

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Soraya Bianca Reis Duarte

VALIDAÇÃO DO WHOQOL-BREF/LIBRAS
PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SURDAS

GOIÂNIA
JUNHO DE 2016

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ Dissertação ☒ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Soraya Bianca Reis Duarte

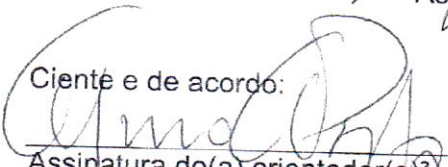
Título do trabalho: Validação do WHOQOL-Bref/Libras para avaliação da qualidade de vida de pessoas surdas.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 12 / 06 / 19

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.
Casos de embargo:

² A assinatura deve ser escaneada.

Soraya Bianca Reis Duarte

**VALIDAÇÃO DO WHOQOL-BREF/LIBRAS
PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SURDAS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto

Coorientadora: Profa. Dra. Neuma Chaveiro

**GOIÂNIA
JUNHO DE 2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Duarte , Soraya Bianca Reis

Validação do Whoqol-Bref/Libras para Avaliação da Qualidade de
Vida de Pessoas Surdas [manuscrito] / Soraya Bianca Reis Duarte . -
2016.

222 f.

Orientador: Prof. Dr. Celmo Celeno Porto; co-orientadora Dra.
Neuma Chaveiro .

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Qualidade de vida. 2. Surdez. 3. Linguagem de sinais . 4.
WHOQOL-Bref. 5. Validade . I. Celeno Porto, Celmo , orient. II. Título.

Ata de Defesa de Tese de Doutorado realizada por **Soraya Bianca Reis Duarte**. Aos dois dias do mês de Junho do ano de 2016 às 14:00 hs, reuniu-se no Anfiteatro da Faculdade de Medicina da UFG a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da defesa de Tese intitulada: "**Validação do WHOQOL-BREF/LIBRAS para avaliação da qualidade de vida de pessoas surdas**", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Doutor, área de concentração **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**. O Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Celmo Celeno Porto**, iniciando os trabalhos concedeu a palavra a candidata, para exposição em até 50 minutos do seu trabalho. A seguir, o Senhor Presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se a mesma igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada(o) ou reprovada(o).

Banca Examinadora

Prof. Dr. Celmo Celeno Porto - Presidente
Profa. Dra. Maria Alves Barbosa - Membro
Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil - Membro
Profa. Dra. Juliana Guimarães Faria - Membro
Profa. Dra. Lizete Malagoni de Almeida C. Oliveira - Membro
Profa. Dra. Mariângela Estelita Barros - Suplente
Profa. Dra. Lisa Valéria Vieira Torres - Suplente

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Aprovada
Aprovada
Aprovada
Aprovada
Aprovada
Aprovada
Aprovada

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Soraya Bianca Reis Duarte** Habilitada(o) (☒) Não habilitada(o) (☐). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof. Dr. Celmo Celeno Porto**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada

Prof. Dr. Celmo Celeno Porto - Presidente
Profa. Dra. Maria Alves Barbosa - Membro
Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil - Membro
Profa. Dra. Juliana Guimarães Faria - Membro
Profa. Dra. Lizete Malagoni de Almeida C. Oliveira - Membro
Profa. Dra. Mariângela Estelita Barros - Suplente
Profa. Dra. Lisa Valéria Vieira Torres - Suplente

Assinatura

[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Tese:

[Assinatura]
Discente: Soraya Bianca Reis Duarte

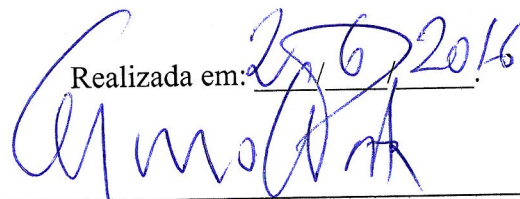
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Soraya Bianca Reis Duarte

VALIDAÇÃO DO WHOQOL-BREF/LIBRAS
PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SURDAS

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

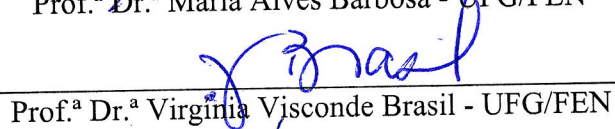
Realizada em: 25/6/2016



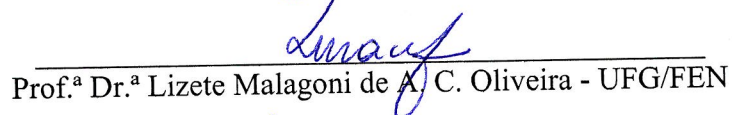
Prof. Dr. Celmo Celeno Porto - UFG
Orientador



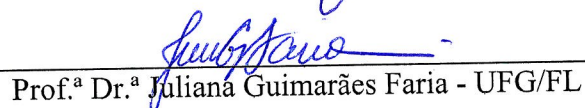
Prof.ª Dr.ª Maria Alves Barbosa - UFG/FEN



Prof.ª Dr.ª Virginia Visconde Brasil - UFG/FEN



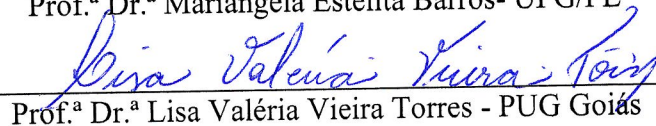
Prof.ª Dr.ª Lizete Malagoni de A. C. Oliveira - UFG/FEN



Prof.ª Dr.ª Juliana Guimarães Faria - UFG/FL



Prof.ª Dr.ª Mariângela Estelita Barros - UFG/FL



Prof.ª Dr.ª Lisa Valéria Vieira Torres - PUG Goiás

GOIÂNIA
JUNHO DE 2016

Não se pode escrever nada com indiferença.

Simone de Beauvoir

*É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver...*

Martin Luther King

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já têm a forma do nosso corpo, esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

*Minha vida, meus sentimentos, minha estética,
todas as vibrações de minha sensibilidade de mulher,
têm, aqui, suas raízes.*

Cora Coralina

Dedico este trabalho...

*À minha avó, Maura Maria dos Reis (in memoriam),
que sempre me impulsionou a colecionar realizações.*

*Aos meus pais, Paulo Fonseca Duarte e Marisa Helena Reis Duarte,
que me ensinaram a persistir em tudo o que eu me propuser a fazer.*

*Ao Dalson, Ana Laura, Victor Hugo e Lara Mônica,
que, com as mais diferentes formas de carinho,
propiciaram-me prosseguir.*

*À comunidade surda, fonte de motivação e inspiração,
na pessoa de Edson Franco Gomes.*

AGRADECIMENTOS

A felicidade aparece para aqueles que choram. Para aqueles que se machucam, para aqueles que buscam e tentam sempre. E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas que passaram por suas vidas.

Clarice Lispector

Se vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes.

Sir Isaac Newton

Vivenciar a caminhada e experienciar o conhecimento me convenceram de que o sublime encontra-se muito mais no caminho que a trajetória proporciona do que nos resultados em si. Venho externar a minha gratidão ao ato estupendo de todos que cursaram, transitaram, percorreram, andaram e correram comigo.

A Deus, que me conduziu em triunfo para a concretização de mais um projeto, revelando-se e fortalecendo-me. “Não te mandei eu? Esforça-te, e tem bom ânimo; não temas, nem te espantes; porque o Senhor teu Deus é contigo, por onde quer que andares” (Josué 1:9).

Aos meus amados filhos, Ana Laura, Victor Hugo e Lara Mônica, que participam com seu amor, carinho, atenção e paciência para que cada uma das minhas conquistas e sonhos possam se concretizar.

Ao meu esposo, Dalson Borges Gomes, amigo e companheiro, exemplo de doação e desprendimento, pelo constante cuidado e estímulo.

À minha mui amada vovó, Maura, que, presente à minha defesa de Mestrado, já torcia para que minha Banca de Doutorado fosse composta por gentis e hábeis mestres. Hoje, em minha lembrança, agradeço o seu carinho e exemplo quando me ensinou as primeiras letras e a fé em Deus.

Aos meus pais, Paulo Fonseca Duarte e Marisa Helena Reis Duarte, que são meu porto seguro, em cujos braços, em meio aos reveses da vida, sou acolhida, deles recebendo o aconchego que me permite reiniciar, esmerar e persistir.

Às minhas irmãs, Rossane Duarte e Leyle Duarte, grandes companheiras, por acreditarem, confiarem e torcerem pelo meu trabalho e por minhas conquistas.

Aos meus sogros, Edson Franco Gomes e Dalva Franco Gomes, pela vivência transcultural que sempre me proporcionaram.

Meu reconhecimento ao apoio e carinho de toda a minha família, em especial, aos sobrinhos Jordana, Marcela, Maria Paula e Luiz Felipe, que me alegram com sorrisos e ternura.

Ao Prof. Dr. Celmo Celeno Porto, meu orientador, que com generosidade e amizade me ensinou e deixou um pouco dele comigo. Reconheço sua dedicação a todos os profissionais que cruzam seus caminhos, em especial ao desenvolvimento dos profissionais da área da Saúde. Sou-lhe grata pelo grande e elegante apoio, capaz de me conduzir com maestria. Agradeço pelo exemplo de vida e profissionalismo.

À Profa. Dr^a. Neuma Chaveiro, minha amiga e coorientadora, pelo carinho, pela acolhida e por dispensar, sem reservas, seus conhecimentos e disponibilidade em dialogar e trocar ideias, além de vivenciar cada passo deste percurso. À sua mãe, Dona Neusa (*in memoriam*), que nos amparava com carinho e deliciosos lanches em longas tardes de estudo.

À Profa. Dr^a. Maria Alves Barbosa, pela ajuda e pelos incentivos constantes. Se ser professora é mostrar o caminho, então, você fez muito mais do que isso, pois caminhou comigo todo o trajeto.

Agradeço à amiga Adriana de Freitas, que construiu comigo cada etapa deste projeto, durante o qual nos apoiamos e semeamos laços de amizade.

Ao Prof. Dr. Marcelo Fleck, que, generosamente, acompanhou, supervisionou e forneceu preciosas sugestões, fortalecendo cada etapa desta construção.

À Profa. Dr^a. Suzi Alves Camey, pela disponibilidade em nos oferecer consultoria psicométrica.

Aos Servidores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS/UFG), por terem me atendido com dedicação e prontidão.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação profissional e pessoal, em especial, aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (PPGCS/UFG), que, por meio de suas disciplinas, promoveram discussões e debates no campo da Saúde e em campos científicos interdependentes.

Aos meus bons e queridos amigos Sílvia S. Calixto, Marcos Calixto e Carlos Henrique Costa, companheiros essenciais em momentos de singular importância durante a pesquisa.

Agradeço aos 311 voluntários que participaram deste estudo, que, de forma tão benevolente, compartilharam parte de suas histórias de vida comigo.

Às Associações de Surdos que, com solicitude e simpatia, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Sebastiana Nogueira, carinhosamente nossa Ni, que há 19 anos nos acompanha com amor e dedicação e, nestes últimos anos, tem sido atenciosa e colaboradora, zelando por minhas

necessidades ao trilhar ao meu lado nesta jornada, tornando esta conquista menos árdua e solitária.

Minha gratidão à equipe de voluntários que participaram como colaboradores da pesquisa: Shirley Vilhalva, Gabriela Otaviano, Janaína Silva, Dalva Franco Gomes, Maralúcia Oliveira, Ênio e Marisley Muller, Divina Maria, Rodrigo Beda e Sílvia de Fátima

Aos meus ex-alunos Paulo Praxedes, Anderson Rodrigues, Socorro Bonifácio, Giselle de Mello e Elaine Cristina Clemente, que muito contribuíram ao sensibilizarem outros amigos para participarem da pesquisa.

Aos alunos e ex-alunos que, mesmo sem saberem, me estimulam, provocam e impulsionam na busca constante do estado da arte de ensinar, partilhar, dividir e acreditar que é possível tocar suas vidas não só pelo conteúdo, mas pelos vieses do humano e da fé.

À Faculdade de Letras-Libras da UFG, na pessoa de sua Coordenadora Neuma Chaveiro, e ao Colégio Agostiniano, na pessoa do seu diretor Pe. Cesar Rafael Rodrigues, que gentilmente, cederam seus laboratórios de multimeios para realização de etapas da pesquisa.

À Banca Examinadora, por ter aceito o convite e por todas as preciosas contribuições.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG), pela liberação concedida durante um ano e meio para cursar o doutorado.

*Porque cada um, independente das habilitações que tenha,
ao menos uma vez na vida
fez ou disse coisas muito acima da sua natureza e condição,
e se a essas pessoas pudéssemos retirar do quotidiano pardo
em que vão perdendo os contornos,
ou elas a si próprias se retirassem de malhas e prisões,
quantas mais maravilhas seriam capazes de obrar,
que pedaços de conhecimento profundo poderiam comunicar,
porque cada um de nós sabe infinitamente mais do que julga
e cada um dos outros infinitamente mais
do que neles aceitamos reconhecer.*

*José Saramago
(A Jangada de Pedra, 1986)*

RESUMO

DUARTE, S. B. **Validação do WHOQOL-Bref/Libras para avaliação da qualidade de vida de pessoas surdas**. 2016. 222 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

Com o constante crescimento populacional e com o aumento da expectativa de vida, cresce, proporcionalmente, o número de pessoas com deficiência, dentre elas, pessoas com comprometimento auditivo e surdez. O estudo das consequências da surdez pode ser balizado pela avaliação da qualidade de vida e pelo uso de classificações internacionais de doenças e de funcionalidades. Não há, contudo, instrumentos já validados de avaliação de qualidade de vida das pessoas surdas. Daí, a necessidade da validação de um instrumento de avaliação que considere as características da Língua Brasileira de Sinais (Libras) e as peculiaridades culturais e identitárias do povo surdo. Neste sentido, esta investigação tem por finalidade validar as propriedades psicométricas do *WHOQOL-Bref/Libras*, um instrumento para aferir a qualidade de vida de pessoas surdas que se comunicam por meio de Libras. Além do estudo exploratório, é realizada uma pesquisa de campo, de abordagem quantitativa e de corte transversal, embasada na teoria da Psicometria clássica, adotando, ainda, a metodologia de validação proposta pela Organização Mundial da Saúde. Os sujeitos da pesquisa são pessoas surdas, adultas, com faixa etária entre 18 e 65 anos e que se comunicam por meio de Libras. A amostra abrange 311 pessoas surdas oriundas de segmentos sociais diversos, em todo o território nacional. A coleta de dados é feita por meio de um questionário sociodemográfico e da aplicação do próprio instrumento a ser validado, reunidos em um *software*, uma vez que o instrumento *WHOQOL-Bref/Libras* apresenta as questões aos respondentes na forma de vídeos, armazenando suas respostas em um banco de dados. Os resultados evidenciam valores psicométricos satisfatórios para **confiabilidade, consistência interna e estabilidade temporal do instrumento**; validade discriminante para as variáveis **anos de estudos, sexo e renda mensal**, mas não para a variável **idade**; e validade de construto eficiente para a variável **percepção de saúde**. Embora se reconheça a necessidade de ampliação dos estudos nesta área, pode-se considerar o *WHOQOL-Bref/Libras* um instrumento com qualidades psicométricas satisfatórias, sendo válido para ser utilizado em estudos que avaliam a qualidade de vida de pessoas surdas que se comunicam por meio de Libras.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Surdez. Linguagem de sinais. WHOQOL-Bref. Validade.

ABSTRACT

DUARTE, S. B. **Validation of the WHOQOL-Bref/Libras for assessing the quality of life of the deaf**. 2016. 222 p. Thesis (Doctorate in Health Sciences) – Faculty of Medicine, Federal University of Goiás, Goiânia, 2016.

With the constant growth of the population and life expectancy, the number of persons with disabilities grows proportionally, among them people with hearing impairment and deafness. The study of the consequences of deafness may be based on the assessment of the quality of life and by the use of international classifications of diseases and of functioning. There are not, otherwise, validated instruments for assessment of the quality of life of the deaf. Hence, the need for validation of an assessing instrument that takes into account the characteristics of the Brazilian Sign Language (Libras) and the identity and cultural peculiarities of the deaf. Thus, the objective of this research is to validate the psychometric properties of the WHOQOL-Bref/Libras, an instrument to assess the quality of life of the deaf who communicate through Libras. In addition to the exploratory study, it's held a field research, of quantitative and cross-sectional approach, based on the theory of classical Psychometrics. We adopted yet the validation methodology proposed by the World Health Organization. The subjects of the research are mature deaf people, with ages between 18 and 65 years, and that communicate through Libras. The sample covers 311 deaf people from different social segments of the five main regions of Brazil. Data collection is done by means of a demographic survey and the application of the instrument itself to be validated, both recorded in a software, since the WHOQOL-Bref/Libras instrument presents questions to respondents in the form of videos, storing their answers into a database. Results show satisfactory psychometric values for **reliability, internal consistency and temporal stability of the instrument**; discriminant validity for the variables **years of study, sex and monthly income**, but not for the **age** variable; and efficient construct validity for the variable **perception of health**. Although recognizing the need for expansion of studies in this area, we can consider the WHOQOL-Bref/Libras an instrument with satisfactory psychometric qualities, valid for use in studies to assess the quality of life of deaf people who communicate through Libras.

Keywords: Quality of life. Deafness. Sign language. WHOQOL-Bref. Validity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Exemplos de pares mínimos em Libras.....	29
Figura 2 – Configurações manuais da Libras já catalogadas.....	30
Figura 3 – Sinais que se diferem pela configuração manual (CM)	31
Figura 4 – Espaço de realização dos sinais.....	31
Figura 5 – Sinais que se distinguem pelo movimento (M).....	32
Figura 6 – Sinais que se diferenciam pelo ponto de articulação/localização	33
Figura 7 – Orientações da palma da mão	34
Figura 8 – Exemplo de expressões não manuais	35
Figura 9 – Visão superior do cérebro humano.....	42
Figura 10 – Lobos cerebrais e cerebelo	42
Figura 11– Áreas responsáveis pelo funcionamento da linguagem.....	43
Figura 12 – Trajetória histórica de luta das pessoas com deficiência.....	64
Figura 13 – Modelo de funcionalidade da CIF	74
Figura 14 – Estrutura hierárquica da CIF	77
Figura 15 – Técnicas para verificar a fidedignidade/confiabilidade dos instrumentos de medição.....	92
Figura 16 – Técnicas de validação de instrumento de medida para a coleta de dados.....	95
Figura 17 –Resultado da análise fatorial confirmatória.....	136

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representatividade da amostra por regiões	122
Gráfico 2 – Perfil sociodemográfico da amostra	126

QUADROS

Quadro 1 – Tipos de abordagem do conceito de QV	57
Quadro 2 – Códigos da CID para as doenças do ouvido	71
Quadro 3 – Instrumentos genéricos para avaliação da QV	82
Quadro 4 – Características dos instrumentos de avaliação da QV utilizados pela OMS	83

Quadro 5 – Estrutura dos instrumentos <i>WHOQOL-100</i> e <i>WHOQOL-Bref</i>	85
Quadro 6 – Escala de resposta tipo Likert utilizada nos instrumentos da família <i>WHOQOL</i>	86
Quadro 7 – Logística para padronização dos valores nas escalas de respostas	86
Quadro 8 – Domínios, facetas e questões do <i>WHOQOL-Bref</i>	87
Quadro 9 – Tipos de validades	94
Quadro 10 – Índices de ajuste da AFC utilizados	100
Quadro 11 – Projetos desenvolvidos pelo Grupo <i>WHOQOL-Libras</i>	102
Quadro 12 – Etapas da pesquisa	104
Quadro 13 – Quadro com a síntese da revisão bibliográfica - Livros	106
Quadro 14 – Quadro com a síntese da revisão bibliográfica – Capítulos de livros.....	108
Quadro 15– Quadro com a síntese da revisão bibliográfica – Artigos.....	109
Quadro 16 – Quadro com a síntese da análise documental	114
Quadro 17 – Dados da análise qualitativa da validade aparente	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consistência interna dos domínios por Alfa de cronbach do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> da população amostral surda que usa Libras (n=311).....	127
Tabela 2 – Comparação entre os escores por Domínio do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> da população amostral surda (n = 52)	128
Tabela 3 – Coeficiente de correlação dos escores dos diferentes domínios entre o teste e o reteste do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> da população amostral surda que usa Libras (n = 52)	129
Tabela 4 – Validade de construto do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> em relação ao estado de saúde da população amostral surda que usa Libras (N=311)	131
Tabela 5 – Validade discriminante do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> para variável idade.....	132
Tabela 6 – Validade Discriminante do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> para variável anos de estudos	132
Tabela 7 – Validade Discriminante do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> para a variável sexo.....	133
Tabela 8 – Validade discriminante do <i>WHOQOL-Bref/Libras</i> para a variável renda mensal.....	134

LISTA DE SIGLAS

AFC	-	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	-	Análise Fatorial Exploratória
ASG	-	Associação dos Surdos de Goiânia
ASL	-	<i>American Sign Language</i>
CCI	-	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CFI	-	Índice de Ajuste Comparativo
CID-10	-	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDID	-	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIDID-2	-	Classificação Internacional das Deficiências, Atividade e Participação
CIF	-	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ	-	Classificação Internacional de Funcionalidade – Crianças e Jovens
CM	-	Configuração Manual
CMIN	-	Qui-quadrado sobre o grau de liberdade
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
d	-	Tamanho de efeito
df	-	Grau de liberdade
ELiS	-	Escrita das Línguas de Sinais
EUA	-	Estados Unidos da América
EUROHIS-QOL	-	<i>European Health Interview Survey-Quality Of Life</i>
HRQL	-	<i>Health Related Quality of Life</i>
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	-	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
ICDH	-	<i>International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps</i>
ICDN	-	<i>International Classification of Impairment, Activities and Participation</i>
ICF	-	<i>International Classification of Functioning, Disabilities and Health</i>
IFG	-	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Libras	-	Língua Brasileira de Sinais

LS	-	Língua de Sinais
LSs	-	Línguas de Sinais
NFI	-	Índice de Ajuste Normalizado
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OSV	-	Objeto-Sujeito-Verbo
PPGCS/UFG	-	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Goiás
PUC Goiás	-	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
QLDS	-	<i>Quality of Life Depression Scale</i>
Q-LES-Q	-	<i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire</i>
QOLI	-	<i>Lehman Quality of Life Interview</i>
QV	-	Qualidade de vida
QVRS	-	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RMSEA	-	Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação
SBQOL	-	<i>Smithkline Beechman Quality of Life Scale</i>
MOS-SF-36	-	<i>Medical Outcomes Study – Short Form</i>
SLDS	-	<i>Satisfaction with Life Domain Scale</i>
SOB	-	Sujeito-Objeto-Verbo
SPSS	-	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SVO	-	Sujeito-Verbo-Objeto
TLA	-	Técnica de Leitura Analítica
UFG	-	Universidade Federal de Goiás
UFRGS	-	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
URSS	-	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHOQOL	-	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-8	-	<i>World Health Organization Quality of Life-8</i>
WHOQOL-Bref	-	<i>World Health Organization Quality of Life-Bref</i>
WHOQOL-Children	-	<i>Quality of Life Measure for Children</i>
WHOQOL-DIS	-	<i>World Health Organization Quality of Life - Disability</i>

WHOQOL-Group - *World Health Organization Quality of Life Group*
WHOQOL-HIV - *World Health Organization Quality of Life - Human Immunodeficiency*
WHOQOL-Libras - *World Health Organization Quality of Life - Libras*
WHOQOL-Old - *World Health Organization Quality of Life- Old*
WHOQOL-Pain - *World Health Organization Quality of Life - Pain*
WHOQOL-SRBP - *World Health Organization Quality of Life - SRBP*
WHOQOL-100 - *World Health Organization Quality of Life - 100*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS	25
1.1 Aspectos linguísticos da Língua Brasileira de Sinais	26
1.1.1 Fonologia	27
1.1.2 Morfologia	36
1.1.3 Sintaxe	39
1.2 Aspectos neurais das línguas de sinais	41
2 QUALIDADE DE VIDA.....	47
2.1 Os filósofos e a arte do bem viver.....	47
2.2 O conceito de qualidade de vida.....	53
2.3 Qualidade de vida das pessoas surdas	57
2.4 A inclusão do surdo na assistência à saúde	59
2.5 As classificações CID-10 e CIF na perspectiva da pessoa surda	66
2.6 A CID-10 e o modelo biomédico	70
2.7 A CIF e o modelo biopsicossocial	73
2.8 Implicações dos modelos propostos no atendimento a pessoas surdas	77
3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	81
3.1 Tipos e características	81
3.2 Critérios para validação.....	88
3.2.1 Confiabilidade	91
3.2.2 Validade.....	94
3.3 O grupo de pesquisa WHOQOL-Libras	100
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	104
4.1 Detalhamento das etapas	105
4.1.1 Primeira etapa: revisão da literatura	105
4.1.2 Segunda etapa: pesquisa documental	113
4.1.3 Terceira etapa: teste piloto.....	116
4.1.4 Quarta etapa: teste de campo e reteste.....	119
4.1.5 Quinta etapa: tabulação e análise dos dados.....	123
4.1.6 Sexta etapa: discussão dos resultados.....	124
4.1.7 Aspectos éticos	125

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	126
5.1 Confiabilidade.....	127
5.1.1 Consistência interna.....	127
5.1.2 Estabilidade temporal	128
5.2 Validade.....	129
5.2.1 Validade associada ao conteúdo	129
5.2.2. Validade associada ao critério	130
5.2.3 Validade associada ao construto.....	131
5.4 Confronto com dados normativos.....	137
5.5 Observações adicionais	138
CONCLUSÃO.....	141
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	159
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	161
APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA	162
ANEXO A – ARTIGO 1.....	163
ANEXO B – SUBMISSÃO DO ARTIGO 1	188
ANEXO C – NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO 1	189
ANEXO D - ARTIGO 2	195
ANEXO E – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2	215
ANEXO F – COMITÊ DE ÉTICA	218
ANEXO G – WHOQOL-BREF (VERSÃO EM PORTUGUÊS).....	220

INTRODUÇÃO

*Porque sou do tamanho daquilo que vejo,
e não do tamanho da minha altura.*

Carlos Drummond de Andrade

*Grandes realizações não são feitas por impulso,
mas por uma soma de pequenas realizações.*

Vincent Van Gogh

Esta tese faz parte da minha vida pessoal e profissional. A convivência com pessoas surdas me ensinou, desde muito cedo, a compreendê-las e respeitá-las como são e pelo que são. Para mim, surdos são pessoas capazes de apreenderem o mundo por meio de suas capacidades visuais mais alargadas, falam uma língua visuoespacial diferente da minha e seus processos mentais apresentam uma lógica, também, distinta. São pessoas usuárias da Língua Brasileira de Sinais (Libras), enquanto eu utilizo o Português, uma língua oral e escrita. Foi na convivência com alguns surdos que pude perceber que as minhas mãos em movimento no espaço, coordenadas por sequências específicas de modelos manuais, ora em um local, ora em outro, em uma frequência cadenciada de movimentos – um verdadeiro balé aéreo – que eu poderia me comunicar de forma inteligível. Surgiram, então, os meus primeiros sinais intencionais de comunicação com pessoas surdas.

