M. C; FORMIGONI, G. M. **Audiologia Educacional**: Uma Opção Terapêutica para a Criança Deficiente Auditiva. 3ª ed. São Paulo: Pró-Fono, 2003.
- BRASIL. **Código Civil**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002.
- CARTILHA DO CENSO 2010. **Pessoas com Deficiência**. Luiza Maria Borges Oliveira. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.
- CBPAI. **Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas da Infância**. Resolução 01/99. Disponível em: <<http://www.gatanu.org/gatanu/cbpai.php>> Acesso em 07 jul. 2013.
- CDPD. 2007. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo

nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

CORVERA, J.; GONZALEZ, F. Psicodinamica de la Sordera. **Gaceta Medica de Mexico**. 2000, 136 (2): 139-51.

DAVIS, H.; SILVERMAN, S. R. Auditory Test Hearing Aids. In: DAVIS, H.; SILVERMANN, S. R. **Holt Rinehart and Winston Hearing and Deafness**, 1970.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil: Teoria Geral**. 6.ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para Fundamentar a Bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FROTA, S. Avaliação Básica da Audição. In: Frota, S. **Fundamentos em Fonoaudiologia: Audiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GUILHERM, Dirce; DINIZ, Débora. **O que é ética em pesquisa**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

GURGEL, Wildoberto B. O que é mesmo Bioética? In: **Meio Ambiente, Direito e Biotecnologia**. Curitiba: Juruá, 2010. Cap. 31.

IORIO, M. C. M. Próteses Auditivas. In: Frota, S. **Fundamentos em Fonoaudiologia: Audiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

KATZ, J. **Tratado de Audiologia Clínica**. 4ª ed. São Paulo: Manole; 1999.

LOPES FILHO, O. C. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 1997.

MADRUGA, Sidney. **Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos: ótica da diferença e ações afirmativas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MATOS, Gilson Ely Chagas de. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. **Revista Bioética**. Brasília. v.15, n. 2, 2007, p. 196-213.

MELLO, Marcos Bernardes de. **Teoria do fato jurídico**: plano da eficácia, 1ª parte. 4.ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2008.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição e princípio. *In*: BARCHIFONTAINE, C.; ZOBOLI, E. (orgs.). **Bioética, Vulnerabilidade e Saúde**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência da Organização Mundial de Saúde de 2011**. World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PEREIRA, André Gonçalo Dias Pereira. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudo de Direito Civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. Cap. 1.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

PHITAN, Livia Haygert; BERNARDES, Fabrício Benites; PIRES FILHO, Luis Alberto B. Simões. Capacidade decisória do paciente: Aspectos jurídicos e bioéticos. *In*: GAUER, Gabriel José; ÁVILA, Gerson; NORONHA DE ÁVILA, Gustavo (Orgs). **Ciclo de Conferências em Bioética I**. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2005, p.121-137.

PINO, Angel. O biológico e o cultural nos processos cognitivos. *In*: MOTIMER, Eduardo Fleury; SMOLKA, Ana Luisa Bustamante (orgs.). **Linguagem Cultura e Cognição: reflexões para o ensino e a sala de aula**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

QUADROS, Ronice Müller de; CRUZ, Carina Rebello. Aquisição e desenvolvimento da linguagem da criança surda. *In*: QUADROS, Ronice Müller de; CRUZ, Carina Rebello. **Língua de Sinais**: Instrumentos de avaliação. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Editora Del Rey, 2009.

SIGOLO, C. **Da suspeita a intervenção em surdez: caracterização deste processo na região de Campinas/SP** [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

SKLIAR, Carlos. **A surdez**: um olhar sobre as diferenças. 6 ed. Porto Alegre: Editora Mediação, 2013.

STROBEL, Karin L. História dos Surdos: representações “mascaradas” das identidades

surdas. *In: Estudos Surdos II*. Rio de Janeiro: Arara Azul, 2007.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo, Martins Fontes, 1984.

YOSHINAGA-ITANO, C. et al. **Language of Early- and Later identified Children With Hearing Loss**. *Pediatrics*. 1998, 102 (5): 1161-71.

ZENARI, C. P.; MORETTO, M. L. T; NASRALLA, H. R.; GAVIÃO, A. C. D.; DE LUCIA, M. C. S.; BENTO, R. F.; MINITTI, A. Aspectos Psicológicos de indivíduos portadores de surdez profunda bilateral candidatos ao implante coclear. **Arq Otorrinolaringol**. 2004, 8 (2): 142-8.