A crescente aquisição do léxico da nova língua foi estimulada pela acolhida que recebi na comunidade da Associação de Surdos da minha querida Goiânia. O fascínio pela língua que toca o ar e nele desenha expressões, capazes de exprimir os mais profundos pensamentos, anseios e desejos, me cativou. À apropriação da Língua Brasileira de Sinais seguiu, naturalmente, o sentimento de pertencimento à comunidade surda a ponto de me perceber, em meus sonhos, me comunicando em Libras – encantadoras e inesquecíveis vivências!

Surdos não são apenas aquelas pessoas com uma disfunção auditiva, que compromete a aquisição, a emissão e a compreensão da língua na modalidade oral/auditiva; surdos são pessoas diferentes, sim, mas não se justificam os preconceitos de que são alvos; e há que se ter na mais alta consideração os contextos biopsicossociais e culturais nos quais as pessoas surdas nascem e se desenvolvem.

Mas é o conhecimento sobre sua realidade e o mundo dos surdos que me faz, dia a dia, reconhecer e acolher a cultura surda como uma autêntica, legítima e original manifestação da sua identidade. Não vejo e não quero tratar as pessoas surdas apenas como um dentre tantos outros segmentos da população. Embora reconheça que sejam minoritários em uma sociedade de ouvintes e estejam territorialmente dispersos, os surdos têm identidade, cultura e língua próprias, o que faz deles um povo, uma nação.

Não por acaso, meus estudos acadêmicos se voltaram para as implicações da surdez na qualidade de vida dessas pessoas, desde as coisas mais banais e corriqueiras do seu cotidiano, até as formas de manifestação dos sentimentos que povoam sua intimidade e das dores que acometem seu corpo. Imaginem o surdo em uma consulta médica ou em uma sessão de terapia em que o profissional de atenção à saúde – cuja referência é a pessoa ouvinte – não dispõe sequer de um canal de comunicação, pois não “fala” a língua dos surdos. Como diagnosticar com precisão, prescrever com exatidão, entender e aconselhar com segurança? Como contribuir para buscar a qualidade de vida das pessoas surdas, nestas circunstâncias?

Além das motivações pessoais, a opção por esta modalidade de investigação guarda estreita relação com minha área de formação e de interesse, pois, há vários anos, atuo no atendimento fonoaudiológico às pessoas surdas, sou proficiente em Libras e convivo com a comunidade surda.

O bem viver já está presente nas preocupações filosóficas desde a antiguidade. No entanto, a expressão qualidade de vida aparece na literatura da área da saúde apenas no século XX quando, em meados da década de 1930, estudos referentes à avaliação da qualidade de vida buscavam por uma definição deste conceito. Décadas depois, nos anos 1950, o termo foi encontrado em estudos da área da saúde, educação e economia. O interesse científico pelo tema continuou ganhando espaço na década de 1970, quando, em decorrência da Segunda Guerra Mundial, pesquisas e relatórios, como os estudos da *President's Commission on National Goals*¹, refletem a necessidade de medidas profiláticas ou preventivas visando ao bem estar e à qualidade de vida individual e social.

Em 1994, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de um grupo de estudos sobre qualidade de vida – o *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group)* – apresentou uma definição conceitual de qualidade de vida que contempla aspectos

¹ Comissão designada, em 1960, pelo presidente dos Estados Unidos, Eisenhower, e presidida pelo educador americano Henry Wriston, com a finalidade de propor um conjunto de objetivos, programas e metas nacionais para a década 1960-1970 (EUA, 1960).

individuais e coletivos, amparando estudos que descrevem a percepção da saúde subjetiva, o perfil epidemiológico, ensaios clínicos, níveis sociais da população e benefícios em saúde (THE WHOQOL GROUP, 1994a).

Ainda nesta perspectiva, a OMS, a partir de então, desenvolveu estudos e criou instrumentos que têm como objetivo avaliar a qualidade de vida tanto das pessoas doentes quanto das saudáveis, preocupando-se com os níveis de equivalência linguístico-culturais destes instrumentos quando traduzidos para outros idiomas. Por isso, é recorrente na literatura referências à importância da validação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde para os mais diferentes idiomas.

Um dos instrumentos mais usados para a avaliação da qualidade de vida é o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*, cuja versão abreviada, o *WHOQOL-Bref*, já foi traduzida e validada para a Língua Portuguesa e traduzida para a Língua Brasileira de Sinais, o *WHOQOL-Bref/Libras*, (CHAVEIRO et al., 2013), instrumento este ainda não submetido ao processo de validação de suas características psicométricas.

Para suprir esta lacuna, a presente investigação tem como propósito submeter o instrumento *WHOQOL-Bref/Libras* ao processo formal de validação, de acordo com os protocolos estabelecidos pela OMS e utilizando critérios estatísticos da psicometria clássica, para avaliar suas qualidades de confiabilidade e validade.

Este estudo se justifica, portanto, por se tratar de um instrumento imprescindível para se mensurar a qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam por língua de sinais, que são, essencialmente, uma linguagem visuoespacial.

Cumpre, porém, adiantar que esta investigação, para validar o *WHOQOL-Bref/Libras*, único *software* de avaliação de saúde em Libras, não é um trabalho isolado e mérito de uma pesquisadora individual. Há mais de dez anos, pesquisadores goianos de diferentes instituições, entre os quais me incluo, têm se dedicado ao desenvolvimento de pesquisas e produtos na busca de soluções para questões enfrentadas pelas pessoas surdas no seu dia a dia. Trata-se do grupo autodenominado WHOQOL-Libras, que se credenciou, por meio das instituições a que pertencem seus integrantes, junto à OMS e ao Centro Brasileiro de Qualidade de Vida da OMS para o Brasil (WHOQOL-Brasil) para traduzir e validar instrumentos para avaliação da qualidade de vida apresentados na Língua Brasileira de Sinais (Libras).

O *WHOQOL-Bref/Libras* foi traduzido para Libras por pesquisadores do Grupo WHOQOL-Libras, possui um formato abreviado que permite rápida aplicação; é

autoadministrado e tem um caráter abrangente. Além disso, afere a qualidade de vida em uma perspectiva transcultural, que possibilita a comparabilidade no âmbito de diferentes culturas.

A supressão da acuidade auditiva desta população, na maioria dos casos, quando não congênita, acontece no período pré-lingual. Contudo, as pessoas surdas apresentam desenvolvimento neurofisiológico específico. Nelas, os estímulos sensoriais que incidem sobre o córtex, atingem outras regiões do cérebro inter-relacionando-as. Essa predisposição possibilita uma reorganização cerebral, que potencializa a capacidade visual dos que são privados da audição. Nesta situação, esse grupo de surdos apresenta uma disposição para línguas na modalidade visuoespacial. Pesquisas no campo da Linguística apresentam semelhanças neurofisiológicas entre as línguas de modalidade visuoespaciais e orais, como também, comprovam que as línguas de sinais possuem os universais linguísticos comuns em todas as línguas.

A presente investigação adota a perspectiva socioantropológica na leitura que faz das pessoas surdas, compreendendo-as como uma minoria linguística, mas que possuem uma cultura própria. Neste trabalho, portanto, palavras ou expressões, como surdos, pessoas surdas, comunidade de surdos, população, povo ou nação surda se referem àqueles e àquelas que fazem parte de uma mesma identidade e cultura, que se expressam por meio de uma língua comum, a Libras – a língua usada por surdos brasileiros para se comunicarem entre si e com o mundo que os cerca. Mais especificamente, este estudo vincula o povo surdo ao contexto dos serviços públicos de saúde, numa perspectiva da qualidade de vida, com vistas a avançar na busca por uma sociedade plenamente acessível e inclusiva, a qual reconheça e respeite as diferenças humanas.

O estudo de qualidade de vida implica na compreensão de seus múltiplos e abrangentes significados, ecoando as experiências, as vivências, os conhecimentos e valores individuais e coletivos. Nesse sentido, para se interpretar o termo qualidade de vida é preciso considerar sua complexidade, nele incluindo as percepções dos sujeitos surdos, os sentimentos que os afetam, sua *performance* nas atividades da vida diária, suas relações sociais, seu contexto sociocultural, as influências do tempo, a conjuntura de sua época, seu estado de espírito e suas condições de saúde.

Há, na literatura especializada, diferentes conceitos de qualidade de vida. Múltiplas e distintas definições ampliam cada vez mais o conceito, abarcando a saúde física e psicológica, as condições de autonomia e independência dos sujeitos, suas relações sociais e com o meio

ambiente, seus desejos e expectativas, seus aspectos biopsicossocioantropológicos, bem como suas crenças e tradições.

No esforço de apreensão do objeto de estudo, procurou-se conhecer os instrumentos de avaliação de qualidade de vida e outros documentos correlatos, na tentativa de identificar e compreender os aportes teóricos em que se fundamentam e as abordagens e práticas que preconizam.

Nesta perspectiva, coloca-se a seguinte **problemática**: como desenvolver instrumentos capazes de fornecer um diagnóstico sobre a qualidade de vida de populações ou de grupos populacionais específicos, como a comunidade de surdos?

O problema a ser resolvido, no entanto, se refere à constatação de que não existem instrumentos, em Libras, que estejam já devidamente validados, para se fazer a avaliação da qualidade de vida da população surda. Frente a essa situação e em respeito a essa população, esta pesquisa toma como seu objeto de estudo a validação do *WHOQOL-Bref/Libras*.

Neste sentido, o **problema a ser investigado** na presente pesquisa pode ser assim formulado: o instrumento *WHOQOL-Bref/Libras* tem características psicométricas de confiabilidade e validade adequadas para a investigação da qualidade de vida de pessoas surdas usuárias de Libras?

São, ainda, **questões norteadoras** desta investigação:

- como a OMS define qualidade de vida?;
- quais são as raízes teóricas que sustentam as classificações de referência da OMS e como elas abordam as pessoas surdas que se comunicam por língua de sinais?
- as características psicométricas do *WHOQOL-Bref/Libras* fazem dele um instrumento confiável e válido para avaliação da qualidade de vida de pessoas surdas?

O **objetivo geral** desta pesquisa é, portanto, validar a versão em Libras do instrumento de avaliação da qualidade de vida *WHOQOL-Bref/Libras*, aferindo suas características psicométricas de confiabilidade e validade, por meio da teoria clássica dos testes.

São **objetivos específicos** desta investigação:

- caracterizar a língua natural das pessoas surdas, destacando os aspectos visuoespaciais da Libras;

- apresentar o conceito de qualidade de vida, a partir das formulações da OMS, relacionando-o com as pessoas surdas;
- analisar, na perspectiva da pessoa surda, os documentos de classificação internacional de doenças (CID-10) e de funcionalidades (CIF), ambos da OMS;
- descrever o desempenho psicométrico do instrumento *WHOQOL-Bref/Libras*.

A compreensão das múltiplas relações que constituem a validação de um instrumento psicométrico tem como pano de fundo as especificidades linguísticas desta população que usa como sua língua natural, a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Esta investigação apoia-se, portanto, nas reflexões sobre os estudos surdos que sustentam os aspectos linguísticos da Língua Brasileira de Sinais, pontuando suas características fonológicas, morfológicas, sintáticas e neurofuncionais, buscando conhecer a situação de participação e inclusão social desta minoria linguística na assistência em saúde.

Trata-se de uma pesquisa de tipologia bibliográfica, exploratória e documental. Para melhor compreender a temática em estudo, foram examinados diversos tipos de publicações referentes à saúde das pessoas surdas que se comunicam pela Libras. A sistematização do conhecimento já produzido sobre línguas de sinais, sobre qualidade de vida e sua avaliação, por meio de instrumentos psicométricos, me conduziu para a análise de dois documentos da OMS: *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)* e *Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF)*, intentando compreender as implicações destes documentos na atenção dispensada à saúde de pessoas surdas e a função que cumpre nesta relação com a comunicação em Libras.

Além do estudo exploratório, foi realizada uma pesquisa de campo, de abordagem quantitativa e de corte transversal, embasada na teoria da psicometria clássica (TPC), com o objetivo de testar a confiabilidade e validade do instrumento em estudo. A coleta de dados foi realizada junto à população de sujeitos surdos, utilizando-se uma amostra estratificada, de acordo com critérios previamente definidos. Os dados para validação foram colhidos por meio da aplicação do *WHOQOL-Bref/Libras*, que teve como respondentes os sujeitos da amostra, todos adultos e surdos. Foram, ainda, utilizados os procedimentos de observação assistemática, com o registro dos comportamentos apresentados pelos sujeitos, sobretudo, durante a aplicação do teste piloto.

O desenvolvimento do trabalho está estruturado nos seguintes capítulos:

O **primeiro capítulo** apresenta sucintamente os aspectos linguísticos e neurofuncionais das línguas de sinais, ressaltando que a Língua Brasileira de Sinais (Libras) é a língua visuoespacial pela qual as pessoas surdas se comunicam entre si e com o mundo que as rodeia.

O **segundo capítulo** apresenta, primeiramente, a visão de vários filósofos sobre os primórdios do conceito de qualidade de vida, e o sentido que o conceito tomou na área médica e da saúde. Em seguida, expõe a fundamentação teórica adotada nesta investigação, analisando as implicações das concepções e modelos que permeiam documentos e instrumentos adotados pela OMS na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas surdas.

O **terceiro capítulo** sistematiza o conhecimento já produzido na perspectiva da criação e validação de instrumentos psicométricos, destacando os mais utilizados pela OMS para avaliação da qualidade de vida e as concepções teóricas nas quais se fundamentam.

O **quarto capítulo** traz o desenho metodológico da pesquisa, descrevendo suas etapas de execução, as atividades desenvolvidas, os procedimentos metodológicos e as técnicas utilizadas na coleta, tabulação e análise dos dados.

No **quinto capítulo** são apresentados os resultados do teste de campo e realizada a discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com outros dados normativos já existentes.

Como resultado, espera-se que o instrumento, uma vez validado, possa se tornar útil, estabelecendo-se como referência de uso na aferição da qualidade de usuários de Libras, e que o estudo realizado sirva de referência para outros trabalhos de validação em diferentes línguas de sinais.

Acompanham esta tese dois artigos para publicação em periódicos da área. O primeiro, *CID-10 e CIF na perspectiva da pessoa surda que se comunica pela língua de sinais*, já submetido para publicação (ANEXOS A, B, C) e o segundo, *Validação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref/Libras* (ANEXOS D, E).

1 A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS

*A superação ocorre quando o cérebro encontra outros meios de fazer a mesma tarefa.
Quando um caminho se perde, outros tendem a se tornar mais fortes.*

Oliver Sacks (2010)

As pesquisas pautadas na visão socioantropológica da pessoa surda compreendem a surdez como uma diferença linguística, construída historicamente nas relações sociais. Neste contexto relacional, as trocas de informações, o intercâmbio de valores, o compartilhar dos conhecimentos, a permuta de crenças, a remodelação dos hábitos, as capacidades adquiridas são mediadas por uma língua visuoespacial e pelo sentimento de pertencer a uma cultura com identidade própria.

Diante desta premissa, este capítulo abre a presente investigação apresentando sucintamente os aspectos linguísticos das línguas de sinais e as especificidades da Língua Brasileira de Sinais (Libras).

Por muito tempo o estudo da surdez foi realizado pela área médica. Durante a década de 1980, a surdez despertou o interesse de pesquisadores, não obstante cada profissional ter se dedicado a um tema específico. A falta de trabalhos interdisciplinares fez com que as pesquisas acontecessem de forma pulverizada, dificultando a visão integral do sujeito com surdez. A grande maioria desses estudos foi fundamentada no modelo biomédico organicista do desenvolvimento humano (SANTANA, 2007).

Ao pensar no desenvolvimento humano, há que se considerar o indivíduo constituído historicamente por relações sociais permeadas pela linguagem. Segundo Vygotsky (1984), a linguagem tem função social ao possibilitar a comunicação entre os homens e seu meio circundante. Luria (1988), afirma que é pela linguagem que o homem se torna um agente ativo em seu meio social, pois é pelo exercício linguístico que ele se desenvolve e se organiza. Lacerda (1998a, p. 62) corrobora com os autores anteriores ao afirmar que:

É dentro dos processos comunicativos que o homem troca informações, dissemina seus conhecimentos, traz consigo o saber, os valores, as normas de conduta, as experiências organizadas pelos antepassados, participando desde o nascimento, no processo de formação do psiquismo.

A linguagem é o instrumento mediador das relações humanas e dessas com os objetos inscritos em seus contextos socioculturais.

É pela linguagem e na linguagem que se podem construir conhecimentos. É aquilo que é dito, comentado, pensado pelo indivíduo e pelo outro, nas diferentes situações, que faz com que conceitos sejam generalizados, sejam relacionados, gerando um processo de construção de conceitos que vão inferir de maneira contundente nas novas experiências que este indivíduo venha a ter. Ele se transforma através desses conhecimentos construídos, transforma seu modo de lidar com o mundo e com a cultura e essas experiências geram outras num ‘continuum’ de transformações e desenvolvimento (LACERDA, 1998a, p. 63).

A comunicação flui quando os envolvidos utilizam recursos linguísticos comuns, pois o intercâmbio de informações acontece por sistemas simbólicos que materializam o pensamento em signos. O conjunto organizado de signos torna-se um sistema linguístico – a língua – que pode ser partilhado pelos integrantes de uma mesma comunidade (LACERDA, 1998a). Para que a comunicação dialogada aconteça entre pessoas, é primordial que estejam unidas pela singularidade linguística e pertençam a uma sociedade na qual se estabelecem as relações pessoais (BAKHTIN, 1990).

O desenvolvimento da linguagem perpassa pelos fatores biológicos (filogenéticos) e sociais (ontogenéticos) e é pela utilização de ambos os fatores que se constroem e se desenvolvem as capacidades intelectuais superiores e específicas dos seres humanos (LEONTIEV, 1978).

Toda transmissão do acervo de conhecimento para as próximas gerações é realizada essencialmente nas interações socioculturais. As vivências coletivas produzem um movimento dinâmico de transformação do ambiente social e de adaptações do homem ao contexto. Essa interação, propiciada pelas experiências humanas, tem papel fundamental na formação do sujeito, pois permite o desenvolvimento das funções e aptidões psíquicas superiores (VYGOTSKY, 1988).

As relações sociais estão ancoradas na linguagem e conhecer os fundamentos biológicos da cognição e da linguagem humana permite melhor compreensão sobre os aspectos linguísticos dos estudos da surdez.

1.1 Aspectos linguísticos da Língua Brasileira de Sinais

A linguística é a ciência que estuda toda e qualquer manifestação da linguagem humana. Ela se apropria de fundamentação teórica para realizar observações, descrições e explicações geridas por métodos científicos adequados (CRYSTAL, 2010).

A partir dos trabalhos de Stokoe (1978), as línguas de sinais (LSs) foram reconhecidas como um sistema linguístico semelhante aos sistemas das línguas faladas. Essas línguas

nasceram da necessidade que o povo surdo tem de se comunicar e foram transmitidas de geração em geração; portanto, foram criadas coletivamente. Os canais de transmissão e recepção utilizados pelas línguas de sinais são visuoespaciais e os seus equivalentes nas línguas orais são os aparelhos fonador e auditivo. As LSs possuem uma gramática com estrutura complexa, a qual lhes permite gerar, de um número finito de elementos, possibilidades de significados infinitos.

Convém reforçar que a estrutura gramatical das LSs é diferente e autônoma quando comparada com a das línguas orais. No caso do Brasil, os surdos usam a Libras para expressar suas ideias visuoespaciais do mundo que os cerca. É importante destacar que a Libras não é a Língua Portuguesa concebida pelas mãos (BRITO, 1997).

Antes da década de 1990, os estudos, enraizados na necessidade de se comprovar o *status* linguístico das LSs, buscavam encontrar as semelhanças entre as línguas orais e as línguas de sinais e se amparar na detecção dos universais linguísticos comuns. Quadros e Shmiedt (2006, p. 168) afirmam que

a partir da década de 90, iniciaram-se investigações com o intuito de identificar não apenas o que era ‘igual’, mas também o que era ‘diferente’ com o objetivo de enriquecer as teorias linguísticas atuais. A pergunta que antes era ‘Como a linguística se aplica às línguas de sinais ou dá conta das línguas de sinais?’ passou a ser ‘Como as línguas de sinais podem contribuir para os estudos linguísticos?’ A mudança, aparentemente sutil, abre novos caminhos investigativos no campo da linguística buscando explicações para o que é diferente entre estas modalidades de língua, inclusive com o exercício de olhar as línguas de sinais a partir delas mesmas enquanto línguas visuais-espaciais (sic).

Se comparados com a quantidade de estudos das línguas orais, os estudos linguísticos sobre Libras ainda são poucos. Após o reconhecimento e a oficialização da Libras, no Brasil, em 2002, pela Lei 10.436/02 (BRASIL, 2002), a comunidade científica tem investido nos estudos linguísticos das LSs e o povo surdo tem procurado estudá-la. Os estudos linguísticos disponíveis permitem conhecer, apresentar e compreender os aspectos fonológicos, morfológicos, semânticos e sintáticos da Libras, mas ainda há uma grande demanda para que se ampliem as investigações nessa área.

1.1.1 Fonologia

Segundo Emmorey, Bellugi e Klima (1993), a fonologia é o termo usado para denominar os padrões sonoros produzidos pelas pessoas quando estas estão usando a sua língua, propiciando a investigação desses padrões nas línguas humanas. A fonética estuda os sons da

fala humana e, por isso, é capaz de realizar suas descrições, classificações e transcrições (SILVA, 1999).

Os fonemas são as menores partículas sonoras de uma língua. Eles não possuem um significado quando isolados, mas, combinados em sequências distintas, formam as palavras. A descoberta das características fonêmicas demonstra que as línguas orais e as línguas de sinais se estruturam de forma semelhante. Embasado nesse conhecimento e na metodologia estruturalista clássica, Stokoe, Castellini e Cronenberg (1965) demonstraram que as línguas de sinais apresentam pares mínimos capazes de diferenciar um léxico de outro.

Após as pesquisas reconhecerem as línguas de sinais (LSs) como línguas naturais, os termos fonologia, fonética e fonemas passaram a ser utilizados pelos estudos sobre LSs. Há autores que sugerem outras nomenclaturas, mas, pelos princípios linguísticos implícitos que regem as línguas, adota-se a nomenclatura convencional para designar as unidades fracionais dos elementos das LSs (KLIMA; BELLUGI, 1979).

As LSs não são universais, como pensam muitos. Elas são constituídas em suas comunidades culturais e apresentam características e estruturas *sui generis*. Na Libras, os símbolos fonológicos especificam as unidades mínimas que formam os sinais, descrevem o conjunto de seus traços distintivos e intencionam conhecer as possíveis combinações das unidades formacionais². As mãos são consideradas os articuladores primários das LSs. A articulação ora pode exigir o uso das duas mãos, ora de uma única mão. Os sinais podem ser realizados por destros, canhotos e ambidestros, contudo, a mão dominante para a execução não é distintiva (FERREIRA-BRITO; LANGEVIN, 1995; QUADROS; KARNOPP, 2004).

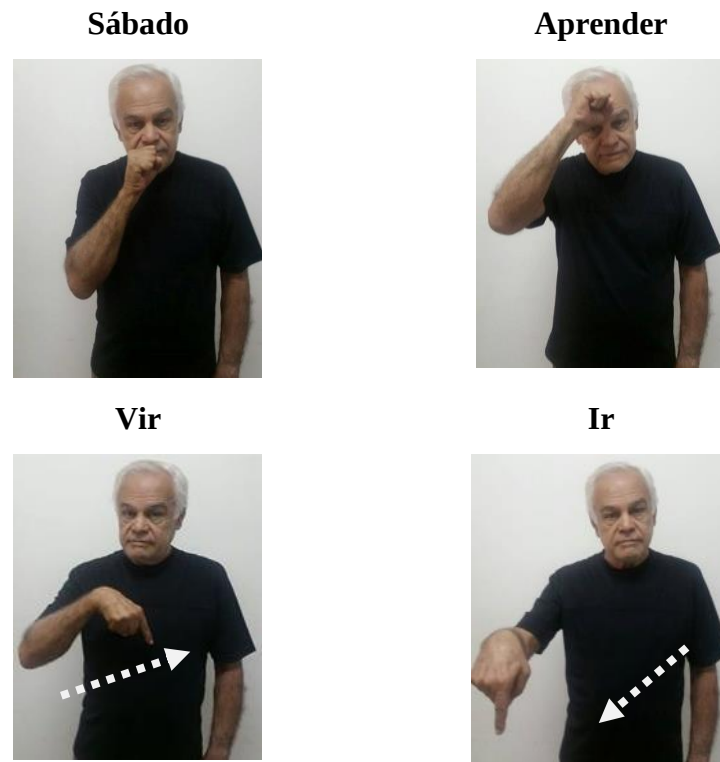
Em 1960, o linguista americano Willian Stokoe estabeleceu três parâmetros linguísticos para dissecar a Língua Americana de Sinais (*American Sign Language (ASL)*): configuração de mão (CM), locação da mão (L) e movimento da mão (M). Esses parâmetros, observados isoladamente, aparentam não ter significado (STOKOE, 1978).

² “Karnopp (1994, 1999) apresenta um estudo mais voltado para a representação fonológica da língua de sinais brasileira. Analisa, inclusive, as implicações de processos fonológicos na aquisição da língua de sinais brasileira” (QUADROS; SHIMIEDT, 2006, p. 171).

Anos depois, fundamentados na existência de pares mínimos³ em LSs, Frishberg (1976) e Battison (1978)⁴, incorporaram o parâmetro de orientação da palma da mão (Or) e os aspectos não manuais dos sinais (NM), que correspondem às expressões corporais faciais.

A Figura 1 demonstra dois pares mínimos em Língua Brasileira de Sinais.

Figura 1 – Exemplos de pares mínimos em Libras



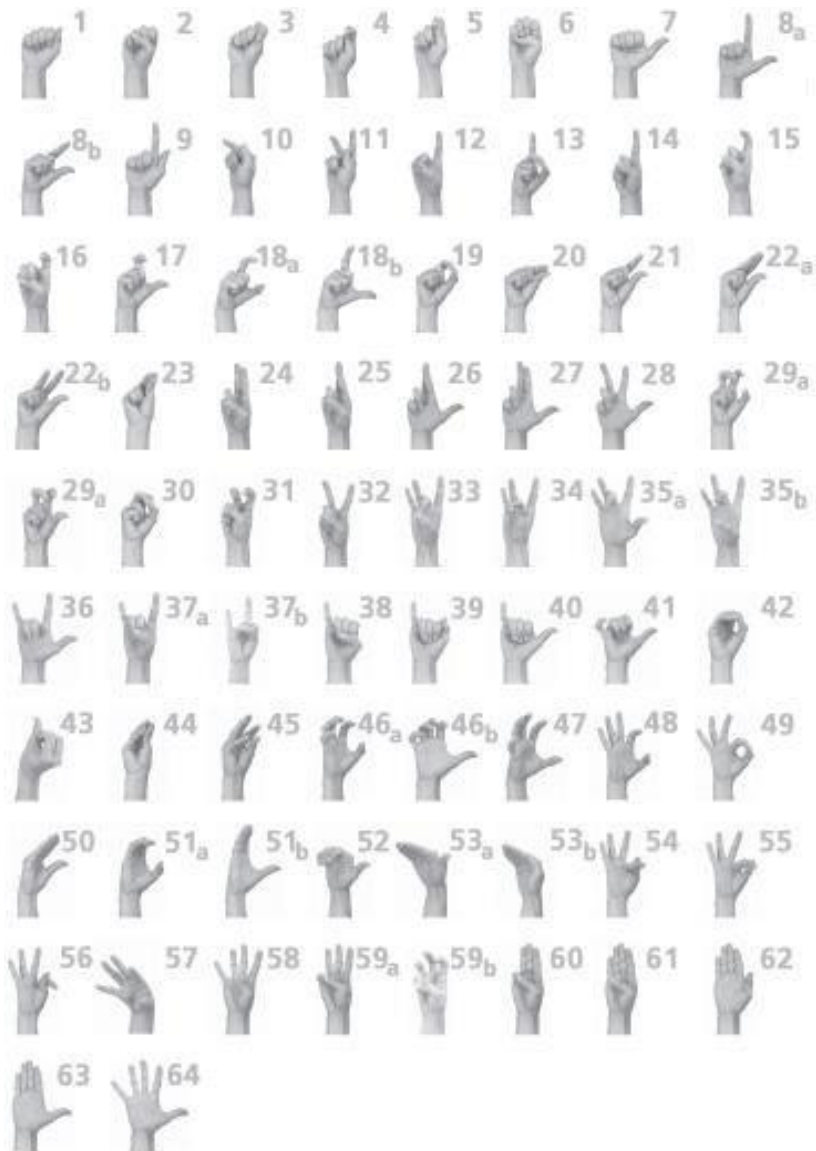
Fonte: Acervo da pesquisadora.

Em pesquisa de Ferreira-Brito (1993), foram encontradas 46 configurações manuais (CMs) que permitem realizar o léxico da Libras. As pesquisas na área prosseguiram e Felipe (2005) encontrou 18 novas CMs, que passaram a ser 64 CMs, como mostra a Figura 2. Nem todas as LSs, porém, comungam com esse catálogo de CM aqui apresentado.

³ Pares mínimos em sinais referem-se à composição do seu léxico, em que as ordens fonológicas entre eles são semelhantes em quatro dos cinco parâmetros, ou seja, os léxicos se diferenciam por um único traço fonêmico, o que produz mudança de significado (QUADROS; SHIMIEDT, 2006).

⁴ “Battison (1978) apresenta as restrições fonológicas na produção de diferentes tipos de sinais que restringem a complexidade dos sinais (por exemplo, a condição de simetria e a condição de dominância com sinais produzidos com duas mãos)” (QUADROS; SHIMIEDT, 2006, p. 170).

Figura 2 – Configurações manuais da Libras já catalogadas



Fonte: Felipe (2005, não paginado).

O sinal pode ser executado usando mais de uma configuração e a(s) mão(s) pode(m) movimentar-se mudando de uma para outra CM. Há sinais que se diferem unicamente pela diferença da configuração manual, como é o caso dos pares mínimos em sinais <FRIO e EXEMPLO>⁵.

O primeiro usa a configuração manual em letra “X” –  – e o

segundo utiliza a letra “Y” –  –, como mostra a Figura 3.

⁵ Ao longo do texto, quando necessário, será usada, para representação textual, a marcação < >, com a digitação em CAIXA ALTA do texto correspondente aos dos sinais da Libras, conhecidos como glosa.

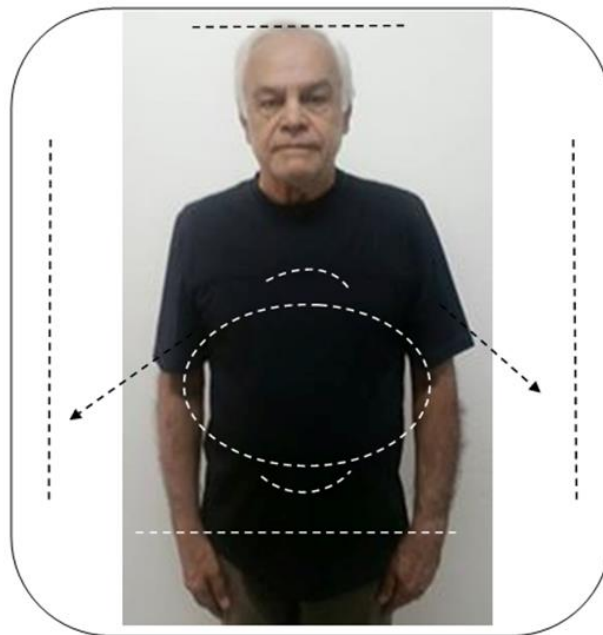
Figura 3 – Sinais que se diferem pela configuração manual (CM)



Fonte: Acervo da pesquisadora.

O movimento é um parâmetro fonológico distintivo. Ele pode ser realizado a partir das mãos, punho, braço, antebraço e ter diferentes direções espaciais: unidirecionais, bidirecionais ou multidirecionais (FERREIRA-BRITO, 1993). O movimento pode ter velocidade, frequência, qualidade e tensão distintas, conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Espaço de realização dos sinais

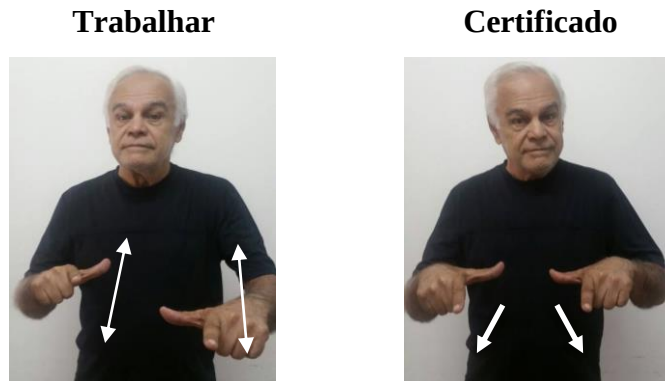


Fonte: Acervo da pesquisadora.

Há sinais que se diferem unicamente pelo tipo de movimento realizado. O movimento é considerado um parâmetro complexo por abranger possibilidades de execução (KLIMA; BELLUGI, 1979) e alguns sinais se diferem pelo tipo de movimento, como é o caso dos pares mínimos <TRABALHAR e CERTIFICADO>. O primeiro sinal realiza movimento alternado

para frente e para trás e o segundo realiza movimento retilíneo para frente, como mostra a Figura 5.

Figura 5 – Sinais que se distinguem pelo movimento (M)

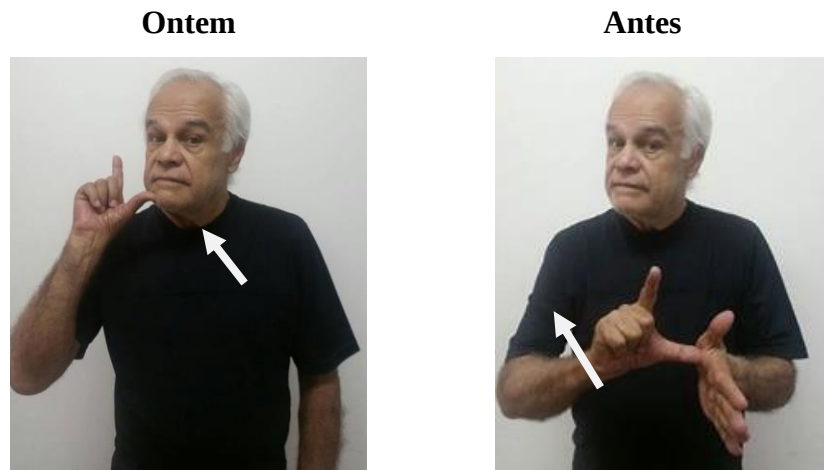


Fonte: Acervo da pesquisadora.

O parâmetro de locação marca, no espaço ou no corpo (cabeça, mão, tronco e espaço neutro), o local onde será articulado (STOKOE, 1978). É nesse espaço que se localizam os pontos de articulação. “Padden (1988) apresenta a discussão sobre o papel do espaço nas línguas de sinais. Espaço na língua de sinais não é apenas uma entidade semântica, um espaço mental, mas um dos elementos que faz parte de uma unidade lexical” (QUADROS; SHIMIEDT, 2006, p. 172).

Essa articulação ora pode ser precisa, ora abrangente. Há um espaço ideal quando seus interlocutores estão frente a frente, mas ele pode ser remanejado conforme o contexto dialógico. É importante ressaltar que os pontos de articulação têm posições relativas àquelas da enunciação ideal (FERREIRA-BRITO; LANGEVIN, 1995). Existem sinais que se diferenciam pelo ponto de articulação, como em <ONTEM e ANTES>: o primeiro é realizado na bochecha e o segundo é executado na palma da mão espalmada passiva, como na Figura 6.

Figura 6 – Sinais que se diferenciam pelo ponto de articulação/localização



Fonte: Acervo da pesquisadora.

A orientação da palma da mão foi um parâmetro fonológico acrescentado posteriormente, com a finalidade de clarificar as diferenças entre os pares mínimos das línguas de sinais (BATTISON, 1978; KLIMA; BELLUGI, 1975). Ferreira-Brito (1993) denomina como orientação a direção que a palma da mão apresenta no momento da execução do sinal. Ela arrola seis tipos de orientações da palma da mão: para cima, para baixo, para trás (para o corpo), para a frente, medial e distal, conforme a Figura 7 demonstra.

Figura 7 – Orientações da palma da mão

Palma para cima



Palma para baixo



Palma medial



Palma distal



Palma para frente



Palma para trás



Fonte: Acervo da pesquisadora.

As expressões não manuais podem ser classificadas como parâmetros fonológicos e como marcadores de função sintática. As expressões não manuais se constituem de movimentos de olhos, face, cabeça ou tronco. Elas são consideradas fonológicas quando marcam constituintes lexicais, referência específica, pronominal, partícula negativa, advérbio ou aspecto.

Baker (1976) e Liddell (1980) apresentam uma descrição dos adjetivos, dos advérbios e de expressões faciais que coocorrem com os sinais manuais de forma sistemática. Esses autores argumentam que tais expressões faciais são lexicais, uma vez que são altamente restringidas ao contexto dessas classes de palavras [...]. Além disso, apontam que os sinais coocorrem com expressões faciais e movimentos do corpo que são interpretados como advérbios ou informações gramaticais adicionais (QUADROS; SHIMIEDT, 2006, p. 170).

As expressões não manuais são usadas pela sintaxe para marcar diferentes tipos de sentenças como afirmativas-negativas, sim-não, interrogativas, orações relativas, topicalizações, concordâncias, podendo ocorrer o uso simultâneo de duas expressões não manuais (FERREIRA-BRITO; LANGEVIN, 1995; QUADROS; KARNOPP, 2004), como mostra a Figura 8.

Figura 8 – Exemplo de expressões não manuais





Fonte: Acervo da pesquisadora.

1.1.2 Morfologia

Para a Linguística, a morfologia é o estudo da estrutura, da formação e da classificação das palavras ou dos sinais fora do contexto frasal, isto é, o processo que modifica uma palavra de forma a criar uma outra palavra utilizando uma de suas partes. As palavras são ordenadas em classes gramaticais e as classes gramaticais básicas presentes nas línguas orais também se apresentam nas línguas de sinais. Apesar da formação das palavras terem constituições distintas, há, nas duas modalidades de línguas citadas, as classes de nomes, verbos, adjetivos, pronomes e advérbios (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993).

Embora exista uma reduzida produção bibliográfica sobre o tema “morfologia da Libras”, Ferreira-Brito (1993), Quadros e Karnopp (2004) e Felipe (2006) abordam o tema. Para reforçar esse acervo, é possível contar com trabalhos sobre a língua de sinais mais pesquisada no mundo, a Língua Americana de Sinais - *American Sign Language (ASL)*, em estudos de Klima e Bellugi (1979), Liddell (2000), Frishberg e Gough (2000) e Del Giudice (2007).

As regras que determinam a formação de palavras ou sinais são de interesse da morfologia. É necessário destacar que as línguas de sinais possuem um léxico e um sistema que permitem a combinação e recombinação de suas unidades mínimas, os morfemas, para criação de novos léxicos próprios. Por sua vez, alegam que a formação do sinal parte de um sinal raiz que, ao receber novos parâmetros, propicia o surgimento de um novo sinal (KLIMA; BELLUGI, 1979). Para Felipe (2006), os cinco parâmetros apresentados anteriormente: configuração de mão (CM), locação da mão (L) e movimento da mão (M), orientação da palma da mão (Or) e os aspectos não manuais dos sinais (NM), combinados em distintas sequências, formam um item lexical na Libras, que pode ser considerado como morfema. Os classificadores

são processos típicos nas formações morfológicas do léxico nas línguas de sinais e ausentes nas línguas orais. Segundo Quadros e Karnopp (2004, p. 93),

Os classificadores têm distintas propriedades morfológicas, são formas complexas em que a configuração de mão, o movimento e a locação da mão podem especificar qualidades diferentes. Classificadores são geralmente usados para especificar o movimento e a posição de objetos e pessoas ou para descrever o tamanho e a forma de objetos.

O léxico da Libras está dividido em dois grupos: **os nativos** e **os não nativos**, sendo os nativos, compostos por sinais que se encaixam na “boa-formação” por existir a partir das regras contidas na língua. No léxico não nativo encontra-se a soletração, que representa, manualmente, a ortografia da língua oral pelo uso do alfabeto manual (PADDEN, 1988; QUADROS; KARNOPP, 2004).

Durante o procedimento de formação de palavras, utilizam-se os morfemas livres que ora se **justapõem**, ora se **aglutinam** a fim de criar novo item lexical. No processo de justaposição, o sinal composto é formado pela execução integral dos dois sinais selecionados, formando um novo sinal com conceito distinto, enquanto, no processo de aglutinação, um ou ambos os sinais podem sofrer a abolição de algum ou alguns de seus parâmetros (TAUB, 2001; FELIPE, 2006).

Nos dados dos estudos de Quadros e Karnopp (2004), a **derivação** é um processo morfológico no qual um sinal de uma categoria gramatical sofre modificações ao ser contextualizado, passando a pertencer a outra categoria. Muito comum é a derivação de verbos em nomes e de nomes em verbos, alterando seu parâmetro de movimento. Essa alteração configura a regra linguística para mudança de categoria (KLIMA; BELLUGI, 1979; LIDDELL, 2000).

Na Libras, há dois processos produtivos de incorporação de morfemas. Um deles é a incorporação de **numeral** e o outro é a de **negação**. A incorporação de numeral acontece basicamente por sua inserção ao sinal base ao usar os processos quantitacionais. Os números/morfemas <UM>, <DOIS>, <TRES> e <QUATRO> podem ser incorporados simultaneamente e ser usados no tocante à duração de horas <HORA-DOIS, HORA-TRÊS, HORA-QUATRO>; número de pessoas <PESSOA-UM-CORRER, PESSOA-DOIS-CORRER>; calendários <SEMANA-DOIS, MÊS-TRÊS, SEMESTRE-SEIS>; e quantidade de meses <DOIS-MESES, TRÊS-MESES, QUATRO-MESES>. Já na incorporação da negação, o item a ser negado sofre alterações em pelo menos um de seus parâmetros <QUERER-NÃO>, <SABER-NÃO>, <TER-NÃO>); não sofre modificação, como nos exemplos <BRINCAR-

NÃO> e <ESTUDAR-NÃO>. Quando, porém, a negação for marcada pela expressão não manual, os parâmetros do sinal base não sofrem alteração (FERREIRA-BRITO, 1993; LIDDELL, 2003).

Para discorrer sobre as flexões da Libras, são tomados como referência os estudos pioneiros de Klima e Bellugi (1979) e as reflexões de Quadros e Karnopp (2004), nos quais encontram-se categorias como pessoa, número, localização espacial, aspecto e grau, sucintamente descritas a seguir:

- **pessoa (deixis):** é a flexão que permite identificar, no espaço, a concordância das pessoas verbais quando elas se encontram ausentes. O recurso utilizado para essa marcação é o apontamento. Exemplos: <DAR PARA MIM>, <DAR PARA ELE>, <DAR PARA NÓS> etc.;
- **número:** é a flexão que distingue singular do plural. Essa distinção pode ser marcada pelo sinal no singular ou acrescido de dual, plural e múltiplo. Pode ser designada pela repetição do sinal. Ao se tratar da concordância verbal, a flexão de número acontecerá pela particularidade executada para um, dois, três ou mais componentes. Exemplos: <DAR PARA UM>, <DAR PARA DOIS INDIVIDUALMENTE>, <DAR PARA TRÊS INDIVIDUALMENTE> etc.;
- **localização espacial:** os sinais são manipulados no espaço e nele se estabelecem suas relações gramaticais nos níveis sintáticos e semânticos/pragmáticos. O espaço em frente ao corpo, delimitado entre o topo da cabeça até a altura do quadril, é utilizado para realizar as produções discursivas em língua de sinais. Há uso topográfico do espaço (relações espaciais não linguísticas⁶) e uso linguístico do espaço (relações espaciais linguísticas⁷). Exemplo: <DAR PARA MIM>, <DAR PARA TI>, <DAR PARA ELES>;
- **aspectos:** é uma flexão que está subdividida em aspectos distributivos e aspectos temporais. Os aspectos distributivos⁸ são aqueles que têm uma relação com a flexão de número nos verbos com concordância e nos verbos espaciais (associados à

⁶ As habilidades do espaço topográfico são desempenhadas pelo hemisfério cerebral direito. Surdos com lesão nesse hemisfério não apresentam deterioração da língua de sinais (BELLUGI; KLIMA, 1991).

⁷ As competências do uso espacial linguístico ficam a cargo do hemisfério esquerdo. A presença de lesões nesse hemisfério pode acarretar prejuízos significativos na língua de sinais (BELLUGI; KLIMA, 1991).

⁸ Os aspectos distributivos são: exaustivo (ação é repetida exaustivamente). Ex: <AVISAR>, distributivo específico (ação é distribuída para um referente específico) e o distributivo não específico (ação distributiva é para referentes indefinidos).

quantificação). Por sua vez, os aspectos temporais⁹ reportam exclusivamente à distribuição temporal, sem abranger a flexão de número. Exemplos: <AVISAR>, <TRATAR>, <CUIDAR>, <GASTAR>;

- **grau:** é um critério que marca a intensificação de uma qualidade e sua comparação. As expressões faciais gramaticais lexicais podem marcar o grau, mostrando a intencionalidade do sinal produzido. O grau pode, também, ser identificado pelas diferenciações causadas por ‘menor’, ‘mais próximo’, ‘muito’, etc. Exemplo: <CASA>, <CASINHA>, <CASONA>.

1.1.3 Sintaxe

A sintaxe pode ser definida como a parte da gramática das línguas naturais que estuda os padrões estruturais do uso das palavras nas frases, das frases nas orações e das orações no discurso, para que se conheçam as múltiplas possibilidades de combinações e recombinações de seus constituintes, além de sua capacidade de transmitir, com coerência de significado, a mensagem desejada (SAUTCHUK, 2004).

Antes da década de 1970, a maioria dos pesquisadores acreditava que as ordens das sentenças em línguas de sinais eram praticamente livres. Entretanto, a partir dos estudos dos sinais não manuais, a visão da estrutura frasal começou a mudar¹⁰ (BAKER; PADDEN, 1978; LIDDELL, 1978).

A comunicação humana pode ocorrer em diferentes esferas, mas são as regras sintáticas que determinam os tipos de articulação necessários entre os elementos frasais de uma língua estipulados pela sintaxe. Portanto, “é a sintaxe, sem dúvida, o princípio construtivo e mantenedor da identidade da língua e, como tal, tem sua importância alçada a de assegurar a própria capacidade comunicativa dos textos” (SAUTCHUK, 2004, p. 36).

Na Libras, a sintaxe é espacial, conforme apresentado por Quadros e Karnopp (2004, p. 127):

⁹ Os aspectos temporais são: incessante (ação ocorre incessantemente), ininterrupto (ação se inicia e continua de forma ininterrupta), habitual (ação apresenta repetição), contínuo (ação apresenta repetição sistemática) e direcional (ação tem um caráter durativo).

¹⁰ “Neidle, Kegl, MacLaughlin, Bahan & Lee (2000) apresentam a sintaxe da língua de sinais americana. Os autores apresentam marcações manuais e não manuais como expressões de traços sintáticos abstratos. Desenvolvem uma análise da estrutura da língua de sinais com base na teoria gerativa” (QUADROS; SHIMIEDT, 2006, p. 170).

[...] a organização espacial dessa língua [...] apresenta possibilidade de estabelecimento de relações gramaticais no espaço, através de diferentes formas. No espaço em que são realizados os sinais, o estabelecimento nominal e o uso do sistema pronominal são fundamentais para tais relações sintáticas. Qualquer referência usada no discurso requer o estabelecimento de um local no espaço de sinalização (espaço definido na frente do corpo do sinalizador).

As organizações gramaticais da Libras no espaço são complexas. Alguns aspectos sintáticos da Libras, fundamentados nas pesquisas de Quadros e Karnopp (2004), são exibidos a seguir:

- **mecanismos que estabelecem o local no espaço de sinalização:** realizar o sinal em um local particular; direcionar a cabeça e os olhos (e talvez o corpo) na direção pertinente simultaneamente à realização do sinal; usar a apontação ostensiva antes de produzir o sinal específico; usar um pronome (com apontação ostensiva) em uma localização particular; usar um classificador na localização conveniente e usar um verbo direcional (isto é, um verbo de concordância), incorporando os referentes previamente introduzidos no espaço. Os sinalizadores localizam os referentes, que podem estar, fisicamente, presentes ou não (nesse último caso, são estabelecidos pontos abstratos no espaço) (BAKER; COKELY, 1980, p. 227 apud QUADROS; KARNOPP, 2004);
- **ordem básica da frase:** as mais comuns são: sujeito-verbo-objeto (SVO), objeto-sujeito-verbo (OSV) e sujeito-objeto-verbo (SOV). A topicalização, comum na Libras, é um dos principais fatores que alteram a sequência frasal. Ela está vinculada à marca não manual específica ao recair sobre o elemento topicalizado, e não sobre a frase toda;
- **advérbios temporais e de frequência:** podem estar presentes antes ou depois da oração, mas nunca entre o verbo e o objeto. Os advérbios de frequência devem ser colocados antes ou depois do complemento verbal, com a finalidade de se manter a ordem SVO;
- **verbos:** são classificados basicamente em dois tipos: verbos sem concordância, que pedem argumentos explicativos (ter, falar, amar, conhecer, aprender); verbos com concordância, que apresentam flexão em pessoa, número e aspecto e estão vinculados às marcações não manuais e ao movimento direcional (dar, provocar, dizer, entregar, ajudar, perguntar);

- **expressões faciais:** são elas: marcação de concordância gramatical por meio da direção dos olhos; marcação associada ao foco; marcação de negativas; marcação de tópico e marcação de interrogativas.

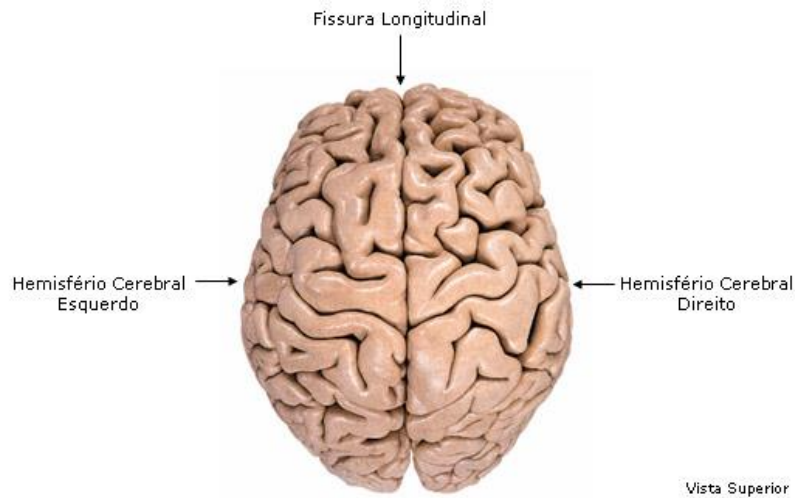
As estruturas e organizações básicas da linguística da Libras foram apresentadas para clarificar as suas propriedades especiais. Tal como a Língua Portuguesa, a Libras é uma língua natural, complexa e pujante, que permite construir uma diversidade de enunciados a partir de seus aspectos gramaticais. “O estudo das línguas de sinais tem apresentado elementos significativos para a confirmação dos princípios que regem as línguas humanas” (QUADROS; SHIMIEDT, 2006, p. 175).

A seguir, serão descritos os determinantes da especialização cerebral no uso da língua visuoespacial.

1.2 Aspectos neurais das línguas de sinais

A localização das funções cerebrais surge com o trabalho pioneiro do médico austríaco Franz Joseph Gall (1758-1828), ao disseminar suas hipóteses de que as diferentes funções mentais são realizadas em distintas áreas do cérebro. O cérebro é composto por dois hemisférios, esquerdo e direito, separados de modo incompleto pela fissura longitudinal e ligados por um denso feixe de fibras nervosas, denominado ‘corpo caloso’. De acordo com Kandel, Schwartz e Jessell (1997), cada hemisfério controla efetivamente a parte oposta do corpo, pois seus feixes se cruzam em uma área específica do caminho antes de instruir os músculos, sendo que os hemisférios são assimétricos desde a 30ª semana de gestação. Os seres humanos possuem a especificação hemisférica, isto é, cada hemisfério se especializou em funções distintas, mas trabalham de forma colaborativa (HECAEN; LANTERI-LAURA, 1977), como ilustra a Figura 9.

Figura 9 – Visão superior do cérebro humano

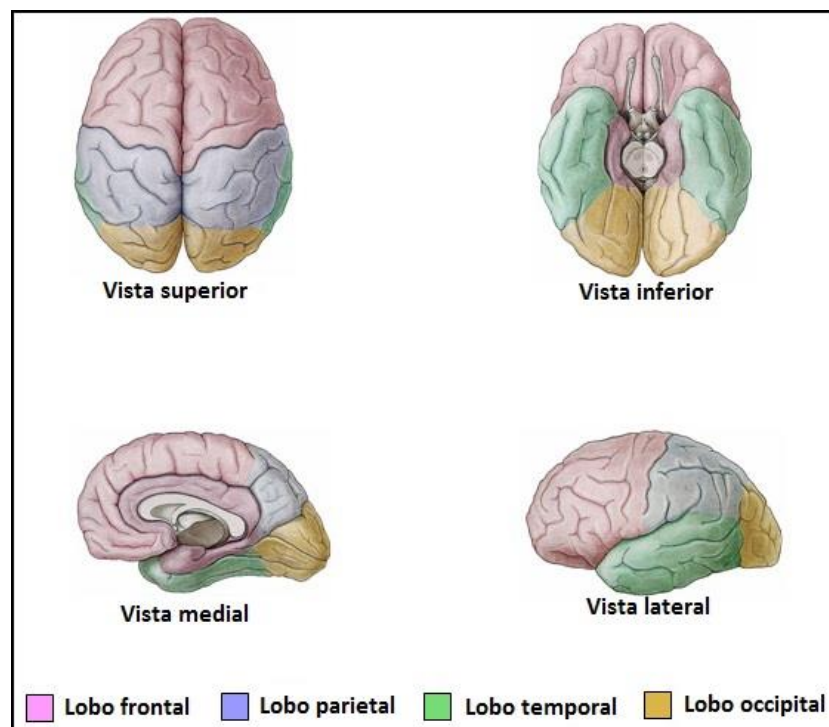


Fonte: Putz e Pabst (2002).

A especificação hemisférica só pode ser precisamente mapeada com o auxílio dos aparatos tecnológicos. Rodrigues (1993) afirma que “foi possível obter um mapeamento da distribuição das funções sensitivas e motoras no córtex cerebral”, por meio das precisões fornecidas pelos equipamentos médicos.

O cérebro se divide em quatro lobos (frontal, parietal, temporal e occipital). A sua divisão e localização dos lobos podem ser vistas na imagem mostrada na Figura 10.

Figura 10 – Lobos cerebrais e cerebelo

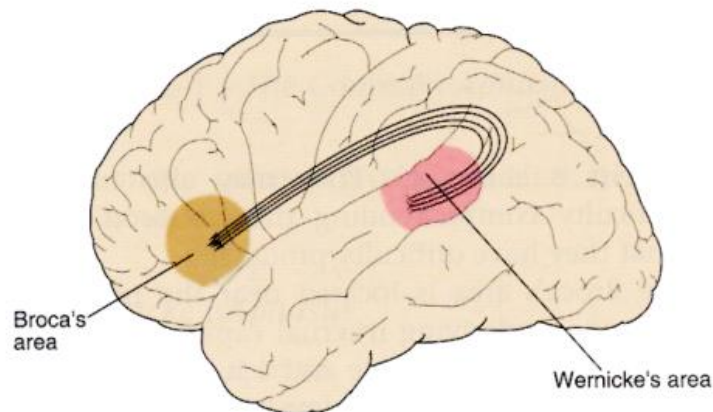


Fonte: Putz e Pabst (2002).

As funções cerebrais complexas, nos seres humanos, possuem uma predisposição regular para se organizarem, sem, contudo, anular as variações individuais. É possível perceber, pelos princípios neurofisiológicos gerais, que há uma organização para o funcionamento da linguagem. As observações sobre esse funcionamento se iniciaram a partir dos estudos sobre as patologias da fala. Paul Broca, em 1861, postulou sobre os princípios da localização e o descobrimento do “centro motor da fala”, responsável pela expressão da linguagem. Em 1873, o médico alemão Carl Wernicke associou ao primeiro giro do lobo temporal a responsabilidade pelas funções do conhecimento, da interpretação e da associação das informações, ou seja, a compreensão da linguagem (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993; NEVILLE et al., 1997; HICKOK; KLIMA; BELLUGI, 1998).

As áreas de Broca e Wernicke são ilustradas pela Figura 11.

Figura 11– Áreas responsáveis pelo funcionamento da linguagem



Fonte: Kandel, Schwartz e Jessell (1995, p. 642).

Conforme Santana (2003, p. 232), “a especialização da linguagem compreende tanto as condições neurofisiológicas quanto as condições interativas, sociais, linguísticas e subjetivas”. Conhecer os contrastes dos processos dos hemisférios cerebrais e a reorganização dos sistemas neurais frente às lúguas de sinais pode corroborar para a expansão dos conhecimentos sobre o cérebro humano (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993).

Há um predomínio do hemisfério esquerdo sobre as funções da linguagem. Há estudos comprovam que somente 15% das pessoas canhotas possuem o hemisfério direito como o responsável pela linguagem; algumas pessoas bilíngues trabalham com os dois hemisférios; e o restante da população apresenta a dominância do hemisfério esquerdo para a linguagem. A

especialização hemisférica, de acordo com Santana (2007), apresenta uma relação relevante com as vivências sociais de cada pessoa.

O mapeamento básico das regiões do cérebro e de suas funções permitiu demarcar o hemisfério esquerdo como aquele que está diretamente relacionado com o pensamento intelectual, racional e analítico. Além disso, é ele o maior responsável pelos processos linguísticos da população ouvinte. Por sua vez, o hemisfério direito é responsável pelas funções visuoespaciais, de discriminação sensorial, intuitiva e emocional. Para descobrir se o cérebro das pessoas que se comunicam pela língua de sinais atua de forma diferente, foram realizados estudos nas áreas dos distúrbios da linguagem causados por lesões provenientes de traumatismos cranianos ou de acidentes vasculares cerebrais (AVC) nessa população (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993; NEVILLE et al., 1997; HICKOK; KLIMA; BELLUGI, 1998).

De acordo com Rodrigues (1993), os quatro lobos cerebrais são compostos pelas áreas: primárias (captam os estímulos); secundárias (responsáveis pelo reconhecimento sensorial dos estímulos); e terciárias (desmistificam as informações pelos lobos temporal, parietal e occipital). A decodificação dos informes sensoriais (acústicos e visuais) recebidos pela área terciária libera a representação do mundo circundante. A utilização do idioma pode ser executada pelos órgãos fonoarticulatórios (línguas-orais) e pelos membros superiores (línguas de sinais) por meio do controle realizado no lobo frontal direito.

Devido a essa divisão estrutural, pesquisas comprovam que, além das áreas específicas para as funções descritas, estímulos sensoriais incidem sobre outras regiões do cérebro, inter-relacionando-se. Quando um sentido sensorial é privado de receber estímulos, tende a se atrofiar e esses estímulos acabam potencializados pelas interpelações dos sentidos disponíveis. A plasticidade cerebral pode e foi comprovada pela pesquisa com animais cirurgicamente ensurdecidos. As vias acústicas enfraqueceram, enquanto o sentido da visão teve um claro fortalecimento. Portanto, há possibilidades de reorganização cerebral potencializando a capacidade visual dos que são privados da audição (RODRIGUES, 1993).

Relatos sobre a situação linguística de ouvintes usuários das línguas orais que sofreram deterioração hemisférica revelam que danos causados no hemisfério direito têm bons prognósticos para as habilidades linguísticas, mas se acontecerem no hemisfério esquerdo, os efeitos podem comprometer, em diferentes níveis, as funções da linguagem. A depender da gravidade da lesão, podem acarretar distúrbios afásicos¹¹.

¹¹ É o comprometimento da linguagem causado por lesão no sistema nervoso central que, geralmente, acontece no hemisfério esquerdo do cérebro (MANSUR; SENAHA, 1996).

Como citado anteriormente, as línguas de sinais são executadas no espaço e processadas pela visão, possuindo no campo visuoespacial o seu local de produções linguísticas. Para conhecer o funcionamento cerebral da cognição espacial e a linguagem dos surdos, usuários da língua de sinais, vários estudos foram realizados com a finalidade de verificar o impacto provocado por lesões cerebrais.

Para as pesquisas referentes ao hemisfério esquerdo, provas linguísticas, visuoespaciais, de compreensão e produção em língua de sinais foram aplicadas em surdos sinalizadores com lesões nesse hemisfério. Os resultados surpreenderam, visto que os surdos com lesões significativas no hemisfério direito mostraram que suas funções linguísticas estavam preservadas, de modo que poucos erros foram encontrados nas produções em língua de sinais. Houve prejuízo de suas habilidades espaciais não linguísticas. Por sua vez, na investigação do grupo de surdos com lesões no hemisfério esquerdo aconteceu exatamente o contrário. As habilidades linguísticas ficaram prejudicadas, apresentando diferentes níveis e estilos de comprometimento (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993).

Uma descoberta significativa foi que a modalidade da língua, ou seja, oral-auditiva ou visuoespacial, não é fator de subordinação da lateralização hemisférica. Estudos constataram que o hemisfério esquerdo é o principal responsável pelas funções linguísticas das línguas de sinais, tal e qual nas línguas orais. Por conseguinte, ele é de fato o maior responsável pelos processamentos linguísticos (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993; NEVILLE et al., 1997; HICKOK; KLIMA; BELLUGI, 1998).

A expressão facial e as habilidades visuais são funções fundamentais para os sinalizadores. Elas foram verificadas por meio de pesquisas para observação das especialidades cerebrais. Detectou-se que há uma diferença entre habilidades visuoespaciais e expressões faciais linguísticas e habilidades visuoespaciais e expressões faciais de uso não linguístico. O hemisfério responsável pelas habilidades que carregam a função linguística é o esquerdo, como já citado. Diferentemente, quem carrega as habilidades de espaço topográfico e expressões faciais de caráter emocional é o hemisfério direito. Portanto, lesão no hemisfério direito não provoca distúrbios de linguagem em usuários da língua de sinais, entretanto, se no hemisfério esquerdo, conduz a afasias em sinais (EMMOREY; BELLUGI; KLIMA, 1993). Esses estudos mostram que há sensíveis e específicas diferenças entre as funções corticais superiores dos falantes de línguas orais comparadas com as mesmas funções dos falantes das línguas de sinais.

Pesquisas sobre as línguas de sinais confirmam a presença de universais linguísticos em comuns em todas as línguas. Além disso, há, entre os sistemas das línguas orais e de sinais, grandes similaridades nos substratos neuroanatômicos e neurofuncionais. A predominância

hemisférica esquerda para as duas modalidades de língua é pontuada pela grande maioria dos estudos. Alguns fatores que as distanciam podem ser enquadrados no espaço psicossocial.

Os conteúdos aqui expostos têm o intuito de apresentar um panorama básico sobre a importância da linguagem, da língua, da organização gramatical da Libras e seus percursos neurofisiológicos. Diante desse contexto, é possível compreender as dificuldades que os surdos enfrentam ao se deparar com o estilo de comunicação que se baseia na consciência fonológica para sistematização do código oral e entender que a língua de sinais é a língua natural para a comunicação com e entre o povo surdo.

Essas bases teóricas são importantes para assegurar as línguas de sinais como mediadoras das pesquisas que tenham a população surda como público-alvo.

2 QUALIDADE DE VIDA

[...] temos o direito à igualdade, quando a diferença nos inferioriza; e o direito à diferença, quando a igualdade nos descaracteriza”.

Santos (2006, p. 316)

O interesse pelo construto da qualidade de vida (QV) tem crescido nas últimas décadas. Atualmente, tem sido estudado por diferentes áreas do conhecimento. Mesmo estando em voga nas pesquisas, sua definição não apresenta um consenso universal nos espaços sociais e nas políticas de atenção à saúde, sendo possível observar que a preocupação humana com o bem viver marca o percurso dos homens ao longo da história.

Este capítulo apresenta, primeiramente, a visão de vários filósofos sobre os primórdios do conceito de qualidade de vida (QV), e o sentido que o conceito tomou na área da saúde. Em seguida, expõe a fundamentação teórica adotada nesta investigação, analisando as implicações das concepções e modelos que permeiam documentos e instrumentos adotados pela OMS, como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF) e seus desdobramentos na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas surdas que se expressam por meio da Língua de Sinais (LS).

2.1 Os filósofos e a arte do bem viver

Atualmente, o conceito de QV é muito utilizado por diferentes ciências. Entretanto, a preocupação com a arte do bem viver e conviver já existia na Idade Antiga e esteve presente em discussões conduzidas por vários filósofos ao longo da história.

Desde a **Antiguidade**, a preocupação com a qualidade de vida está presente nas reflexões de diferentes pensadores cujas contribuições passaram à posteridade.

Para Sidarta Gautama (563-483 a. C.), a essência do viver bem é não fazer o mal e, sim, praticar o bem, a generosidade, a paciência, a ética, a sabedoria e purificar com entusiasmo a mente. A racionalização utilizada para exercitar o desapego ajuda a evitar dissabores e desapontamentos, minimizando o sofrer. Ao desconsiderar o todo que o envolve, o mundo egocêntrico do “eu” age com egoísmo, potencializando o sofrer. O alívio do

sofrimento acontece pela conscientização de que o “eu” faz parte do todo maior, que é o “não eu”, e do entendimento e aceitação da transitoriedade da vida. Gautama propõe um estado de equilíbrio e desvalorização do ego para se atingir a qualidade em saúde da mente e do corpo (HARWOOD, 2013).

Na visão de Confúcio (551-479 a. C.), viver em harmonia tinha como base os seguintes princípios: altruísmo, cortesia, conhecimento ou sabedoria moral, integridade, fidelidade, justiça, retidão e honradez. Segundo ele, a base sólida para se conquistar as virtudes é a humildade. Confúcio pregava a criação de uma sociedade que buscasse na “virtude interior” o bem-estar comum. A sua preocupação filosófica estava centrada na melhoria, no aperfeiçoamento e na fortificação da relação entre as pessoas (AMES; HALL, 1987)

A filosofia de Sócrates (469-399 a. C.) construiu, pelo diálogo, o entendimento de que a verdadeira e a boa vida consistem na pureza da alma. Para isso, o homem deve cuidar não só do físico, mas, acima de tudo, da alma. Então, para se ter qualidade de vida, a busca pelo conhecimento da virtude moral é o fator primordial (CHAUÍ, 2009).

De acordo com Platão (428-354 a. C.), o único dever do homem é procurar o “bem”, conservando a calma na infelicidade, sem se revoltar. Para atingi-lo, há de se desprender dos valores materiais e das necessidades corporais e harmonizar o intelecto com o universo, recordando o que está obscuro na alma e valorizando o mundo das ideias. Segundo ele, a tarefa fundamental para se ter qualidade de vida é usar a teoria da epiméleia, que é o cuidar de si, o cuidar da alma (PLATÃO, 1976).

Aristóteles (384-322 a. C.) preconizava que todos querem viver bem e serem felizes. Para ele, se o homem deseja viver bem, deve viver sempre de acordo com a razão. Para alcançar a felicidade, é necessário desenvolver atitudes e condutas boas, primando pela moral, pelos bons costumes, pelo bom senso e pela vida intelectual equilibrada, exercendo as competências nas relações sociais (ARISTÓTELES, 1990;).

Hipócrates (460-370 a. C.) apresentou sua doutrina dos quatro humores – sangue, fleugma ou pituíta, bílis amarela e bílis negra –, criada para facilitar a compreensão do funcionamento do corpo humano e de sua personalidade. A saúde está presente quando há o equilíbrio entre os humores, haja vista que o desequilíbrio entre eles propicia as doenças. A ética praticada por Hipócrates inspira as condutas médicas de hoje. Ele conduz os conhecimentos em saúde não mais por superstições e magias, mas pelo caminho científico, e passa a propagar que a conquista de um corpo saudável leva ao equilíbrio existencial e, logo, à felicidade (CHAUÍ, 2009).

Epicuro (341-270 a. C.) ressalta que o homem comete um ato de violência contra a alma ao negar o prazer, pois ele faz a vida suportável. Há de se entender, contudo, que o prazer proposto é aquele que pode propiciar a paz de espírito, a ausência de inquietude, a tranquilidade de ânimo, uma vez que, ao contrário do que se pode imaginar, os prazeres abusivos roubam a paz, a quietude e a tranquilidade. O prazer sábio está nas coisas mais simples. Pode-se extrair do mínimo que se tem a paz de espírito, desde que se ponderem as ações com equilíbrio. Os tipos de prazer precisam ser discernidos. Há o prazer efêmero (felicidade, alegria) e o prazer estável (negativa de dor, de tristeza etc.). A satisfação pelo prazer é condenada, enquanto o controle racional das emoções e pulsações do espírito é apregoado. Ao distinguir três tipos de necessidades – as **necessidades naturais e essenciais** (precisam ser saciadas sempre, pois produzem vida); as **necessidades naturais e não essenciais** (precisam ser pleiteadas com moderação); e as **necessidades não naturais e não essenciais** (não devem ser buscadas, visto serem de natureza artificial) – Epicuro cria critérios reguladores do proceder humano. Ele crê que esses critérios podem potencializar o uso adequado do prazer e, com isso, levar o homem a atingir o bem-estar pessoal (CHAUÍ, 2009).

Zenão de Cítio (336-264 a. C.) criou a doutrina do estoicismo, que se caracteriza pela tranquilidade imperturbável, a cessação das paixões e a adequação submissa ao destino, que permitem o conhecimento experiencial da felicidade verdadeira. Para exercitá-la, há de se empregar o uso da lógica (filtro que produz os critérios de verdade), da física (estrutura monista e panteísta) e da ética (guiar o proceder dos homens). O uso contínuo dessas três partes descortina o caminho para se conquistar a felicidade. A vida plena só será atingida quando o ser for capaz de abandonar as paixões terrenas, as contrariedades, os aborrecimentos e os desassossegos. Os hábitos virtuosos se manifestam na ausência dos receios e das expectativas, permitindo a presença do bem supremo. O desejo demasiado daquilo que não se pode ter produz infelicidade. O estoicismo trabalha o caminho da coragem e da aceitação: coragem para agir com sabedoria sobre as coisas que são passíveis de mudanças (a mente, a emoção e as atitudes pessoais) e aceitação do que não pode ser modificado. Essa doutrina considera que todos são aptos para cultivar a virtude; logo, desconsidera as diferenciações sociais, econômicas, raciais, religiosas, etc. entre os homens. Desse modo, todos são capazes de produzir ações moralmente boas (HARWOOD, 2013).

No **Mundo Medieval**, era da filosofia teocêntrica e da tradição escolástica, as manifestações divinas ocupavam o centro das inquietações filosóficas, embora tenha ocorrido o desenvolvimento da lógica, da retórica e da dialética. No Oriente Médio, ocorreram diversos progressos em áreas como matemática, astronomia e química. A respeito dessa época, a

preocupação com a qualidade de vida pode ser observada em registros de filósofos, como os mencionados, a seguir.

O ponto de vista de Santo Agostinho (354-430) é o de que a verdadeira liberdade que proporciona o bem-estar só ocorre quando se opta por fazer a vontade de Deus. O ato de filosofar propicia o caminho para o viver bem e ser feliz (AGOSTINHO, 1972).

Na opinião de Avicena (980-1037), a alma é diferente do corpo. Cuidar do corpo, sob a égide das propostas no Cânone da Medicina, permite apropriar-se da saúde. A alma, porém, precisa buscar a perfeição para que volte ao seu lugar e una-se a Deus, que é o ser cuja essência é a própria existência. Para alcançar uma boa qualidade de vida, é preciso cuidar da saúde e da íntima relação do criador com a criatura, pois assim se constitui a base das possibilidades do bem viver e conviver (MCGINNIS, 2010)

Em relação à visão de São Tomás de Aquino (1225-1274), a fé e a razão não se negam, portanto, o conhecimento é um dos condutores que levam o homem a conquistar uma vida agradável. Fundamentado na escolástica, no cristianismo e no trabalho rural, o viver bem consiste em orar e trabalhar. A busca pela subsistência física e por uma vida santa conduz a todos a servir a Deus (GILSON, 2001).

O palco da **Filosofia Moderna** surge junto com o despertar científico e a Renascença, que é a Idade da Razão, resgatando o quinhão da sabedoria da Grécia Antiga. Dentre muitos movimentos que incentivaram a ciência, temos o racionalismo cartesiano, o empirismo e o retorno do ceticismo. O ceticismo acerca das ciências e do conhecimento genuíno passou a ser um sentimento frequente entre as pessoas. A busca de um conhecimento seguro e a consolidação epistemológica abrem os horizontes para enfoques de cunho social e humanista. Durante esse período, podemos destacar alguns filósofos que nos apresentaram suas visões sobre o que seria o viver bem.

Montaigne (1533-1592) compreendeu que há três tipos de inadequação que fazem o homem se sentir mal com ele mesmo: a) a inadequação física aponta o desconforto que ele tem em lidar com o seu próprio corpo; b) a inadequação experimentada, quando sofre julgamento alheio seguido de desaprovação; c) a inadequação intelectual pelo reconhecimento da falta de sagacidade pessoal. Para que a adequação aconteça e o bem viver flua, ele propõe o reconhecimento de que os problemas humanos advêm da racionalidade do pensamento.

Frente à repulsa pela nossa corporalidade, ele sugere a aceitação do lado animal que o homem carrega para vencer os constrangimentos e vergonhas, além de pregar a aceitação das diferenças impostas por definição consensual do que é normal e anormal, do que se encaixa e do que não se encaixa no padrão. Luta contra o preconceito em suas diferentes formas. A

aceitação da diversidade humana em seus vários contextos provoca mais tolerância pessoal e coletiva. A adequação intelectual deve se basear na sabedoria, na humildade, na modéstia e na aceitação do próprio perfil intelectual. A inteligência dos homens não pode ser qualificada ou quantificada apenas por seu desempenho acadêmico. Pode-se encontrar qualidade de vida ao aceitar as limitações físicas e intelectuais, eliminando a arrogância e não deixando que os aspectos humanos provoquem humilhação (MONTAIGNE, 1978).

A respeito da vida, Pascal (1623-1662) chegou a várias conclusões. Uma delas é a que esta vida só vale a pena por que temos a esperança em uma vida futura. Para ele, o bem do corpo é passageiro, o que importa é a salvação mediada por Cristo. A elevação do homem manifesta-se quando ele reconhece seus limites e suas fraquezas. A vida com Cristo é a única possibilidade que o homem tem de alcançar a felicidade, viver em virtude e andar na luz (PASCAL, 1999).

René Descartes (1596-1650) afirma que viver sem pensar, nem questionar a respeito das coisas e seu funcionamento é como optar pela cegueira quando seus olhos estão simplesmente cerrados. Para se viver bem é importante fazer reflexões crítica e investigativa do mundo e da vida. O uso da racionalidade e do exercício filosófico conduz à vida, a qual deve ser desfrutada sem destituir a emoção que a paixão pode provocar, mas evitando seus excessos e mau uso (DESCARTES, 2000).

Foi com os seus trabalhos de filosofia moral para desenvolver o senso ético que Kant (1724-1804) apresentou regras para o bem viver. Ao considerar a felicidade como algo passageiro, pois muda com o tempo, o autor a coloca sempre subordinada ao dever ético. Ele recomenda, por meio da “ética do dever” e dos “imperativos categóricos”, que a ação precede a razão e o respeito mútuo leva o homem a ser visto como fim, e não como meio. A vida em sociedade faz com que o homem se moralize. O bem viver que dignifica e enriquece a vida está centrado no respeito ao dever, que server como guia para todas as ações humanas. É com o exercício público da razão, que a sociedade transforma as leis a seu favor, em um processo de mudanças gradativas, de cunho global e universal, em que os direitos humanos, o desejo de paz entre os povos e o bem viver coletivo já podem ser vislumbrados. A globalização das ações, aliada ao bem comum, ensina a viver uma vida plena, realizada e feliz, tornando-se um patrimônio da humanidade (KANT, 2009).

A **Filosofia Contemporânea** floresceu no século XIX e ainda se encontra em contínua construção. A Revolução Francesa, o desenvolvimento e a consolidação das ideias iluministas, a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), os conflitos do mundo árabe, a União Europeia, o florescer dos países asiáticos, a globalização, o terrorismo, o

existencialismo, o secularismo, a emancipação feminina, a hegemonia da democracia, os movimentos sindicais, o estruturalismo, o desconstrutivismo, a bioética, a linguística e tantos outros acontecimentos geraram grandes desafios ao mundo atual. Todo o acúmulo de acontecimentos, nesse período, transborda em complexidades e contradições. É nesse contexto, entrelaçado por inúmeros conflitos entre filosofia e ciência, que pródigos nomes da filosofia são conclamados para refletir sobre as emergências e urgências do ininterrupto progresso contemporâneo. Nessa perspectiva, destacam-se os filósofos, a seguir, apresentados.

Hegel (1770-1831) atesta que o bem viver pode ser atingido pela relação consciente entre o “eu” e o “outro” (dialética do senhor e do escravo; reconhecimento e dependência mútua das consciências); entre o “eu” e as “coisas”, que passam a ser na medida em que se fazem conhecidas (dialética do ser); entre o “ser” que se faz ao mostrar sua aparência (dialética da essência); e entre a unidade que se estabelece entre o “ser” e a essência (dialética do conceito), em um contexto histórico. Em cada relação, as transformações acontecem e podem proporcionar novas possibilidades de sínteses que elevem a qualidade de vida para todos. É reconhecendo a consciência em-si-para-si (autoconsciência) que o homem entra em ação, sendo capaz de mudar o mundo que o cerca. Felicidade, portanto, é um destino de responsabilidade individual, mas que não deixa de ser realizada com e entre a comunidade no curso da história (HEGEL, 1994).

Para Simone de Beauvoir (1908-1986), a qualidade de vida poderá ser encontrada na capacidade de agir e de criar, frente às situações comuns, uma relação de valor transcendental. Para atingir uma vida gratificante, deve-se lidar com os fatores existenciais, internos e externos, de modo a ultrapassá-los, sem esquecer-se de que “nenhum destino biológico, psíquico ou econômico define a forma que a mulher ou a fêmea humana assume no seio da sociedade” (BEAUVOIR, 1980, p. 9).

Em seu projeto teórico, Foucault (1926-1984) indaga sobre a medicina, a clínica, a punição, o castigo, a literatura, a sexualidade, o estatuto da loucura, a essência das Ciências Humanas, os mecanismos do saber, dentre outros questionamentos. Suas reflexões são pautadas na filosofia, na história e na atualidade. Elas foram pensadas para instigar a indignação e provocar a contestação política e social. Esse autor criticou duramente a exclusão dos diferentes e os controles exercidos pela patologização, pela medicalização e pela normalização das pessoas com condutas socioeconômicas inconvenientes. Questionou as estratégias de poder para disciplinar/docilizar o corpo usadas pelas instituições de encarceramento, tais como a escola, a fábrica, o quartel, os presídios e os manicômios. Abordou a tarefa de pensar o hoje como diferença na história. Para Foucault, a arte de viver está em reconhecer que se precisa

muito pouco da verdade para viver verdadeiramente e investir no cuidado de si sem a austeridade dos tempos idos, desfocando do outro para também não tiranizá-lo, mas, insuflando a energia que se tem ao assumir a responsabilidade dos próprios atos, é possível não ser persuadido pelos sistemas de controle (FOUCAULT, 2008).

Ao analisar as colocações filosóficas aqui apresentadas, é possível perceber que a busca do bem viver é um desejo compartilhado por quase todas as pessoas e em quase todas as escolas filosóficas. A pretensão pela felicidade parece ser unânime e universal. A filosofia permite expandir o tema e as maneiras de se observar, ver, analisar e viver com qualidade de vida. Revela que há uma consonância de que, com vida virtuosa e disciplinada, pode-se alcançar a qualidade de vida, mesmo em meio às contingências do contexto. Ter uma boa vida está diretamente ligado ao comportamento escolhido para enfrentar as eventualidades e reveses da vida.

As pontuações filosóficas servem, também, para auxiliar os que se encarregam de pesquisas nessa área. Elas chamam a atenção para a importância de o pesquisador estar atento, durante a sua incursão no tema qualidade de vida, para o que é *sui generis*, sem se esquecer da conjuntura na qual está imerso. É necessário, no entanto, reconhecer que, em se tratando de qualidade de vida, a dinâmica da vida impede que se pense em dados rígidos e imutáveis. As próprias nuances do dia a dia, somadas às transformações contextuais, dificultam a conquista do equilibrado bem viver. A qualidade de vida é individual e varia no tempo e no espaço.

2.2 O conceito de qualidade de vida

Estudar a QV tornou-se um tema de interesse das áreas de medicina, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, sociologia, antropologia, economia, geografia e filosofia, corroborando para seus inúmeros sentidos. Consequentemente, é um construto interdisciplinar, e a junção de saberes em práticas transdisciplinares pode auxiliar no aprofundamento de novas reflexões sobre o tema.

Os seres humanos perseguem, incansavelmente, a promoção da qualidade de vida em razão da necessidade do bem viver. Há pessoas que têm um estilo de vida semelhante, mas possuem expectativas e realizações individuais. Assim, classificam a sua qualidade de vida de maneiras distintas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A análise da QV, portanto, está entrelaçada a percepções subjetivas. Conforme Campaña (1997, p. 125),

os estudiosos da qualidade de vida no mundo capitalista, apesar da quantidade de investigações realizadas, nunca estão completamente de acordo sobre o quê de fato esta qualidade de vida significa e como deve ser medida. Para a maioria, contudo, o

termo ‘qualidade’ supõe a superação de uma limitada avaliação quantitativa do desenvolvimento.

A definição de QV não pode estar amparada apenas pelos indicadores quantitativos, já que os fatores de percepção e valoração são individuais, ou seja, os elementos subjetivos são imprescindíveis; portanto, os indicadores qualitativos precisam ser considerados para que o conceito seja amplo e consistente. É preciso lembrar que a relação individual/coletiva com o significado de QV não está desvinculada do contexto em que se inserem; logo, o construto qualidade de vida circunscreve o processo sócio-histórico (BODSTEIN, 1997).

Para melhor amparar o indivíduo, a OMS estabelece, em 1946, um conceito de saúde mais abrangente, de cunho mais subjetivo do que o anterior, definindo-a como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade” (OMS, 1949, p. 1). Ao promover essa definição de saúde global, a OMS amplia o leque para estudos de avaliações subjetivas e de caráter qualitativo, além de aumentar a interface com a qualidade de vida (TESTA; SIMONSON, 1996). A Declaração Universal dos Direitos Humanos é contemporânea nesse conceito de saúde, pois, apesar de ter sido escrita em 1948, iguala o direito à saúde aos direitos fundamentais de liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc (OMS, 1949).

Há uma interligação forte entre saúde e qualidade de vida. É fácil perceber que elas transitam em uma via de mão dupla na qual a saúde coopera para que se tenha melhor qualidade de vida e esta é coadjuvante da primeira. A qualidade de vida pode ser demarcada pelo conceito genérico de qualidade de vida geral (QVG) e, para se distinguir e evitar ambiguidades semânticas com as diferentes áreas de utilização do construto, pode receber a nomenclatura da área específica. Na área da saúde, a QV ficou consagrada pelo emprego do termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) – *Health Related Quality of Life (HRQL)* – como termo habitual (DINIZ; SCHOR, 2006; DUARTE; CICONELLI, 2006).

Em 1953, o psicólogo americano Howard Mumford Jones deu início a uma pesquisa sobre satisfação utilizando construtos subjetivos (JONES, 1953). Após a Segunda Guerra Mundial, a preocupação com a qualidade de vida acentua a atenção para os indicadores de caráter objetivo, tais como a aquisição de bens de consumo (FARQUHAR, 1995).

Em 1966, J. R. Elkinton publicou, no periódico *Annals of Internal Medicine*, o editorial intitulado *Medicine and Quality of Life*, ocasião em que inscreveu, pela primeira vez, na área de ciências da saúde, o termo qualidade de vida. Nesse editorial, ele expõe sua preocupação

com a contínua exaltação dos avanços tecnológicos em detrimento do estado de bem-estar dos pacientes (KATSCHNIG; FREEMAN; SARTORIOUS, 1997).

Em 1969, nos Estados Unidos da América (EUA), Fairweather e seus colaboradores realizaram um estudo de campo que valorizava as medidas objetivas e subjetivas (satisfação e bem-estar) para avaliar a repercussão de um programa de tratamento comunitário em saúde. Dessa época em diante, como consequência dos marcos históricos anteriores, múltiplas pesquisas sobre avaliação subjetiva dariam suporte à arquitetura do construto QV (FAIRWEATHER et al., 1969).

Na década de 1970, houve um grande descontentamento, por parte dos consumidores dos serviços de saúde, os quais, frustrados com o atendimento tecnicista e com a falta de assistência integral, deram início a movimentos populares de revolta contra o sistema de saúde. A voz do paciente começou a ser ouvida. Contudo, apenas na década de 1990 o ponto de vista do paciente a respeito não apenas das intervenções em saúde, mas também dos demais aspectos de sua vida ganhou prestígio e passou a ser considerado. Esses movimentos auxiliaram na humanização da saúde e na busca pela satisfação do cliente (FLECK et al., 2008; KATSCHNIG; FREEMAN; SARTORIOUS, 1997).

A avaliação subjetiva, a partir do parecer do paciente, ganha cada vez mais relevância no campo da saúde. Existem instituições que usam essas avaliações como parâmetro para legitimar a continuidade da prestação de seus serviços. Tal situação salienta, no circuito científico, a seriedade e o reconhecimento de avaliações subjetivas de desfecho em seus estudos e pesquisas, melhorando as investigações em saúde, as quais, além dos critérios clínicos, valorizam os indicadores subjetivos. É nesse cenário que a busca pelo delineamento do construto QV se encontra (WIKLUND, 2004).

Em 1986, a OMS produziu a Carta de Intenções de Ottawa, com o objetivo de promover a saúde. Esse documento dispõe sobre a importância da promoção da saúde com vista a atingir melhorias na QV, considerando, também, que “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” são condições e recursos imprescindíveis para se ter saúde e, também, qualidade de vida (BRASIL, 2002a, p. 20). A referida carta oferece suporte para a busca de uma definição padronizada de QV.

No campo da saúde, o termo qualidade de vida está em evidência desde as últimas décadas do século XX (KATSCHNIG; FREEMAN; SARTORIOUS, 1997). Os constantes progressos na área da saúde suscitaram a necessidade de se reelaborarem métodos para a avaliação dos pacientes. Esses novos padrões avaliativos precisam ter critérios que continuem controlando os registros de morbimortalidade e os ampliem, permitindo catalogar critérios

capazes de compilar, em uma perspectiva holística, a percepção que o paciente tem do seu estado de saúde (WIKLUND, 2004).

O vasto uso do termo QV, por diferentes linhas teóricas, dificulta uma definição de unânime aceitação; por isso, até hoje, não foi possível identificar uma consonância entre as múltiplas definições existentes (BERLIM; FLECK, 2003; BOWLING, 1995; HUNT, 1997; KATSCHNIG, FREEMAN; SARTORIOUS, 1997; TESTA; SIMONSON, 1996; WILSON; CLEARLY, 1995).

Mais recentemente, a OMS, ciente de que a saúde é um dos principais indicadores do desenvolvimento social, econômico e pessoal, criou o *WHOQOL Group* para estudos e investimentos multicêntricos sobre as dimensões de QV. Esse projeto dispõe de colaboração internacional e tem como propósito criar instrumentos para a aferição da QV (DINIZ; SCHOR, 2006). O *WHOQOL Group* considera a subjetividade e os fatores transculturais ao publicar, pela primeira vez, o conceito de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

A abordagem utilizada pela OMS para realizar a conceituação de QV converge para a percepção de que o indivíduo tem de seu funcionamento em diferentes áreas da vida e o coloca como responsável por seu próprio controle. A fundamentação teórica utilizada pelo *WHOQOL Group* para criar a definição do conceito de QV é composta por três pilares:

- **percepção subjetiva:** composta por percepção subjetiva de uma condição objetiva, percepção global subjetiva de funcionamento e avaliação específica da percepção subjetiva;
- **multidimensionalidade do construto:** reconhece a importância da relação de cada área da vida do indivíduo, mesmo que independente;
- **dimensões positivas e negativas:** conferem destaque às duas dimensões por viabilizar medidas em QV.

A mensuração da QV não é estática e definitiva; pelo contrário, pode oscilar em diferentes áreas da vida do indivíduo no decurso do tempo. Por conseguinte, o conceito não se limita às condições e intervenções em saúde (FLECK, 1999). A OMS assume que o conceito não pode ter um caráter universal, visto que se baseia na percepção subjetiva e individual das diferentes pessoas (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A mensuração da QV não é estática e definitiva; pelo contrário, pode oscilar em diferentes áreas da vida do indivíduo no decurso do tempo. Por conseguinte, o conceito não se

limita às condições e intervenções em saúde (FLECK, 1999). A OMS assume que o conceito não pode ter um caráter universal, visto que se baseia na percepção subjetiva e individual das diferentes pessoas (FLECK, 2000; *THE WHOQOL GROUP*, 1995).

Uma das causas da multiplicidade de definições para o conceito QV refere-se à presença de diferentes abordagens teóricas. Segundo Fleck et al. (2008), há seis grandes áreas que abordam o conceito, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Tipos de abordagem do conceito de QV

ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O CONCEITO DE QV	
Tipo de estudo	Base do estudo
Estudos sobre a felicidade / bem-estar	Estudos com base epidemiológica
Indicadores sociais	Estudos com base econômica
Psicologia positiva	Estudos dos aspectos positivos da vivência e experiência humana e das adaptações a elas relacionadas
Avaliação do desfecho em saúde	Estudos que permitem avaliar a doença e o seu impacto na vida do doente
Satisfação do cliente	Estudos fundamentados na visão integradora dos serviços prestados ao consumidor
Reumanização do atendimento em saúde	Estudos sobre a relação profissional da saúde-usuário

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, a partir de Fleck et al. (2008).

Os vários modelos teóricos subjacentes ao conceito de QV podem ser reunidos em dois grandes grupos, como proposto pelos estudos de McKenna e Whalley (1998):

- **o modelo de satisfação:** fundamentado na abordagem cognitiva de expectativa e satisfação individual; e o
- **modelo funcionalista:** alicerçado no desempenho social do indivíduo.

2.3 Qualidade de vida das pessoas surdas

Dos muitos conceitos encontrados sobre a pessoa surda ao longo das mudanças sócio - históricas, a presente pesquisa adota o que define a surdez como uma diferença que provoca o uso de uma língua visuoespacial. Essa diferença deve ser respeitada, assim como todas as pessoas da comunidade que dela fazem uso e se apropriam de uma cultura e identidade próprias (SACKS, 2010).

O cotidiano das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais é recheado, constantemente, pela falta de acessibilidade linguística, o que interfere, primeiramente, em sua interação familiar e, por conseguinte, social (CHAVEIRO et al., 2010).

As barreiras de comunicação enfrentadas pelos surdos que se comunicam pela língua de sinais podem gerar dificuldades em suas relações sociais e afetar seu desenvolvimento e desempenho emocional e cognitivo em uma sociedade com a maioria ouvinte que não usa a língua de sinais. Portanto, seu maior obstáculo tem um caráter sociocultural, e não orgânico funcional (SACKS, 2010).

A atenção à saúde deve reconhecer que as pessoas surdas, que utilizam língua de sinais, têm o direito assegurado constitucionalmente, de serem assistidas em seu idioma natural. O respeito pela diferença linguístico-cultural deve se tornar uma prática em meio às diversas instâncias não só da área da saúde, como em todas as áreas sociais. “Na área da saúde, a surdez precisa ser vista como uma diferença a ser politicamente reconhecida e como uma experiência visual (CHAVEIRO et al., 2010, p. 102).

Não é possível pensar em qualidade de vida relacionada à saúde da pessoa surda sem inserir sua identidade, cultura e língua de sinais. Uma perda auditiva antes dos três anos de idade pode provocar não só distúrbio de aquisição de linguagem, como problemas psicológicos. As dificuldades da inadequação das funções comunicativas podem comprometer a qualidade de vida das pessoas surdas, a começar pelas barreiras encontradas no seio familiar, cuja maioria de seus membros é ouvinte (GRAAF; BILJ, 2002).

Há uma carência de pesquisas que associem qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais. Conforme afirmam Chaveiro et al. (2010, p. 109):

Vários instrumentos de aferição de QVRS, genéricos ou específicos, têm surgido a partir de estudos em diversas culturas. São desenvolvidos em múltiplas línguas, com níveis de equivalência muito mais altos do que jamais se havia feito para uso transcultural. Portanto, destaca-se a necessidade de instrumentos que avaliem a qualidade de vida das pessoas surdas e que eles sejam traduzidos e validados para as diferentes línguas de sinal [...] usualmente, as medidas de qualidade de vida utilizam questionários para coletar os dados, baseados na língua escrita, excluindo das pesquisas pessoas que não possuem habilidades com a escrita. Os surdos que têm a língua de sinais como primeira língua apresentam dificuldades com a escrita, quando comparados com as pessoas ouvintes. Portanto, utilizar testes escritos para avaliação das pessoas surdas não é apropriado. O baixo nível de leitura das pessoas surdas não interfere, automaticamente, na capacidade de compreensão, se os testes forem apresentados em língua de sinais.

Os instrumentos que aferem qualidade de vida têm uma característica que precisa ser mantida, que é a de ser um instrumento autoaplicável. No entanto, para que sejam usados em pesquisas com as pessoas surdas, precisam estar disponíveis em seu idioma. Há necessidade de um instrumento que possa medir com precisão a QV de surdos usuários de língua de sinais e,

para isso, eles precisam passar por processo de tradução que prime pelo rigor metodológico, a fim de propiciar o registro de dados confiáveis.

Assim como é possível desenvolver e validar instrumento nas línguas de modalidade oral para pessoas ouvintes, há de se buscar possibilidades de desenvolver e disponibilizar instrumentos validados em línguas de sinais, que possibilitem contemplar as características dessa comunidade. Nessas conjunturas de pesquisas em QV é possível supor a possibilidade de adaptações de instrumentos transculturais para a língua de sinais que sejam validados e permitam avaliações fidedignas da QV dos surdos usuários de língua de sinais.

2.4 A inclusão do surdo na assistência à saúde

Pensar em inclusão da pessoa surda na área da saúde nos conduz, primeiro, à trajetória histórica de luta das pessoas com deficiência por sobrevivência e cidadania. Essa história é marcada por quatro fases: a **excludente**, a **segregadora**, a **integradora** e a **inclusivista**. Didaticamente, podem-se marcar eventos no percurso histórico da humanidade que são capazes de documentar, separadamente, cada uma das etapas mencionadas. Sabe-se que, ainda hoje, mesmo com os avanços e transformações sociais ocorridas ao longo dos séculos, manifestações das quatro fases continuam presentes no dia a dia da vida social, conforme afirma Sassaki (2006, p. 16):

[...] essas fases não ocorreram ao mesmo tempo para todos os segmentos populacionais. Ainda hoje vemos a exclusão e a segregação sendo praticadas em relação a diversos grupos sociais vulneráveis, em várias partes [...] assim como em praticamente todos os outros países. Mas também vemos a tradicional integração dando lugar, gradativamente, à inclusão.

A **fase de exclusão social** encontra, na Idade Antiga, inúmeros exemplos. As crianças com más-formações ou deficiências eram eliminadas; posteriormente, passaram a receber proteção da caridade cristã e, depois, foram vítimas da marginalização pelos “exorcistas” da Idade Média. A deficiência sempre apresentou uma ligação com as crenças sobrenaturais, ora recebendo atitudes protecionistas e assistencialistas, ora atitudes de rejeição e de eliminação do convívio social e até a destruição. Fonseca (2000, p. 482) afirma que

[...] na Antiguidade remota e entre os povos primitivos, o tratamento destinado aos portadores de deficiência assumiu dois aspectos básicos: alguns os exterminavam por considerá-los grave empecilho à sobrevivência do grupo, e outros os protegiam e sustentavam para buscar a simpatia dos deuses, ou como gratidão pelos esforços dos que se mutilavam na guerra.

Muitos acontecimentos que têm data anterior ao século XVI coincidem com a fase da exclusão. Dados históricos mostram que o surdo era visto como não humano, incapaz de falar e pensar, inapto para aprender e, logo, sem condições nenhuma para se desenvolver intelectual e moralmente. Nos primórdios, sem direito à vida; depois, com direito a ela, mas desprovido dos demais direitos humanos e considerado, por razões profiláticas, impuro para o convívio social. O povo surdo foi rotulado, nessa fase, de população anormal, em oposição ao contingente considerado normal composto pelas pessoas ouvintes (LACERDA, 1998b; LIMA, 2004; RABELO, 1999; SÁNCHEZ, 1990).

Ainda hoje, podemos encontrar uma variedade de situações excludentes em que as informações lhes são negadas em sua língua natural. Por exemplo, constata-se que as grandes campanhas de prevenção em saúde não são divulgadas em língua de sinais.

A exclusão social recua quando as pessoas marcadas pelas diferenças começaram a ser atendidas por instituições específicas, mas isoladas do convívio social. As instituições que recebiam os diferentes tinham um caráter asilar, recebendo-os com propósitos de dar guarida, alimentação e medicamentos. Não havia a preocupação de inserção social. A maioria das instituições era voltada para a caridade, proporcionando proteção e, às vezes, algumas atividades diárias para ocupação. Com o passar do tempo, as instituições começaram a separar o público a ser atendido, o que levou a se especializarem em determinado tipo de deficiências. Em virtude de não serem aceitos pela sociedade, as instituições passaram a promover todos os tipos de serviços necessários aos atendimentos institucionalizados para essa população. (SASSAKI, 2006, p. 30).

Foi em meio a esse processo social que as ciências médicas demonstraram seu interesse pela problemática da deficiência. As atitudes segregacionistas assentaram-se no modelo biomédico e este no paradigma clínico-terapêutico, que conduzia ao processo de segregação das pessoas com deficiência. O foco dado a esse segmento da população centrava-se no *deficit*, na limitação, na falha, na deficiência e na doença, mas nunca nas capacidades que o sujeito carregava consigo. A integralidade do ser não era concebida, as diferenças e especificidades não eram reconhecidas e as questões do desenvolvimento humano nem eram consideradas importantes (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005; FONSECA, 2000).

O surgimento da institucionalização da educação de surdos altera a visão social sobre eles, apresentando uma mudança significativa, pois são elevados à condição de seres humanos aptos para a linguagem, dotados de pensamento, capazes de comunicar, providos de sentimentos e moral. Asilados em instituições, recebiam instruções para falar, ler, escrever e

adquirir conhecimentos. A aceitação dos surdos no convívio social passava pela capacidade adquirida em oralizar. Logo, as instituições educacionais priorizavam a reabilitação em saúde em detrimento do currículo pedagógico e assumiam práticas forjadas no modelo biomédico, tendo como base a filosofia oralista, que visava ao ensino e ao uso da língua na modalidade oral pelos surdos, como a única possibilidade para se estabelecer a comunicação. As estratégias de leitura labial e a produção vocal deveriam ser utilizadas dentro das relações sociais e educacionais, com o propósito de integração social (SÁNCHEZ, 1990).

O oralismo gera um problema de natureza social, ao impor sobre a minoria linguística (surdos) o estilo comunicativo da maioria linguística (ouvintes) (SÁNCHEZ, 1990).

A **fase segregacionista** se consolida com as práticas do modelo biomédico, que tinha como objetivo habilitar e/ou restaurar a comunicação oral em todos que apresentassem alterações da acuidade auditiva, sendo os ouvintes o modelo a ser seguido. Dessa forma, os surdos assumem o papel de alunos doentes que precisam ser diagnosticados, tratados e curados (SÁNCHEZ, 1990; SKLIAR, 1997a; BENVENUTO, 2006).

A busca pela cura por meio da oralidade abre as portas à **fase da integração social**, que se expande a partir da década de 1960 e aumenta nos anos 1970 e 1980, acompanhando o fluxo de luta pelos direitos das pessoas com deficiência. Baseado no pressuposto da normalização, ou seja, auxiliar a pessoa deficiente a se apropriar dos modelos de padrões sociais e do princípio do *mainstreaming*¹², pretendia-se preparar as pessoas com deficiências de modo que elas conseguissem adquirir competências necessárias que viabilizassem a sua inserção em todos os contextos sociais. A sociedade não precisava se adaptar para recebê-las; o movimento de mudança realizado pela pessoa com deficiência era percorrido em uma via de mão única. Na integração, a sociedade aceita as pessoas desde que estas sejam capazes. As modificações para a acessibilidade não são feitas. Logo, para receber atendimento na área da saúde, as barreiras impeditivas deveriam ser transpostas pelo usuário do sistema, de maneira que a pessoa com deficiência só seria atendida se vencesse os obstáculos existentes.

Os movimentos de **inclusão social** tiveram seu começo nos países desenvolvidos, provocado pelo reconhecimento de que as práticas integracionistas não eram adequadas o suficiente para vencer a discriminação e muito menos gerar equidade social. Apenas em meados da década de 1990, esse movimento começa, timidamente, a chegar aos demais países. A inclusão social pretensamente busca uma acessibilidade social para todas as pessoas, assegurando a plena participação com igualdade de oportunidades. Para essa implantação, há

¹² “Significa levar o aluno o mais possível para os serviços educacionais disponíveis na corrente principal da comunidade” (SASSAKI, 2006, p. 32).

de se observar os seguintes princípios: celebração das diferenças, direito de pertencer, valorização da diversidade humana, solidariedade humanitária, importância igualitária das minorias e cidadania com qualidade de vida (SASSAKI, 2006).

Diante da compreensão dos paradigmas sociais, é possível notar, por meio de um exemplo, qual seria a diferença, para as pessoas surdas, de estarem em uma sociedade integracionista ou em uma sociedade inclusivista. Uma pessoa surda, amparada pelo paradigma da integração social, provavelmente estaria inserida em um Centro de Reabilitação, aparelhada ou implantada, buscando incansavelmente as habilidades de comunicação oral. Na medida em que conquista novos avanços, poderia ser inserida na sociedade e se aventurar em relações de comunicação com os ouvintes. Há, porém, de se entender que muitos não conseguiram uma evolução que lhes permitisse uma proficiência adequada para as habilidades comunicacionais pela oralidade. Se esses mesmos indivíduos estivessem sob a égide do paradigma da inclusão, a reabilitação em saúde poderia acontecer e até ocasionar benefícios, mas, caso não fossem suficientes, os ambientes sociais de sua cidade estariam preparados para oferecer intérpretes e profissionais com proficiência em língua de sinais, prontos para viabilizar a comunicação e o direito à informação. Os equipamentos sonoros seriam adaptados para dar, também, informações visuais, como nos casos dos anúncios sonoros em hospitais, unidades básicas de saúde, instituições públicas, etc. A vitória sobre as barreiras sociais aconteceria pela criação e pelas adaptações frente às constantes necessidades existentes e que se poderiam apresentar.

O paradigma da sociedade inclusivista, o qual almeja uma sociedade para todos, respalda a condição social do sujeito surdo como possuidor de uma identidade específica, que pertence a uma comunidade linguisticamente distinta, que apreende o mundo por experiências e vivências visuais, que é construtor de uma cultura rica e detentor de sua própria história (SKLIAR, 1997b). A sociedade precisa caminhar com mais contundência para o progresso da inclusão social, deixando de considerar a falta ou as limitações para compreender e perceber as diferentes formas e suscitar suas competências e possibilidades. Werneck (1997, p. 21) explica que “a sociedade para todos, conscientes da diversidade da raça humana, estaria estruturada para atender às necessidades de cada cidadão, das majorias às minorias, dos privilegiados aos marginalizados”.

No paradigma da inclusão, pode-se pensar em “saúde para todos”. A Constituição Nacional, de 1988, traz, no artigo 196, o respaldo legal para ações que conduzam à conquista desse pensamento, quando reza que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988, 133) Para que esse princípio saia do documento e se efetive em práticas, há de se constituir parcerias, indo do saneamento básico,

passando pelo setor de habitação, de economia, educação e cultura, em um esforço conjunto que integralize as práticas intersetoriais ao comportamento dos promotores de saúde. Assim é que se podem promover processos sociais que conduzam à saúde e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade de vida do cidadão (BUSS, 1998; MCKEOWN; LOWE, 1989).

Para que a atenção à saúde aconteça em toda a sua complexidade, são necessárias ações de promoção, prevenção e serviços acessíveis. Sabe-se que as desigualdades sociais são as maiores responsáveis pelas restrições dos atendimentos em saúde. O paradigma da inclusão pode auxiliar na mudança estrutural e funcional de uma realidade reprodutora de acessos restritos. Ampliar o acesso aos diferentes níveis de complexidade em saúde não está ligado somente à expansão da rede de atenção à saúde, mas em desenvolver modelos de gestão de pessoas que possam estar preparadas para receber e atender aos grupos minoritários, buscando a equidade na assistência (BUSS, 2000).

Se as questões de assistência em saúde são uma problemática nacional, pior é a situação das pessoas com deficiência que dela necessitam. O acesso das pessoas surdas, que se comunicam pela língua de sinais, traz agravantes significativos. O desconhecimento das línguas de sinais (LSs), no caso, a Libras, por parte dos profissionais de saúde, impede uma comunicação plena e efetiva entre os profissionais da saúde e os usuários surdos, visto que é pela comunicação que as interações humanas acontecem; desse modo, fica, então, comprometido o atendimento integral e humanizado às pessoas surdas (CHAVEIRO et al., 2010). Ao atender o surdo, o profissional da saúde precisa saber que

o uso da linguagem verbal precisa ser substituído por outro recurso de comunicação, a LS. Sendo a Libras a língua pela qual o surdo se expressa, os profissionais da saúde, especialmente os que trabalham em centros especializados na assistência à pessoa surda, [...], necessitam estudá-la ou pelo menos adquirir noções básicas da LS. Ademais, os profissionais da saúde precisam conhecer as particularidades culturais e linguísticas da comunidade surda, sem o que não conseguirão desenvolver habilidades comunicativas que favorecerão as relações interpessoais [...]. A comunicação verbal utilizada pelos profissionais da saúde não é suficiente para estabelecer o vínculo, sendo, portanto, ineficaz, e podendo levar a erros no diagnóstico das doenças e no tratamento. A construção de uma prática em saúde que transforme a assistência à pessoa surda irá acontecer por meio de estudos, ações e vontade política; assim, será possível reorganizar o atendimento, segundo princípios que têm como alicerce o intercâmbio das diferenças individuais e o convívio com a pluralidade humana (CHAVEIRO et al., 2010, p. 644).

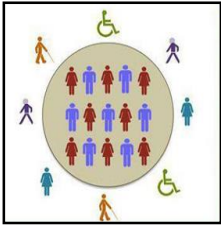
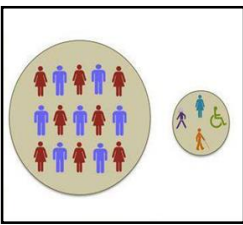
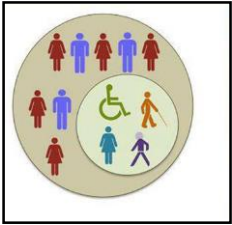
Ainda hoje, o atendimento em saúde, em geral, acontece mediado pela comunicação verbal. Em raros momentos, há a presença de um intérprete de LS o qual, na maioria das vezes, é custeado pelo próprio usuário. As instituições de saúde raramente contam, em seus quadros de funcionários, com o intérprete e com profissionais com proficiência em LS. Segundo Chaveiro et al. (2010, p. 421), “não se concebe instituições que não ofereçam ao surdo intérpretes e profissionais capazes de comunicar-se com eles, da mesma forma que não se

concebe instituições que não tenham rampas ou elevadores”. São situações como essas que mantêm a restrição ao acesso à saúde, quando não, a exclusão.

Com a presença de um intérprete, ele pode minimizar os problemas de interação entre os envolvidos, pois propicia a intermediação comunicativa dos profissionais com os surdos. Há casos em que a situação vivida em saúde pede confidencialidades, e haver um terceiro envolvido exige relações de confiança. Pode-se pensar que “a presença de um intérprete solucionaria todos os problemas de comunicação; entretanto, verifica-se que nem sempre é assim que ocorre. A atuação do intérprete melhora, mas não contribui totalmente para a inclusão do surdo” (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005, p. 422). Para prestar um atendimento integral, humano e de qualidade, a capacitação em língua de sinais para os profissionais da saúde deveria ser uma realidade, pois, melhor do que a presença do intérprete é a comunicação direta entre os profissionais da saúde e o usuário surdo, por meio da LS.

Atualmente, a atenção prestada à saúde ainda se encontra embasada na mistura dos paradigmas da exclusão, da segregação, da integração e da inclusão. A Figura 12 ilustra as diferentes fases da assistência às pessoas com deficiência.

Figura 12 – Trajetória histórica de luta das pessoas com deficiência

EXCLUSÃO	SEGREGAÇÃO	INTEGRAÇÃO	INCLUSÃO
			
Sem direitos à saúde (extermínio, punição, perseguição)	Institucionalização do doente, isolamento social	Medicalização para normalizar o deficiente A pessoa deve se adaptar ao meio	Dá suporte ao deficiente, oferece acessibilidade e tecnologias assistivas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, a partir de Beyer (2007).

Essa realidade urge por transformações que venham a assistir a todos. A criação de um pacto em saúde para as pessoas com deficiência, incluindo os surdos, na perspectiva inclusivista, poderia auxiliar no ajuste de condutas que priorizem o rompimento das barreiras que impedem o pleno acesso à saúde. Para a promoção do acesso da comunidade surda à rede de atenção básica de saúde, será necessário quebrar as resistências, romper com os bloqueios

de comunicação, repensar a presença de intérpretes no quadro de funcionários das instituições de saúde e promover a capacitação em Libras nas formações iniciais e continuadas.

Saúde inclusivista é saúde para todos. Ela deixará de ser uma quimera quando não mais excluir as pessoas em razão de suas condições individuais ou coletivas e for capaz de atender a todos nos mais diversos ambientes. A plena acessibilidade em saúde acontecerá quando as adaptações conseguirem quebrar as barreiras que impossibilitam o atendimento e a participação plena de todos.

A saúde inclusivista pode acontecer no âmbito estrutural, funcional, econômico, arquitetônico e atitudinal e permitirá o descerramento social para o povo surdo por meio da aceitação, da solidariedade e da cooperação e, conseqüentemente, de sua inserção nos setores da saúde. Para tanto, capacitar o quadro de pessoal a respeito de abordagens inclusivistas auxiliará na prestação da assistência em saúde.

As adaptações atitudinais são tão importantes quanto a adaptação dos meios físicos. Uma adaptação que contribuirá para a acessibilidade plena das pessoas surdas à assistência em saúde consiste da oferta de cursos de Libras durante o período de formação, especialmente, dos funcionários e profissionais da área de saúde, uma vez que os surdos têm a sua própria forma de comunicação.

Para se entender as pessoas surdas, é preciso considerar o sujeito em sua totalidade e pelas múltiplas perspectivas que envolvem os contextos sociais nos quais as relações humanas acontecem. As pessoas surdas agrupam um conjunto de pessoas com diferenças linguísticas, identitárias e culturais. O principal meio de interação social com seus pares acontece por meio das vivências e experiências visuais e da utilização da Língua de Sinais (LS), as principais bases da cultura surda (STROBEL, 2008; SACKS, 2010).

A produção científica diferencia “surdos” de “deficientes auditivos”, de acordo com a perspectiva teórica adotada pelo profissional que trata do tema. Há os que valorizam os aspectos quantitativos da acuidade auditiva, baseando-se, portanto, no modelo biomédico. Em contrapartida, há quem trate a surdez como uma diferença linguístico-cultural, inscrevendo-se no modelo biopsicossocial da saúde.

A LS é a forma de comunicação das pessoas surdas adaptando-se à sua apreensão visual do mundo. Ela é o principal mecanismo de difusão e afirmação da cultura surda. O reconhecimento oficial das línguas de sinais, contudo, é recente, sendo oficializadas como línguas íntegras, autônomas e equiparando-se às línguas orais. Por meio da LS, as relações no convívio social se estabelecem com qualidade e eficiência. Sua utilização precisa ser assegurada

e promovida amplamente para que o espaço sociolinguístico e cultural dos surdos possa ser respeitado e garantido (LADD, 2003; PERLIN, 2004; SACKS, 2010).

As LS contemplam as necessidades dos surdos, assim como as línguas orais contemplam as necessidades dos ouvintes. Para que a relação entre surdos e ouvintes aconteça com eficiência, há de se ter a LS como idioma de contato (FERNANDES, 2003).

2.5 As classificações CID-10 e CIF na perspectiva da pessoa surda

O estado de saúde das pessoas com deficiência foi, em geral, negligenciado ao longo da história. Após o retorno dos combatentes da Segunda Guerra Mundial, a preocupação com a sistematização da assistência às pessoas com deficiências teve início. A reivindicação das pessoas com deficiência dos seus direitos à igualdade assumida pelos movimentos sociais representou um marco com a criação de vários documentos e manifestos para expressar a necessidade de elas serem inseridas nos sistemas de assistência à saúde.

Os documentos internacionais buscam assegurar o direito das pessoas com deficiência terem melhor qualidade de vida. Dentre eles, destaca-se a *Declaração de Alma Ata*, de 1978, que enfatizou a participação das pessoas na tomada de decisões sobre sua própria vida (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Em 1981, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que é responsabilidade governamental garantir direitos iguais às pessoas com deficiência, inclusive o direito à saúde (DINIZ, 2007).

As *Normas para Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*, documento adotado, 1993, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, propõe “regras gerais sobre igualdade de oportunidades para pessoas portadoras de deficiência” e estabelece “as medidas de implementação da igualdade de participação em acessibilidade, educação, emprego, renda, seguro social, saúde” (ONU, 1993, não paginado).

No Brasil, a Constituição Brasileira, de 1988, destaca, em seu Artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). A Lei n. 10.436/2002 reconhece a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como a língua oficial de comunicação dos surdos (BRASIL, 2002b). E o Capítulo VII do Decreto n. 5.626/2005 regulamenta leis – Lei 10.098/00 e Lei 10.436/02 – que garantem o direito das pessoas surdas ou com deficiência auditiva serem atendidas prioritariamente na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos serviços autorizados para a prestação de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras) ou para a sua tradução e interpretação (BRASIL, 2005).

A assistência à saúde das pessoas surdas está fundamentada no princípio da inclusão social, que compreende plena participação em todos os âmbitos da vida, poder de decisão sobre a organização da sociedade, igualdade entre as pessoas, tratamento com respeito, dignidade e valorização da diversidade humana. Para que a inclusão do surdo seja real, é indispensável a acessibilidade atitudinal, comunicacional e de informação (CHAVEIRO; BARBOSA; PORTO, 2008).

Todos os sistemas de saúde dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) são incentivados a classificar as causas de morbidade e mortalidade por meio de instrumentos propostos pela OMS, homogeneizando as informações. Para melhor conhecer as condições de saúde e as questões a ela relacionadas, a OMS elaborou a Família das Classificações, cujo uso em conjunto oferece informações mais amplas e precisas para a tomada de decisões (OMS, 2003). Dentre elas, destacam-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* – e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) – *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, consideradas classificações de referência.

A CID-10 fundamenta-se no modelo **biomédico**, cujas origens se encontram nas obras de Andreas Vesalius (*De Humani Corporis Fabrica*), publicada em 1543, e de Giovanni Battista Morgagni (*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*), publicada em 1761. Tal modelo teve continuidade na teoria mecanicista e na visão positivista nascidas nos séculos XVIII e XIX. Tais concepções foram, ainda, fortalecidas pelo modelo flexneriano, fundamentalmente biológico, que se centra na doença e desconsidera os processos sociais, coletivos e públicos, tendo ênfase nas atividades científicas e de recursos tecnológicos (FLEXNER, 1910; GARRISON, 1966).

É nesse contexto, somado aos anseios de cura do psiquismo que sofre, em que os recursos oferecidos pelo modelo biomédico e a ausência da detecção topológica de sintomas orgânicos são incapazes de aliviar o sofrimento, que emergem as descobertas de Gustav Theodor Fechner (1801-1887), em sua publicação *Elementos de Psicofísica*, de 1860. Nela, o autor consolida os fundamentos da Psicologia que se somam às contribuições de Sigmund Freud (1856-1939), em sua célebre obra *A interpretação dos sonhos*, de 1900, na qual o inconsciente é reconhecido como um dos sistemas do sistema psíquico. Somam-se a estas investigações, os estudos sobre o inconsciente coletivo expostos na obra *Tipos psicológicos*, de Carl Gustav Jung (1875-1961), publicada em 1921, e que alargou o campo de conhecimento dos fenômenos psíquicos.

Engel, em 1977, critica o reducionismo do modelo biomédico e, inspirado na teoria geral dos sistemas, propõe um novo modelo, denominado **biopsicossocial**, que inclui os aspectos psicológicos e sociais. Mediante essas transformações sócio-históricas, a OMS, aderindo aos novos aportes teóricos, cria a CIF, com a finalidade de complementar a CID-10 (ENGEL, 1977).

O modelo biopsicossocial pode ser associado ao modelo socioantropológico da surdez. Ambos não enfatizam exclusivamente a perspectiva orgânica das pessoas surdas, mas adotam a complexa relação entre a deficiência e o meio ambiente. O primeiro modelo considera a deficiência uma condição humana universal, apresenta uma visão holística do ser, reconhece a diferença e professa o paradigma sociocultural, ao mesmo tempo em que considera o meio ambiente (contexto físico, individual, social e atitudinal) como um componente que facilita ou dificulta o exercício da funcionalidade. Já o segundo modelo apoia-se no paradigma social, cultural e antropológico, com raízes nos conceitos do bilinguismo (Língua de sinais e língua majoritária oral/escrita) e do biculturalismo (cultura surda e ouvinte), presentes no contexto da pessoa surda (SKLIAR, 2001).

Nesta investigação, a CID-10 e a CIF foram escolhidas como fontes principais com base nos seguintes critérios: relevância para a assistência à saúde; confiabilidade, por se tratar de documentos oficiais elaborados pela OMS; representatividade entre os documentos que compõem a “Família das Classificações” da OMS; e o contexto particular de sua produção, credibilidade e potencial de utilização pelos sistemas de saúde e profissionais da saúde.

A OMS considera importante desenvolver conhecimentos epidemiológicos para construção de um banco de dados que facilite análises e permita conhecer o perfil de saúde da população em determinado contexto social. A ampla utilização das classificações fortalece a obtenção, a manutenção e a atualização de informações em saúde, necessárias para planejamento, gerenciamento e avaliação dos programas e políticas de saúde (OMS, 1996).

A Família de Classificações da OMS teve seu início com a CID. Pode-se dizer que a primeira versão da CID é representada pelo trabalho pioneiro de John Graunt, ao listar as causas de mortalidade coletadas para o controle da peste, no século XVI, e publicadas no *The natural and political observation made upon the bills of mortality*, em 1622. É considerada a primeira classificação de doenças, apesar de não incluir as doenças não letais. Foi seguida da *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*, de Jacques Bertillon (1852-1922), adotada em 1893, com recomendações para uso internacional, a qual passou por várias revisões ao longo dos anos. Da sexta revisão (CID-6) em diante, a OMS assumiu a responsabilidade sobre a

Classificação, ocasião em que adicionou as causas de morbidades, expandindo o seu alcance (OMS, 1996).

Em um período superior a cem anos, a CID já se faz presente em mais de 124 países, mas apresenta algumas limitações, frequentemente, apontadas por profissionais da saúde. Uma delas é a sua complexidade e extensão: 3 volumes, 22 capítulos, 275 grupos, 2.045 categorias e 12.451 subcategorias, o que dificulta seu uso e manuseio. Outra dificuldade consiste no fato de registrar apenas a prevalência sem, contudo, trazer informações sobre as complicações das doenças e os tipos de assistências necessárias (OMS, 1996).

O volume 1 da CID-10 apresenta o *Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão*, a classificação da morfologia de neoplasias, listas de tabulação para mortalidade e para morbidade, as definições e os regulamentos da nomenclatura. O volume 2 contém a organização para registro e codificação, a descrição básica e as instruções práticas para codificadores de mortalidade e morbidade, assim como as diretrizes para apresentação e interpretação dos dados. O volume 3 é composto pelo índice alfabético da Lista Tabular do volume 1, que auxilia a Lista, além de termos diagnósticos que não estão presentes no volume 1 e de instruções sobre seu uso.

O tempo médio de vigência de cada revisão da CID era de 10 anos, todavia, não foi o que aconteceu com a CID-10, aprovada em 1989, portanto, há 27 anos. A nova versão ainda se encontra na fase de revisão final e não foi formalmente disseminada. No Brasil, a CID foi publicada em Língua Portuguesa, em 1993, mas adotada para mortalidade, em 1996, e para morbidade, em 1997.

A CID-10, base da família de Classificações Internacionais da OMS, classifica, por meio de códigos específicos, “uma variedade de doenças e de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças” (OMS, 1996). Atualmente, está em processo de revisão a CID-11, com previsão para ser publicada em 2018. É a mais longa das revisões. Seus temas estão sendo discutidos publicamente por registros, em plataforma na internet, além de encontros presenciais (OMS, 2016).

Paralelamente, o modelo biomédico passou a ser questionado a partir de contribuições de diferentes áreas do conhecimento, como a antropologia da saúde e várias orientações dentro da Psicologia. Com a comprovação do inconsciente por Freud e posterior atuação antropológica de vários profissionais da saúde, discussões acirradas sobre a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico tornaram-se constantes. Novas concepções e pensamentos passaram a ser articulados, envolvendo não só as dimensões do corpo biológico como o contexto sociocultural. Isso provoca reflexões sobre as percepções que o paciente tem de si mesmo e do seu corpo,

como ele interpreta sua experiência e atribui significado ao seu estado, articuladas com o meio ambiente, suas limitações corporais e as consequências que todos esses fatores geram em sua participação sociocultural. Mediante fatos como esses, o binômio saúde e doença passou a ter uma representação sociocultural, com o reconhecimento de que a experiência do adoecer inclui processos psicobiológicos e socioculturais (HELMAN, 2009; DUARTE, 2003).

Para contemplar o modelo biopsicossocial, a OMS construiu a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH), publicada em 1980, que passou por duas revisões que deram origem à CIF, publicada em 2001, ocorrendo a oficialização, no Brasil, em 2012, pela Resolução CNS n. 452/2012, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Na CIF, a funcionalidade e a incapacidade são descritas tendo em conta a interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, disfunções, lesões e traumas) e os fatores contextuais (ambiental e pessoal), sendo representadas por três componentes: estrutura, função corporal e atividade, a fim de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde” (OMS, 2003, p. 5). A intervenção em qualquer um desses componentes pode potencializar a alteração dos demais.

A CID-10 e a CIF são classificações complementares, podendo ser usadas em conjunto: a primeira registra os dados de mortalidade e morbidade e a segunda os dados sobre funcionalidades. A junção de ambas permite uma descrição dinâmica e ampliada do estado de saúde de pessoas e da população, além de viabilizar a descrição substancial das informações dos sistemas de saúde. Atualmente, o uso da CID e da CIF já é aceito por grande número de países, permitindo melhorar o planejamento, o gerenciamento e a avaliação dos programas e políticas de saúde.

2.6 A CID-10 e o modelo biomédico

As doenças do ouvido encontram-se no Capítulo VIII do volume I – Lista de Códigos da CID-10. Elas estão categorizadas nos seguintes agrupamentos: doenças do ouvido externo, códigos de H60 a H62; do ouvido médio e da mastoide, de H65 a H75; do ouvido interno, de H80 a H83; e outros transtornos do ouvido, H90 a H95. Os códigos concentram-se em partes cada vez menores do corpo, para propiciar mais precisão ao diagnóstico (OMS, 1996), como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Códigos da CID para as doenças do ouvido

ESTRUTURA	CÓDIGOS
Ouvido externo	H60 Otite externa
	H61 Outros transtornos do ouvido externo
	H62 Transtornos do ouvido externo em doenças classificadas em outra parte
Ouvido médio e mastoide	H65 Otite média não-supurativa
	H66 Otite média supurativa e as não especificadas
	H67 Otite média em doenças classificadas em outra parte
	H68 Salpingite e obstrução da trompa de Eustáquio
	H69 Outros transtornos da trompa de Eustáquio
	H70 Mastoidite e afecções correlatas
	H71 Colesteatoma do ouvido médio
	H72 Perfuração da membrana do tímpano
	H73 Outros transtornos da membrana do tímpano
	H74 Outros transtornos do ouvido médio e da mastoide
	H75 Outros transtornos do ouvido médio e da mastoide em doenças classificadas em outra parte
Ouvido interno	H80 Otosclerose
	H81 Transtornos da função vestibular
	H82 síndromes vertiginosas em doenças classificadas em outra parte
	H83 Outros transtornos do ouvido interno
Outros transtornos do ouvido	H90 Perda de audição por transtorno de condução e ou neuro-sensorial
	H91 Outras perdas de audição
	H92 Otolgia e secreção auditiva
	H93 Transtornos degenerativos e vasculares do ouvido
	H94 Outros transtornos do ouvido em doenças classificadas em outra parte
	H95 Transtornos do ouvido e da apófise mastoide pós-procedimentos, não classificados em outra parte

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, a partir da OMS (1996).

As perdas auditivas podem envolver a função vestibular, a articulação, a voz, os órgãos orofaciais, a coordenação pneumofonoarticulatória, dentre outras. O funcionamento e as consequências sociais não são contemplados. Ao negligenciar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença, a abrangência da classificação fica demasiadamente limitada (CAPRA, 2002).

Ao classificar a surdez nessa perspectiva, a CID-10 induz a práticas clínico-terapêuticas nem sempre satisfatórias. A surdez é considerada simplesmente uma doença que precisa ser corrigida ou curada. Para que essa cura aconteça, o corpo desviante deve ser normalizado por terapias de fala, introdução de recursos tecnológicos e disciplinamento do corpo, para que os surdos se enquadrem nos moldes considerados aceitáveis pela sociedade majoritária (CAPRA, 2002).

Ao impor técnicas e modelos de ações aos profissionais da saúde, esses as repassam às pessoas surdas, que recebem uma série de regras que não devem ser infringidas, como, por exemplo, não se comunicar utilizando as mãos, não usar a língua de sinais, ler os lábios do interlocutor pelo olhar, controlar a respiração, falar na expiração, comunicar por meio da voz, usar e dar constante manutenção aos seus aparelhos de amplificação sonora. A CID-10, com seu modelo biomédico, abre, portanto, caminho para práticas de adestramento, mas isso não impede que o povo surdo continue a apreender melhor o mundo por meio de suas habilidades visuais.

Será que os diagnósticos de surdez encontrados na CID contemplam os desafios para a abordagem e o tratamento da surdez e dos demais problemas de saúde que uma pessoa surda experimenta ao longo de sua vida? As orientações dadas na perspectiva biomédica da CID-10 conduzem a melhores escolhas pelas famílias com crianças surdas? Elas asseguram a eficácia de seu desenvolvimento? Qual o papel da CID na vida das pessoas com deficiência? Seria apenas o de classificar o *deficit* auditivo? Qual é a repercussão da deficiência auditiva na vida de uma pessoa? Essas questões merecem a busca de respostas.

Todas as pessoas que convivem com pessoas surdas (familiares, educadores, linguistas, cientistas sociais, antropólogos, fonoaudiólogos, médicos etc.) não podem se furtar ao reconhecimento da diferença linguística, nem ao conhecimento da língua de sinais, a qual habilita ao desenvolvimento das capacidades inerentes às pessoas surdas. Não há como manter-se preso à hegemonia de uma única cultura, pois as diferenças culturais são um traço comum entre os seres humanos. Já é hora da vivência e da experiência com a alteridade nos conduzir para o que está claro na relação com o “outro surdo”. Desse modo, o processo de classificação precisa deixar de imputar ao déficit a vilania da incapacidade e mudar o foco da visão sobre deficiência (SKLIAR, 2001).

O papel que desempenha uma deficiência no começo da vida de um sujeito não é o de ser o centro inevitável de uma limitação, mas, pelo contrário, a força motriz do seu desenvolvimento. O cérebro dos primeiros anos de vida é de tal plasticidade que só uma profunda e errada abordagem negaria todo o potencial de compensação que se reúne na direção contrária ao *deficit*. Em outras palavras, a criança não vive a partir de sua deficiência, mas a partir do esforço realizado para ser um equivalente funcional (SKLIAR, 2001).

Após receber sua “classificação” pela CID-10, uma pessoa surda não viverá em função desse código que lhe é aplicado. O que ela precisa é que, a partir desse código, as barreiras impeditivas ao seu desenvolvimento sejam ultrapassadas para estimular planos de ações que as eliminem. A fixação da atenção no **modelo biomédico** pela aplicação restrita da CID-10 impede

a aceitação das diferenças e das peculiaridades das pessoas surdas. Ao marcar a deficiência por seus códigos, o uso exclusivo dessa classificação pode fomentar a exclusão e o estigma.

2.7 A CIF e o modelo biopsicossocial

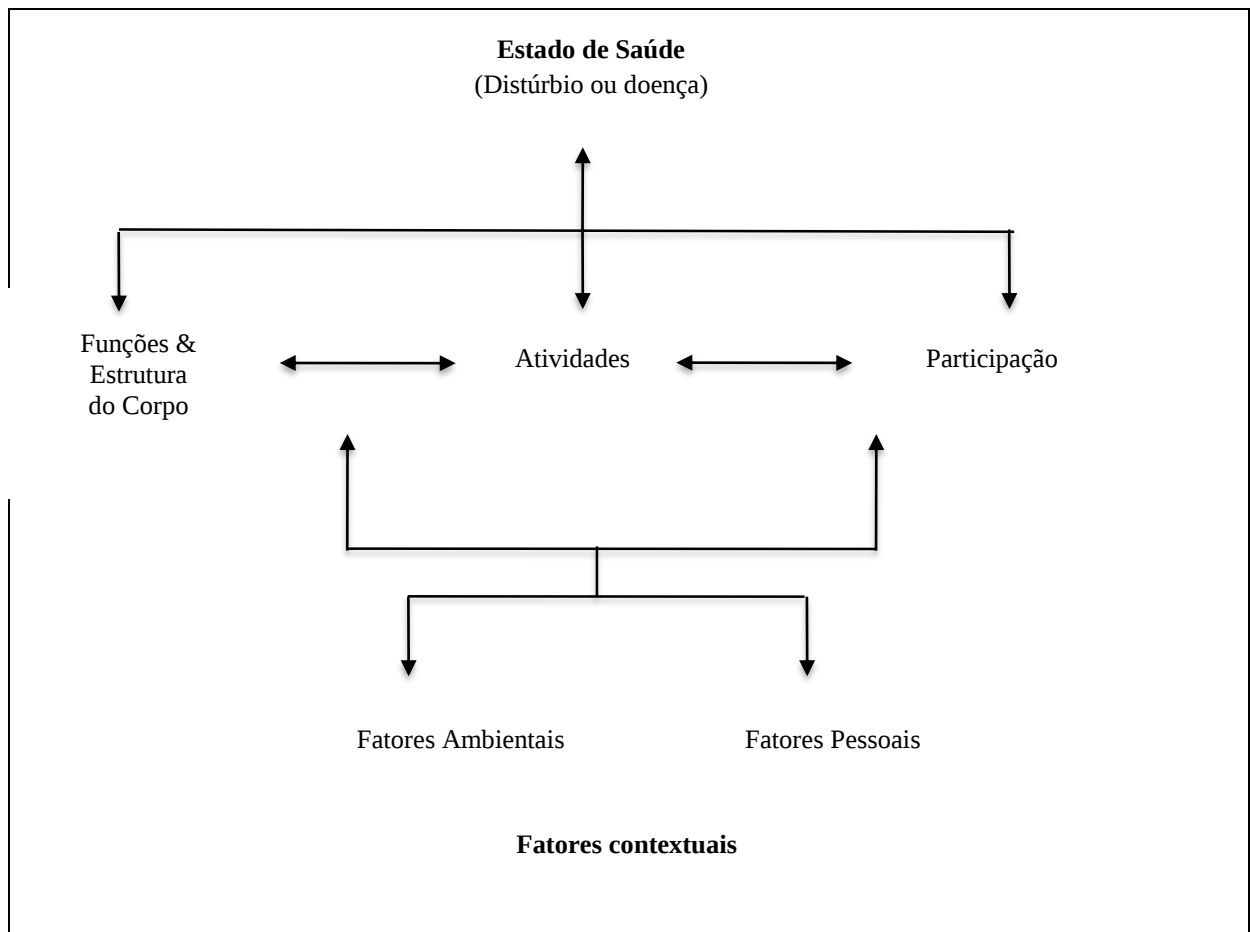
Como vimos, apenas o registro dos aspectos biofisiológicos não é suficiente para abarcar todas as demandas oriundas de problemas de saúde. A importância das reações psicológicas e os aspectos culturais e socioeconômicos envolvidos no processo saúde-doença são de extrema relevância. Para incluí-los, a CID-10 precisa ser complementada pelos documentos que compõem a “Família das Classificações” da OMS, sobretudo, pela CIF (OMS, 2003).

A CIF tem como princípios a universalidade (aplicável a todas as pessoas), a paridade (a incapacidade não deve ser diferenciada pela etiologia), a neutralidade (possibilidade de expressão dos pontos positivos e negativos) e os fatores ambientais (circunda os fatores físicos, atitudinais, institucionais e legais). Só os diagnósticos etiológicos, anatomopatológicos ou fisiopatológicos não são capazes de balizar a incapacidade. Pessoas com os mesmos diagnósticos podem apresentar distintas performances na realização de suas atividades. Isso porque o perfil funcional e/ou incapacitante está estreitamente ligado aos fatores contextuais.

Em vista disso, a conceituação de doença e da incapacidade passa a ser alicerçada sobre três dimensões: a estrutura (partes anatômicas), o funcionamento corporal (funções fisiológicas ou psicológicas) e as atividades de pessoas, tanto no âmbito individual como na participação social. Isso valoriza as interações anatômicas e funcionais com as circunstâncias vivenciadas, cultural e socialmente, para detectar o que pode estar limitando as atividades e restringindo a capacidade de participação de qualquer pessoa (PORTUGAL et al., 2010).

O modelo de funcionalidade é o maior atributo da CIF. Em suas versões anteriores, no entanto, apresentava uma perspectiva linear: a doença causava a deficiência e esta, a incapacidade. Em sua versão atual, o modelo que acomoda a funcionalidade é denominado **biopsicossocial**, uma vez que inclui os vários determinantes que interferem na funcionalidade, na atividade e na participação. O modelo biopsicossocial da CIF é multidimensional e pode auxiliar em diferentes campos de aplicabilidade com base no conceito de funcionalidade e de fatores contextuais. O esquema de funcionalidade da CIF é o mostrado na Figura 13.

Figura 13 – Modelo de funcionalidade da CIF



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir da CIF (2003).

A CIF pode gerar diversas informações sobre funcionalidade e dentre elas destacam-se, como matriz da informação, os dados relativos à atividade e à participação. A participação pode ser observada por dois tipos de dados diferentes, a saber: a capacidade e o desempenho, sendo a capacidade aquilo que o indivíduo consegue fazer sem a intervenção do contexto, ou seja, sem o auxílio dos fatores ambientais e pessoais; e o desempenho aquilo que a pessoa consegue fazer em seu ambiente real, ou seja, influenciada pelo ambiente e fatores pessoais.

É possível pensar, por exemplo, um surdo na presença do intérprete de língua de sinais, em momento de comunicação social. Isso quer dizer que ele consegue desempenhar essa atividade mesmo que seu interlocutor não saiba LS, pois ele terá o auxílio do intérprete durante seu processo comunicativo. Nesse caso, estamos nos referindo ao desempenho do surdo. Será que sem a presença do intérprete de língua de sinais o surdo teria condições de se comunicar em diferentes situações de sua vida? Em outras circunstâncias, isso pode ocorrer quando um surdo utiliza um *software* mediador de LS para fazer-se entender, ou conta com a presença de um intérprete virtual por dispositivo eletrônico, ou encontra um interlocutor que saiba LS. Esses

são fatores ambientais que facilitam a vida das pessoas surdas. Contudo, esses fatores podem ser facilitadores ou barreiras. São eles que determinam o desempenho da pessoa, o que ela consegue ou não fazer em sua vida real.

No que diz respeito à surdez, os fatores psicossociais devem ser considerados relevantes, pois podem interferir como facilitadores, mantenedores ou modificadores do diagnóstico. A abordagem sistêmica e interdisciplinar do modelo biopsicossocial, proposta para o funcionamento humano, relata que cada componente (biológico, psicológico e social) pode afetar e ser afetado por qualquer um dos outros.

A deficiência é um fenômeno universal. Ela ocorre em qualquer lugar e pode atingir pessoas de diferentes classes sociais, raças, gêneros e culturas. A incapacidade não é uma condição da pessoa, mas o resultado das situações genéticas ou entre o ser humano e o meio no qual está inserido.

Ao contrário da CID-10, a CIF não classifica as pessoas, mas descreve seu estado de saúde dentro de uma gama de domínios da saúde e de suas relações com o contexto social. As deficiências podem expressar uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente uma doença, tal como faz o modelo biomédico.

Ao diagnosticar a surdez, é possível pensar em um arquétipo de surdo profundo, cuja surdez é representada pela deficiência sensorial e expressa uma condição de vida, mas não necessariamente caracteriza a presença de uma doença. A perda da acuidade auditiva é uma deficiência de uma estrutura do corpo; contudo, isso não quer dizer que a pessoa surda deve ser considerada doente.

A nova postura adotada pela CIF passa de uma classificação de “consequência das doenças” (versão de 1980) para uma classificação de “componentes da saúde”, tornando mais abrangente os registros em saúde, pois “a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, disfunções, lesões) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais)” (OMS, 2003, p. 5).

Enquanto a CID-10 ocupa-se exclusivamente em identificar as condições relacionadas às lesões de disfunções, a CIF abre espaço para o registro de capacidade, desempenho/execução, atividade/participação e limitação/restrrição, ou seja, para incluir a funcionalidade. Por isso, especialistas internacionais enfatizam a importância da CIF na identificação de perfis de pessoas com deficiência e incapacidade (SIMEONSSON, 2003).

A perda auditiva marca os fatores biológicos (na estrutura ou na função) como uma característica corporal, mas não os associa com as causas etiológicas, e sim como resultado do somatório das alterações anatômicas e/ou funcionais, associando relação com o meio ambiente.

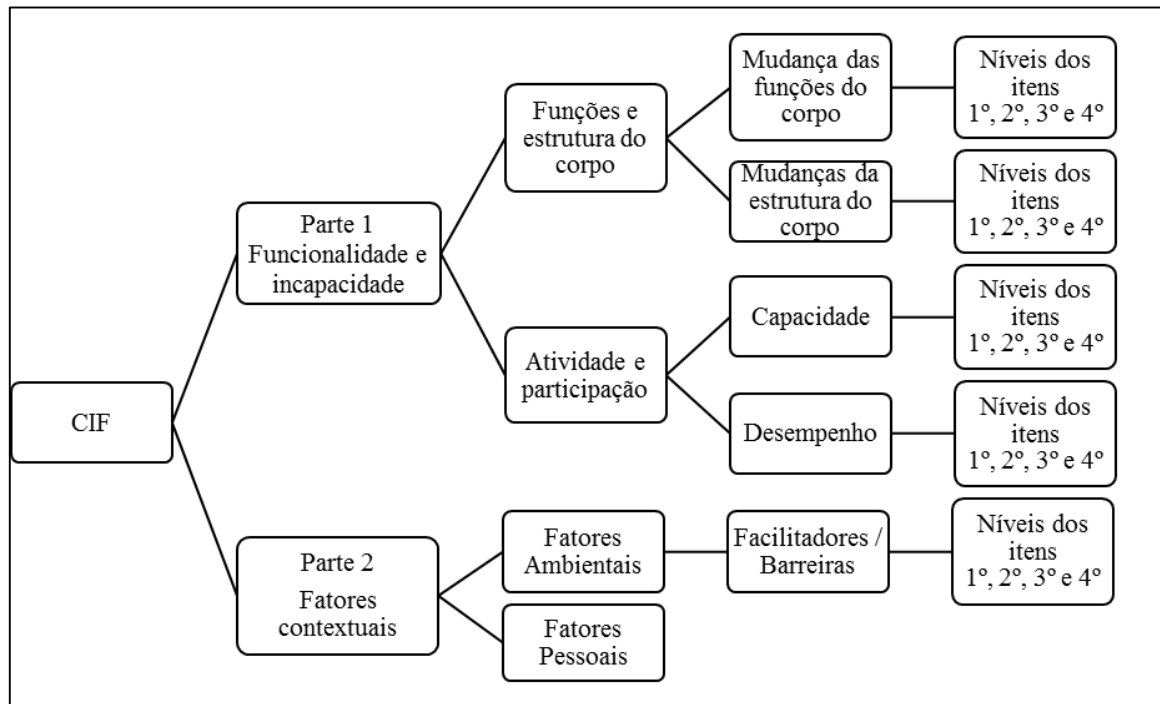
O modelo socioantropológico não entende o surdo como um indivíduo possuidor de um estado de anormalidade mórbida que precisa ser curada e normalizada, tampouco como alguém incapaz de se comunicar pelo fato de não poder fazê-lo na modalidade oral-auditiva, tal como se configura na maioria das línguas utilizadas pelos homens. O surdo é concebido como um ser humano que, por restrição auditiva, criou uma língua visuoespacial que, se adaptada às suas demandas funcionais, possibilita-lhe comunicação proficiente. É nas relações entre seus pares que os surdos encontram sua identidade linguístico-cultural (SKLIAR, 2001).

O modelo biopsicossocial da CIF, sintonizado com o modelo socioantropológico da surdez, parte da premissa de que o fato de não escutar não significa incapacidade de comunicação e reconhece que, pelo acesso natural à língua de sinais, torna-se possível a aquisição e o desenvolvimento cognitivo.

Ao descrever os aspectos de saúde do povo surdo pela codificação alfanumérica da CIF, deve-se ter o cuidado em registrar não só os aspectos de estruturas e funções auditivas, mas averiguar aquelas que amparam a produção/execução da língua de sinais, tais como estruturas e funções da visão, estruturas e funções neuromusculoesquelética, funções relacionadas com os movimentos, além de funções mentais.

A CIF tem uma estrutura hierárquica que apresenta a forma de registrar os determinantes, os resultados, as condições relacionadas com a saúde, por meio dos componentes das funções e estruturas, atividades e participação e fatores ambientais. Estes poderão ser classificados com precisão, mediante uma lista com mais de 1400 categorias, formando as unidades de classificação e os níveis diferenciados de especificidades registrados. A hierarquia da CIF, apresentada na Figura 14 elucida a forma progressiva de operacionalizar o seu uso.

Figura 14 – Estrutura hierárquica da CIF



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, a partir da OMS (2003).

Quando se fala de saúde das pessoas surdas, as inferências são direcionadas ao uso sensorial da audição. No entanto, a audição não deve receber toda a atenção na prática dos profissionais da saúde e áreas afins. Pelo contrário, a saúde deve ser observada de um ponto de vista integral e o atendimento deve ser humanizado.

2.8 Implicações dos modelos propostos no atendimento a pessoas surdas

A utilização da família das Classificações da OMS pelos sistemas de saúde é um avanço. Se não houver, porém, o uso da LS como idioma na relação do paciente surdo com os profissionais da saúde, os resultados das intervenções e os dados colhidos poderão não ser suficientemente compreendidos para serem considerados confiáveis.

A CID-10 é um documento que objetiva codificar os comprometimentos em saúde, apoiando-se exclusivamente em critérios de natureza médica para padronizar o registro das doenças. A CIF, por sua vez, representa um modelo de classificação da funcionalidade do indivíduo, destacando as limitações em relação às atividades das pessoas, além de propor uma nomenclatura para a funcionalidade humana. Não é relevante para a CIF avaliar apenas as alterações das estruturas ou das funções do indivíduo, indo, além disso, ao propor codificá-las com as limitações de atividades e restrições de participação que as pessoas vivenciam no

transcorrer das interações entre as estruturas biopsicológicas e as características de seus ambientes sociais. Juntas, CID-10 e CIF podem complementar-se e contribuir para uma adequada tomada de decisão pelos profissionais de saúde.

Segundo Skliar (2005, p. 11) “a surdez constitui uma diferença a ser politicamente reconhecida; a surdez é uma experiência visual; a surdez é uma identidade múltipla ou multifacetada e, finalmente, a surdez está localizada dentro do discurso sobre a deficiência” sustentada pelo modelo biomédico da CID-10. Ao assistir as pessoas surdas, é preciso, portanto, rejeitar as posturas que encaram e utilizam a CID-10 pelo prisma do desvio dos seres humanos e que os consideram doentes perante os outros, enquadrando-os em concepções de patologia e anormalidade. De acordo com Meadow, a “surdez profunda é muito mais que um diagnóstico médico: é um fenômeno cultural no qual padrões sociais, emocionais, linguísticos e intelectuais estão inextricavelmente ligados” (MEADOW, 1975).

Por se basear totalmente no modelo biomédico, a utilização isolada da CID-10 não abarca as necessidades da pessoa surda que usa a LS, visto que sua base teórica é incompatível com a perspectiva socioantropológica da surdez. Logo, para se registrar as questões de saúde das pessoas surdas é necessário o uso concomitante das duas classificações. Com a CID-10, obtém-se informações de mortalidade e morbidade e, com a CIF, os dados funcionais. A inclusão de dados de funcionalidade possibilita conhecer o modelo de vida das pessoas, e não apenas suas doenças, bem como o que as leva a óbito.

As notificações em códigos da CID-10 e CIF propiciam criar bancos de dados com informações relevantes e amplitude maior sobre o estado de saúde da população do que quando utilizadas em separado. Além disso, a CIF pode auxiliar na padronização da linguagem, favorecendo as comparações entre regiões e países. O uso concomitante beneficia não só as pessoas surdas, mas a população em geral, uma vez que proporciona o conhecimento real da situação de vida das pessoas, possibilitando a formulação de novas políticas públicas nas áreas da saúde, educação, empregabilidade, transporte, moradia e segurança.

Uma preocupação a ser observada é a interação entre os profissionais e o paciente surdo no momento de uso da CIF. A interação deve acontecer por intermédio de uma comunicação efetiva. O idioma usado durante esse processo deve contemplar as necessidades linguísticas dos surdos. As suas respostas serão em Libras; logo, o processo de registro precisa ser considerado pelos profissionais, principalmente, para os que desconhecem a LS. Para que os registros sejam confiáveis, é necessário que se tenha a acessibilidade linguística.

A atenção à saúde das pessoas surdas não pode ater-se às estruturas e funções do corpo, tendo como foco apenas o sistema sensorial auditivo. É necessário que sua integralidade seja garantida para que a assistência seja compatível com as suas necessidades.

Enfim, todos os avanços científicos e tecnológicos alcançados até hoje não foram capazes de anular as diferenças, mas podem colaborar com a aceitação e o respeito a elas, promovendo um atendimento verdadeiramente humanizado e integral do usuário surdo pelo uso da LS.

Cumprе ressaltar que algumas categorias do componente Funções e Estruturas do Corpo e as categorias da CID-10 parecem sobrepor-se, principalmente no que se refere aos sintomas e sinais. Destacam-se as seguintes superposições entre as duas classificações, no que se refere à pessoa surda: a) os sintomas e sinais envolvendo estados emocionais (CID) coincidem com as funções emocionais (CIF); b) os distúrbios da fala (CID), com as funções da voz e fala (CIF); c) as doenças do olho e anexos (CID), com a visão e funções relacionadas (CIF); d) as doenças do ouvido e os processos da mastoide (CID), com a audição e funções vestibulares (CIF); e) sintomas e sinais envolvendo cognição, percepção, estado emocional e comportamento – sonolência, estupor e coma (CID), com a alteração de funções mentais – estado de consciência –, as quais, quando alteradas, produzem estados como obnubilação da consciência, estupor ou coma (CIF)

Os propósitos das duas classificações, no entanto, são diferentes. A CID-10 classifica sintomas em capítulos especiais para documentar a morbidade ou a utilização de serviços, enquanto que a CIF os mostra como parte das funções do corpo, que podem ser utilizados na prevenção ou na identificação das necessidades dos doentes. Na CIF, a classificação das Funções e Estruturas do Corpo é mais importante, tendo sido concebida para utilização conjunta com as categorias de Atividades e Participação.

O caráter mecanicista com suporte positivista da CID fornece uma vasta gama de informações sobre as condições gerais de saúde, tanto que exprime uma visão biomédica por meio dos aspectos etiológicos e anatomofisiológicos. Isso faz dela uma classificação que tem pouca coisa em comum com a visão socioantropológica da pessoa surda.

A CIF, ao contrário da CID, fornece informações biopsicossociais sobre a pessoa surda, focando no seu potencial funcional e no respeito pela LS. A sua abordagem apresenta grande compatibilidade com a visão socioantropológica da pessoa surda, pois sua fundamentação teórica está arraigada na visão integral do ser. Ao valorizar a funcionalidade, reconhece a língua natural dos surdos, respeitando-os como minoria linguística.

O uso em separado das duas classificações de referência pode não suprir as reais necessidades da população surda. Já o uso sincrônico da CID-10 e CIF potencializa o armazenamento de dados, propiciando a construção de um acervo consistente e integral sobre as questões de saúde e funcionalidade dos surdos.

Essa associação de informações pode mostrar as reais condições de vida das pessoas surdas, permitindo encaminhar ações, remover barreiras, apontar soluções, disponibilizar facilitadores, fazer intervenções, usar e disseminar a Libras, contratar intérpretes, tomar decisões, traçar políticas de saúde, administrar orçamentos para transformar a incapacidade em funcionalidade, e promover a igualdade de oportunidades, valorizando a diversidade humana e favorecendo a inclusão social.

3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Um instrumento de medição adequado é aquele que registra dados observáveis que representam verdadeiramente os conceitos ou variáveis que o pesquisador tem em mente.

Sampieri; Collado; Luciop (1996, p. 242)

É o desejo que cria o desejável e o projeto que lhe põe fim.

Simone de Beauvoir

No cenário contemporâneo, a concepção do homem como um ser holístico tem inspirado, na área da saúde, o surgimento de modelos biopsicossociais, que se preocupam não apenas com a doença em si, mas também com a pessoa e com a sua qualidade de vida. A ausência, porém, de um consenso sobre algum conceito pleno e definitivo abre diversas vertentes de linhas de estudos transdisciplinares, que, por sua vez, têm conduzido à criação e ao uso de instrumentos capazes de aferir a qualidade de vida das pessoas.

Este capítulo apresenta o conhecimento já produzido na perspectiva da criação e validação de instrumentos psicométricos, destacando os mais utilizados pela OMS para avaliação da qualidade de vida.

3.1 Tipos e características

O conceito de QV vem sofrendo variações ao longo do tempo, em função dos contextos históricos e das mudanças sociais e culturais. Frente aos inúmeros conceitos e suas mutações, a OMS, interessada na avaliação de QV, busca por um consenso conceitual do termo, que venha a fortalecer a “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS), expressão que, de acordo com Fleck et al. (2008), é mais ampla para subsidiar e desenvolver instrumentos de aferição em QV.

Na década de 1970, surgem os primeiros instrumentos científicos para avaliar a QV, sendo alguns de caráter genérico, destinados à população em geral, e outros com finalidade específica. O uso tanto dos instrumentos **genéricos** quanto dos **específicos** pressupõe que as respostas representam a percepção dos sujeitos (DUARTE; CICONELLI, 2006). O uso dos **instrumentos genéricos** permite a comparabilidade dos resultados entre distintas populações e podem favorecer os estudos que precisam avaliar o sistema de saúde e sua área de planejamentos, além dos estudos de caráter epidemiológicos. Frente a condições

específicas, porém, esses instrumentos genéricos podem não ser sensíveis o suficiente para detectar as particularidades em questão (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O Quadro 3 traz os alguns instrumentos genéricos para avaliação da QV.

Quadro 3 – Instrumentos genéricos para avaliação da QV

INSTRUMENTOS GENÉRICOS PARA AVALIAÇÃO DA QV				
NOME DO INSTRUMENTO	AUTORES	DOMÍNIOS	FACETAS	QUESTÕES
<i>Lehman Quality of Life Interview (QOLI)</i>	Lehman; Ward, Linn (1982)	8	-	143
<i>Medical Outcomes Study - Short Form (MOS SF--36)</i>	Ware; Sherbourne (1992)	8	11	36
<i>WHOQOL-100</i> ¹³	The WHOQOL Group (1994b)	6	25, sendo 1 gera)	100
<i>WHOQOL-Bref</i> ¹⁴	The WHOQOL Group (1996)	4	24	26, sendo 2 gerais
<i>WHOQOL-8</i> ¹⁵	Australian WHOQOL Field Center (2006)	5	6	8, sendo 2 gerais

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os **instrumentos específicos** detêm-se nas particularidades da QV de determinado grupo ou de pessoas acometidas por doenças. Eles dão ênfase nos aspectos específicos a serem mensurados, mas são frágeis quanto à avaliação dos aspectos gerais, uma vez que não possuem este foco. É importante, portanto, usar, concomitantemente ao instrumento genérico, o instrumento específico, pois ele permitirá capturar as vivências com mais precisão.

O *WHOQOL Group* criou vários módulos para avaliar com mais precisão a QV de grupos específicos. Esses módulos tiveram como matriz de referência, o instrumento genérico *WHOQOL-100*. São instrumentos destinados a públicos bem definidos ou para domínios bem específicos, como detalhado no Quadro 4.

¹³ O *WHOQOL-100*, considerado muito extenso, pois é formado por 100 questões, deu origem a um formato abreviado, o *WHOQOL-Bref* para avaliação global, com apenas 26 questões, o que facilita a sua aplicação.

¹⁴ A sigla BREF designa os melhores documentos de referência (*Best REFerence documents*) adotados, por exemplo, por organismos internacionais, por descreverem os últimos procedimentos, ações ou estratégias relacionadas uma determinada atividade (EUROPEAN COMMISSION, 2016).

¹⁵ Instrumento construído a partir do *WHOQOL-100* para avaliar, no Continente Europeu, indicadores em saúde. Inicialmente, foi denominado de *EUROHIS-QOL* e só recentemente passou a ser chamado de *WHOQOL-8* (AUSTRALIAN WHOQOL FIELD CENTER, 2006).

Quadro 4 – Características dos instrumentos de avaliação da QV utilizados pela OMS

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA AVALIAÇÃO DA QV					
NOME DO INSTRUMENTO	PÚBLICO-ALVO	AUTORES	DOMÍNIOS	FACETAS	QUESTÕES
<i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q0)</i>	Pessoas com depressão	Endicott et al.(1993)	8	14	93, sendo 2 gerais
<i>WHOQOL-HIV/AIDS</i>	Pessoas com imunodeficiência adquirida	The WHOQOL Group (2001)	6	29 (24 do WHOQOL-100 + 5 específicas)	120
<i>WHOQOL-HIV/Aids-Bref</i>	Pessoas com HIV/Aids	The WHOQOL-HIV Group (2002)	4	29 (24 do WHOQOL-Bref + 5 específicas)	31
<i>WHOQOL-OLD</i>	Pessoas idosas - módulo complementar	The WHOQOL Group (2005)	1	6	24
<i>WHOQOL-SRBP</i>	Espiritualidade, religião, crenças pessoais	The WHOQOL-SRBP Group (2006)	6	32 (24 do WHOQOL-100 + 8 específicas)	132
<i>WHOQOL-Children ou C-QOL</i>	Para crianças	Jirojanakul; Skevington (2004)	7	27	54
<i>WHOQOL-Pain</i>	Pessoas com dor crônica	The WHOQOL-PAIN Group (2004)	1	4	12
<i>WHOQOL-DIS</i> ¹⁶	Pessoas com deficiência	THE WHOQOL-DIS Group (2010)	3	13	13, sendo 1 específica
<i>WHOQOL-Bref/Libras</i>	Pessoas surdas	Chaveiro et al. (2013)	4	24	26, sendo 2 gerais

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os projetos de elaboração e validação de instrumentos desta natureza, alguns deles coordenados pela OMS, são projetos multicêntricos, desenvolvidos para avaliação de QV em uma perspectiva internacional e de caráter transcultural. O primeiro instrumento proposto foi o *WHOQOL-100* e sua forma resumida, o *WHOQOL-Bref*. Esses instrumentos

são propriedades da OMS e estão atualmente disponíveis em 20 idiomas de línguas orais. A versão em Português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (DUARTE, 2011, p. 48).

O instrumento *WHOQOL-100* é composto por 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais), 24 facetas (com quatro questões cada uma) e 100 questões (sendo uma genérica sobre QV, que é a de número 25 (FAYERS; MACHIN, 2000; FLECK, 1999).

¹⁶ O *WHOQOL-DIS* possui três versões: *WHOQOL-DIS-ID*, para deficiência intelectual; *WHOQOL-DIS-PD*, para deficiência física; e *WHOQOL-DIS-Proxy*, para cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. São módulos adicionais para serem usados conjuntamente com os instrumentos genéricos.

A necessidade de um instrumento que facilitasse em agilidade e tempo as pesquisas em QV levou a OMS a realizar um estudo de campo com vinte centros colaboradores de dezoito países, de modo a desenvolver uma versão abreviada do *WHOQOL-100*. O produto final foi o *WHOQOL-Bref*, com 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) 24 facetas (com uma questão cada) e 26 questões (sendo 2 delas gerais: uma referente à QVG e outra à percepção geral da saúde). O *WHOQOL Group* preservou as qualidades psicométricas no seu instrumento abreviado (FAYERS; MACHIN, 2000; FLECK et al., 1999; *THE WHOQOL GROUP*, 1995, 1998).

As estruturas dos dois instrumentos podem ser observadas no Quadro 5.

Quadro 5 – Estrutura dos instrumentos *WHOQOL-100* e *WHOQOL-Bref*

DOMÍNIOS E FACETAS DO <i>WHOQOL-100</i>		DOMÍNIOS E FACETAS DO <i>WHOQOL-BREF</i>	
DOMÍNIOS	FACETAS	DOMÍNIOS	FACETAS
I Físico	1-Dor e desconforto	I Físico	1- Dor e desconforto
	2-Energia e fadiga		2- Energia e fadiga
	3-Sono e repouso		3- Sono e repouso
			9- Mobilidade
			10- Atividade de vida cotidiana
			11- Dependência de medicação
			12- Capacidade de trabalho
II Psicológico	4-Sentimentos positivos	II Psicológico	4-Sentimentos positivos
	5-Pensar, aprender, memória e concentração.		5-Pensar, aprender, memória e concentração
	6-Autoestima		6-Autoestima
	7-Imagem corporal e aparência		7-Imagem corporal e aparência
	8-Sentimentos negativos		8-Sentimentos negativos
			24-Espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais
III Nível de Independência	9-Mobilidade		
	10-Atividade de vida cotidiana		
	11-Dependência de medicação e de tratamento		
	12-Capacidade de trabalho		
IV Relações sociais	13-Relações pessoais	III Relações sociais	13-Relações pessoais
	14-Apoio social		14-Suporte, apoio social
	15-Atividade sexual		15-Atividade sexual
V Meio Ambiente	16-Segurança física e proteção	IV Meio Ambiente	16-Segurança física e proteção
	17-Ambiente no lar		17-Ambiente no lar
	18-Recursos financeiros		18-Recursos financeiros
	19-Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e quantidade		19-Cuidados de saúde e social: disponibilidade e qualidade
	20-Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades		20-Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
	21-Participação de oportunidades, lazer		21-Participação de oportunidades, lazer
	22-Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima		22-Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima
	23-Transporte		23-Transporte
V Aspectos espirituais, religião, crenças pessoais	24 Espiritualidade, religião, crenças pessoais		
Questão geral	25 Quanto você se preocupa com sua saúde?	1ª questão geral	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
		2ª questão geral	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nos instrumentos que fazem parte da família *WHOQOL* todas as questões são fechadas. Usa-se uma escala de respostas de cinco pontos, do tipo Likert. São quatro tipos de escalas: a de intensidade, a de capacidade, a de frequência e a de avaliação, conforme mostrado no Quadro 6 (FLECK, 1999).

Quadro 6 – Escala de resposta tipo Likert utilizada nos instrumentos da família WHOQOL

ESCALA	0%	25%	50%	75%	100%
Intensidade	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Avaliação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
	Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

Fonte: Compilado pela pesquisadora.

Ao analisar a distribuição de respostas é possível constatar que há uma predominância de respostas da escala de intensidade e avaliação em detrimento das escalas de capacidade e frequência.

Para padronizar as respostas, sendo o valor 5 para a mais positiva e 1 para a mais negativa, 21 questões usam a ordem original, enquanto 3 delas sofrem uma conversão dos valores da escala, como mostra o Quadro 7 (FLECK, 1999).

Quadro 7 – Logística para padronização dos valores nas escalas de respostas

ESCALA	0%	25%	50%	75%	100%
Original	1	2	3	4	5
Convertida	5	4	3	2	1

Fonte: Compilado pela pesquisadora.

Dentre as 24 questões que compõem as facetas do *WHOQOL-Bref*, três delas precisam converter suas repostas da escala, a saber: questões de número Q3*, Q4* e Q26* dentro dos domínios apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Domínios, facetas e questões do WHOQOL-Bref

DOMÍNIOS	FACETAS	QUESTÕES
I Físico	1-Dor e desconforto	Q3* - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	2-Energia e fadiga	Q 10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	3-Sono e repouso	Q 16 - Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?
	9-Mobilidade	Q 15 - Quão bem você é capaz de se locomover?
	10-Atividades da vida cotidiana	Q 17 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	11-Dependência de medicação ou de tratamentos	Q 4* - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	12-Capacidade de trabalho	Q 18 - Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?
II Psicológico	4-Sentimentos positivos	Q 5 - O quanto você aproveita a vida?
	5-Pensar, aprender, memória e concentração	Q 7 - O quanto você consegue se concentrar?
	6-Autoestima	Q 6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
	7-Imagem corporal e aparência	Q 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	8-Sentimentos negativos	Q 26* - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
	24-Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais	Q 19 - Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?
III Relações Sociais	13-Relações pessoais	Q 20 - Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	14-Suporte (apoio) social	Q 22 - Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
	15-Atividade sexual	Q 21 - Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?
V Meio Ambiente	16-Segurança física e proteção	Q 8 - Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?
	17-Ambiente no lar	Q 23 - Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?
	18-Recursos financeiros	Q 12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	19-Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Q 24 - Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	20-Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Q 13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	21-Participação em e oportunidades de recreação/lazer	Q 14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	22-Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	Q 9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	23-Transporte	Q 25 - Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?
Qualidade de vida global	Q 1-Como você avaliaria sua qualidade de vida?	
Percepção geral da saúde	Q 2-Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	

* Questões que precisam converter suas escalas de repostas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O cálculo dos resultados do *WHOQOL-Bref* é realizado por meio da transcrição sintática citada, a seguir:

- verificar se todas as 26 questões foram respondidas entre os valores 1 a 5;
- converter todas as questões que têm as repostas da escala invertida;
- calcular os escores dos domínios pela soma dos escores da média do número de questões que compõem o domínio;
- converter os escores dos domínios para uma escala de 0 a 100;
- questionários que apresentem ausência de respostas de 80% (6 questões) ou mais devem ser eliminados da amostra (*THE WHOQOL GROUP*, 1998).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos por um único centro ou grupo de pesquisadores. Esse fator faz deles instrumentos pouco divulgados e de uso restrito, como o *WHOQOL-8*¹⁷, o *WHOQOL-Children*¹⁸, o *WHOQOL-Pain*¹⁹, e o *WHOQOL-Libras*²⁰, para pessoas surdas que usam a Língua Brasileira de Sinais (Libras).

3.2 Critérios para validação

A qualidade dos instrumentos de medição precisa ser meticulosamente verificada antes de certo instrumento ser definido como aquele que será utilizado em uma pesquisa, de modo a assegurar o rigor das informações fornecidas. Criar instrumentos de medição não é tarefa fácil e exige planejamento, investimento e rigor. Caso não exista nenhum instrumento que contemple o objeto em pauta, é necessário investir em sua elaboração. Todavia, se algum instrumento que contemple o tema em voga for encontrado, deve ser considerado. O instrumento encontrado deve apresentar evidências psicométricas de qualidade e adequada usabilidade, demonstrando ser compatível com o construto a ser aferido. Se ele foi construído em outra cultura, é indicada

¹⁷ Instrumento construído a partir do *WHOQOL-100* para avaliar, no continente europeu, indicadores em saúde. Inicialmente, foi denominado de *EUROHIS-QOL* e só recentemente passou a ser chamado de *WHOQOL-8* (*AUSTRALIAN WHOQOL FIELD CENTER*, 2006).

¹⁸ Desenvolvido por pesquisadores tailandeses por meio da adaptação do *WHOQOL-100*. Pode ser conhecido, também, por *Quality of life Measure for Children (C-QOL)* (*JIROJANAKUL; SKEVINGTON*, 2004).

¹⁹ Pesquisa de aplicação restrita na Inglaterra sobre a dor crônica física, cria módulo relacionado à dor e ao desconforto, com 16 questões e 4 facetas para compor o *WHOQOL-100*. Este módulo, assim como o *WHOQOL Children*, não foi construído em parceria com os demais centros de pesquisa do *WHOQOL Group*. (*MASON; SKEVINGTON; OSBORN*, 2010).

²⁰ *WHOQOL-Libras* foi construído em 2011, e se encontra em processo final de validação (*CHAVEIRO et. al*, 2011).

a sua adaptação transcultural, observando-se a familiaridade cultural, a generalização e sua capacidade de comparabilidade dos dados (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Há, na literatura, indicações para se realizar a adaptação transcultural de instrumentos de medição em oposição à construção de novos instrumentos. Os fatores relevantes para indicação de adaptação de um instrumento de aferição são a possibilidade de realização de estudos comparativos entre populações de nacionalidades distintas, a remissão de tempo e a economia de recursos. O elevado volume de pesquisas internacionais com caráter intercultural pede instrumentos comuns para a comparabilidade dos dados, de forma que fica evidente a importância das adaptações transculturais para a obtenção de instrumentos multiculturais e multilíngues (HAMBLETON, 2005).

Inicialmente, os instrumentos elaborados em uma cultura passavam simplesmente por uma tradução do idioma de origem para o idioma de destino. Em raras situações, acontecia a comparabilidade dos instrumentos por meio de uma retrotradução. A mera tradução de um instrumento não satisfaz, equitativamente, o seu uso em contexto diferente do que foi gerado. Há uma grande preocupação, por parte dos pesquisadores que deles dependem, em observar não só a validade linguística, como também os aspectos idiomáticos, o estilo de vida da população e o seu contexto sociocultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1997, 1998).

Há algumas propostas, vindas de diferentes origens, para operacionalizar as adaptações transculturais de instrumentos de medição. A diversidade de fontes gera terminologias distintas e a falta de um consenso metodológico, o que dificulta a atuação dos pesquisadores que se dedicam a esta área. Em 1998, Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) destacaram quatro possibilidades de adaptações transculturais para instrumentos de medição:

- **ingênua:** tradução simples do instrumento de medição;
- **relativista:** propõe o uso de instrumentos elaborados especificamente para a cultura-alvo e as inadequações de seu uso por outros povos. Desse modo, um instrumento elaborado para uma determinada nação é inapropriado para outra;
- **absolutista:** dispõe que os traços culturais não interferem substancialmente na mensuração dos escores e nem perturbam o construto a ser aferido por distintos contextos sociolinguísticos. Todo realce é dado à tradução e à retrotradução;
- **universalista:** reza que o início da investigação deve passar, primeiramente, pelo reconhecimento da existência do construto em voga nas culturas envolvidas e, posteriormente, seguir por uma metodologia específica para alcançar a equidade

transcultural. Em seu percurso, propõe equivalência conceitual, semântica, operacional, de mensuração, de item e funcional.

A maioria dos instrumentos usados nas atuações clínicas no Brasil são provenientes de outras culturas e a maior parte deles vem do idioma inglês. No entanto, de acordo com alguns autores, para serem utilizados no país, os instrumentos precisam ter correspondência de construto a ser aferida por testes, passando por procedimentos que assegurem sua validação e precisão, para só então poderem ser aplicados na população de destino (CASSEP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010; HAMBLETON, 2005).

A necessidade que os pesquisadores têm de alcançar o controle fidedigno das variáveis de seus experimentos científicos é antiga e pode ser encontrada desde a época de Aristóteles. Mason se refere, em 1989, às dificuldades que os pesquisadores enfrentam ao lidar com a “riqueza do mundo real” e com a necessidade de rigidez do controle em pesquisas. Ele aponta que a dificuldade em controlar as variáveis está diretamente ligada à proximidade do mundo real. Assim, medir a realidade é uma tarefa de verificação complexa. O zelo durante o experimento precisa apresentar um equilíbrio entre rigidez e o objetivo a ser atingido para não desconsiderar a realidade (MASON, 1989).

O número de pesquisas que têm como objetivo mensurar fenômenos por meio de instrumentos de coleta de dados é cada vez maior na literatura. Para se desenvolver ou realizar uma adaptação transcultural de um instrumento de coleta de dados em pesquisas é necessário usar instrumentos práticos, sensíveis, fáceis de serem respondidos, confiáveis e válidos. Caso os instrumentos usados para medição dos fenômenos não demonstrem os conceitos teóricos a serem testados, as investigações ficam fadadas ao insucesso (DEMPSEY P.; DEMPSEY A., 1996; FAYERS; MACHIN, 2000; FITZNER, 2007).

A **praticidade** do instrumento encontra-se nos aspectos funcionais de sua utilização, tais como a facilidade de uso, o tempo gasto, a representatividade dos resultados e os valores investidos (DEMPSEY P.; DEMPSEY A, 1996). A **sensibilidade** demonstra a capacidade que a medida possui ao constatar as diferentes nuances entre os respondentes. A **responsividade** é a habilidade que o instrumento apresenta ao mostrar as variações de condições que os respondentes exteriorizam (FAYERS; MACHIN, 2000). Na **confiabilidade** está a capacidade do instrumento de reproduzir medidas consolidadas de um fenômeno ao longo do tempo e espaço ou com distintos indivíduos. Por sua vez, na **validade** encontra-se a capacidade que o teste tem de medir o que se propõe a mensurar (BURNS; GROVE, 1997; CONTANDRIOPOULOS et al., 1999).

As principais qualidades que um instrumento de medida deve apresentar são a **confiabilidade** e a **validade**. Para ter validade, o instrumento precisa, também, ser confiável, mas a recíproca não é verdadeira. Dessa forma, a confiabilidade será analisada antes da validade (GRESSLER, 1989).

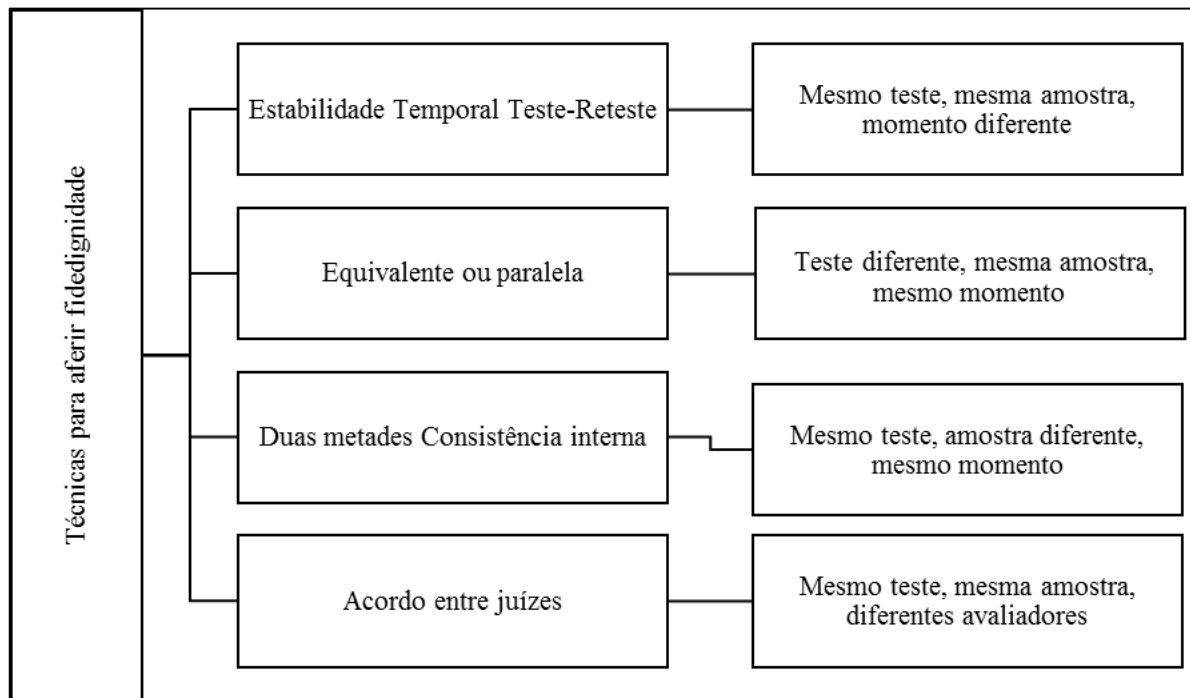
A **confiabilidade**, de acordo com Hayes (2001, p. 44), é definida como o grau com que as medições estão isentas de erros aleatórios. Ela pode ser verificada mediante diversas técnicas, dentre elas o teste-reteste (estabilidade temporal), o teste de formas equivalentes (paralelas), a técnica das metades partidas/*split-half* (consistência interna) e o acordo entre juízes (avaliadores) (ANASTASI, 1965; GRESSLER, 1989; SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

Segundo Hayes (2001, p. 44), “a validade refere-se ao grau com que a escala utilizada no questionário (e, conseqüentemente, este próprio) realmente mede o objeto para o qual ela foi criada para medir”. Os procedimentos para estimá-la são a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto (GRESSLER, 1989; SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

3.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade é definida por diferentes autores, os quais afirmam que há fidedignidade “[...] quando o respondente responde às mesmas perguntas da mesma forma em tempos distintos. Se a correlação for alta, então o instrumento é fidedigno” (STRAUB; CARLSON, 1989, p. 151). Ou “[...] refere-se ao grau em que sua repetida aplicação, ao mesmo objeto ou sujeito, produz resultados iguais” (SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996, p. 242). Ou ainda, como “[...] grau com o qual os instrumentos de pesquisa utilizados medem perfeitamente o construto estudado” (PERRIEN; CHÉRON; ZINS, 1983, p. 173). Para verificar a confiabilidade podem ser realizados cálculos que usam o coeficiente de confiabilidade, que varia de 0 a 1. As técnicas apresentadas, na Figura 15, podem realizar a correlação da variância em testes de medição de confiabilidade.

Figura 15 – Técnicas para verificar a fidedignidade/confiabilidade dos instrumentos de medição



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A técnica de **teste-reteste** (estabilidade temporal) fornece uma avaliação baseada na possibilidade de o teste produzir resultados consistentes em dois momentos distintos. As medidas são repetidas em condições constantes, isto é, o mesmo observador, o mesmo público-alvo, o mesmo teste, aplicado em encontros diferentes. A ausência de mudanças nas características básicas das respostas permite constatar a estabilidade das medidas no tempo, demonstrando que o teste é fidedigno. Para a aplicação dessa técnica, é necessário ter cuidado ao escolher o intervalo entre as aplicações. É preciso escolher um tempo que seja suficiente para impedir a impressão da memória e as consequências de acontecimentos medianeiros. A análise mais usada para essa técnica é aquela que utiliza o *Intraclass Correlation Coefficient (ICC)* – Coeficiente de Correlação Intraclass –, pois permite mensurar a confiabilidade da medida e sua homogeneidade (SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

A técnica de **formas equivalentes** (paralelas) não aplica o mesmo instrumento de medida, e sim instrumentos distintos, mas com o mesmo nível de equivalência de conteúdo, dificuldades, instruções e características restantes. Os dois testes são aplicados em um mesmo período e público. A fidedignidade pode ser observada, nessa técnica, na correlação entre os dois instrumentos paralelos que apresentam essencialmente formas equivalentes. O instrumento é considerado fidedigno quando a correlação dos resultados das duas aplicações tem uma baixa variabilidade entre suas repostas. A dificuldade de aplicar essa técnica está em ter disponíveis

dois testes equivalentes para um mesmo conteúdo e objetivo e presumir a ausência de diferença entre os dois testes aplicados (ANASTASI, 1965).

Na técnica das **duas metades** (*split-half*) aplica-se um único teste, em um só encontro. As questões do teste são divididas pela metade, obedecendo aos critérios de equivalências em todas as suas características, como, por exemplo, conteúdo e dificuldades. As metades devem ser correlatas entre si, de forma a permitir a comparabilidade de seus resultados. Quanto maior a semelhança entre os escores das duas metades, maior será o grau de confiabilidade do teste. Alguns autores denominam essa situação de “confiabilidade interna” dos testes de medição. Sua limitação encontra-se na grande quantidade de itens indispensáveis que propiciam a fidedignidade, o que pode fadigar o respondente (SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

A fórmula mais utilizada para verificar a **consistência interna** é o Coeficiente Alfa de cronbach (2004), no qual se calcula o grau de semelhança entre as questões de mesma escala. O grau de similitude pode variar de 0 a 1,0, sendo o valor mínimo considerado aceitável para registrar confiabilidade $\geq 0,70$ e o valor máximo esperado $\leq 0,90$. Os valores acima de 0,90 são indicadores de redundância, isto é, várias questões estão a medir o mesmo atributo do construto em questão; conseqüentemente, os elementos em excesso precisam ser suprimidos (STREINER, 2003).

O **acordo entre juízes** é a técnica pela qual dois avaliadores aplicam um mesmo instrumento, em um público-alvo comum, para observar o comportamento e registrar seus julgamentos ou medições. Essa técnica permite avaliar a equivalência das medidas psicométricas do instrumento em questão ao comparar os escores. Se os escores apresentarem alto grau de concordância, o instrumento será considerado fidedigno.

Os testes de correlação mais usados para auxiliar a técnica apresentada são o Kappa, o Spearman e o Pearson. O coeficiente de Kappa descreve e testa o grau de concordância inter e intraobservadores (ou integridade), em suas respectivas classificações, e repara, pela concordância, o acaso (SILVA; PEREIRA, 1998). O coeficiente de Spearman é conhecido como coeficiente de correlação de postos e serve para avaliar, sem fazer suposições, a relação entre duas variáveis, em que se usa a escala ordinal. O coeficiente de correlação de Pearson é conhecido como produto-momento e serve para medir o grau entre duas variáveis, sendo a escala usada a métrica (intervalar ou de razão) (PERRIEN; CHÉRON; ZINS, 1983).

Conforme relatado anteriormente, para testificar a qualidade e a precisão de um instrumento de medida não é suficiente apenas confirmar sua fidedignidade/confiabilidade. É indispensável realizar teste de validade para assegurar que as pesquisas que utilizam os instrumentos para coleta de dados reflitam verdadeiramente a realidade investigada.

3.2.2 Validade

Os bons instrumentos permitem organizar pesquisas com configurações que contemplem o conceito a ser mensurado. Para que haja concordância entre as diferentes medidas de um fenômeno, os instrumentos devem ser válidos. Se for necessário escolher alguma ferramenta de pesquisa já existente, é prudente sempre considerar uma que já tenha passado pelo processo de validação, pois os instrumentos de mensuração já demonstraram sua capacidade de registrar as sutilezas do significado da variável e as transformações ao longo do tempo (BREWER; HUNTER, 2006).

A validade de um instrumento está vinculada à necessidade do objetivo a ser averiguado. O instrumento pode apresentar um grau que satisfaça um tipo de pesquisa, mas não satisfaça outro; logo, não há uma validade genérica nem absoluta. Um instrumento é válido em grau e extensão na medida em que ele é capaz de mensurar a variável que se compromete a aferir (GRESSLER, 1989).

Os instrumentos a serem utilizados em uma investigação devem passar por processos de validação. Validar um instrumento significa legitimar o grau de capacidade que ele tem de aferir aquilo a que se propõe, isto é, o fenômeno a ser pesquisado. O instrumento de coleta é considerado válido se permitir avaliar efetivamente seu objetivo. Se qualidade de vida é o valor proposto, o instrumento deverá demonstrar, por seus resultados, o quanto eles representam a verdade ou o quanto dela se afastam (CONTANDRIOPOULOS et al., 1999).

A validação de instrumentos de medida realizada pela Psicometria apresenta, na literatura, uma diversidade de definições e todas elas retratam a importância e o cuidado de se elaborar ferramentas e realizar pesquisas que possam assegurar a precisão das medidas que representem os conceitos estimados.

No Quadro 9 são apresentados alguns autores e os tipos de validades com as quais eles trabalham.

Quadro 9 – Tipos de validades

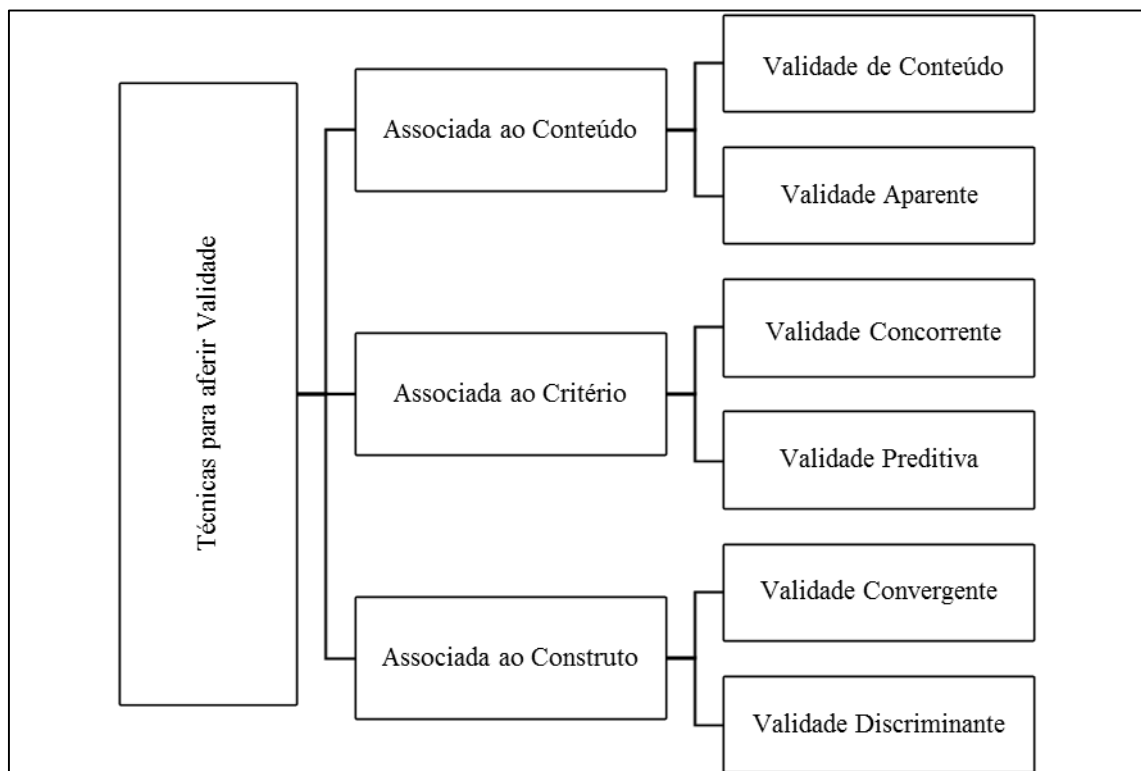
AUTORES	CRITÉRIOS DE VALIDADE ADOTADOS
---------	--------------------------------

Selltiz et al. (1987)	validade aparente, simultânea preditiva, multitraços-multimétodos e construto (convergente e discriminatória)
Straub e Carlson (1989)	validade de conteúdo/face, construto, interna e conclusão estatística
Cooper e Schindler (2003)	validade externa e interna, que se subdivide em validade de conteúdo, construto e critério (preditiva e concorrente)
Hair Jr. et al. (2005)	validade de conteúdo (<i>face validity</i>), critério (preditiva e concorrente) e construto (convergente e discriminatória)
Babbie (2005)	validade aparente, critério/preditiva, conteúdo, construção, externa e interna
Brewer e Hunter (2006)	validade de face, conteúdo, confiabilidade, convergente, discriminatória, preditiva e concorrente
Malhotra (2006)	validade de conteúdo (nominal), critério (preditiva e concomitante/concorrente) e construto (convergente, discriminatória e nomológica)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

É possível perceber que os pesquisadores adotam diferentes critérios de validade e que os utilizados com mais frequência são aqueles associados ao conteúdo, ao critério ou ao construto, como mostra a Figura 16.

Figura 16 – Técnicas de validação de instrumento de medida para a coleta de dados



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Na **validade associada ao conteúdo**, o teste constitui uma amostra representativa de um conteúdo, permitindo formular questões que retratem apropriadamente todas as facetas fundamentais dos conceitos a serem aferidos. As questões selecionadas para compor o instrumento devem representar as possíveis perguntas referentes ao tema, com a finalidade

específica de avaliação. Por isso, a validade de conteúdo é imprescindível nos processos de desenvolvimento e adaptação de instrumentos de medida (BABBIE, 2005; BREWER; HUNTER, 2006; CONTANDRIOPOULOS et al., 1999).

Para alguns autores, a **validade de conteúdo** compreende somente a avaliação por um comitê de especialistas. No entanto, pesquisadores têm descrito que a validade de conteúdo é um processo de julgamento sendo composto por duas partes distintas. A primeira envolve o desenvolvimento do instrumento e, posteriormente, a avaliação dele por meio de uma análise realizada por peritos (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006). Assim, pode-se considerar que a validade de conteúdo do instrumento seria, também, garantida por seu procedimento de elaboração. A validade associada ao conteúdo é um processo de julgamento que pode ser compreendido por duas etapas: a validade aparente e a validade de conteúdo (BABBIE, 2005; BREWER; HUNTER, 2006; DEMPSEY P.; DEMPSEY A., 1996; FITZNER, 2007).

A **validade de conteúdo** é realizada por meio do julgamento de diferentes juízes ou especialistas na área, os quais analisam a correspondência dos itens em relação ao conceito e à importância dos objetivos a serem aferidos, ou seja, o conteúdo carece de ser representado por todos os itens que possam contemplar os domínios. Outra possibilidade seria usar a técnica de grupos focais, compostos por pessoas que experimentam e vivenciam a situação pesquisada, com a finalidade de escolher os itens/facetos do instrumento de medição (BREWER; HUNTER, 2006; LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006).

A **validade aparente** refere-se à forma e à linguagem com as quais o instrumento de medida apresenta o seu conteúdo, sendo ela considerada uma técnica simples e raramente satisfatória para avaliar a validade. Contudo, todos os instrumentos precisam passar por ela. O que justifica o uso dessa técnica é que os instrumentos podem ser aceitos ou rejeitados pelos respondentes por sua aparência, e isso pode colocar em risco a pesquisa. Ademais, também é possível desistir de participar, por exemplo, por julgar incômoda a aparência do teste, desapropriada ou até mesmo irrelevante.

A **validade associada ao critério** de um teste, segundo Pasquali (2009, p. 996), “consiste no grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito torna-se, assim, o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada”. É visto também como um teste que se baseia no grau de eficiência para predizer o desempenho de um critério externo. A medição pelo instrumento é validada por meio da comparação com um critério externo ao instrumento, que se apresenta como um padrão que permitirá julgar a validade do instrumento de medição. A validade do critério é considerada alta quando o resultado obtido pelo instrumento de medição tiver grande relação com o critério

padrão. Há dois tipos de validade de critério, que se diferenciarão basicamente pelo tempo entre a coleta de dados do critério padrão e do instrumento a ser validado e o objetivo da aplicação (COOPER; SCHINDLER, 2003; HAIR JR. et al., 2005; MALHOTRA, 2006; SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

A **validade concorrente** ocorre quando a correlação de domínios análogos entre o instrumento de medida e o critério padrão está concomitantemente disponível, ou seja, quando ela acontece praticamente ao mesmo tempo. É considerado válido quando o grau da reciprocidade entre o novo instrumento e o já existente apresenta alta correlação das mesmas ideias. Portanto, a validade concorrente refere-se ao atributo com que a escala pode representar um critério presente (COOPER; SCHINDLER, 2003; HAIR JR. et al., 2005; MALHOTRA, 2006; SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

A **validade preditiva** prognostica o comportamento futuro por meio dos escores apresentados pelo resultado do teste. Os dados são colhidos sucessivamente, isto é, primeiro, eles são coletados por meio do instrumento de medida e, posteriormente, são colhidos os dados do critério, medidos após o transcorrer do tempo. Para tanto, é necessário guardar os dados do primeiro momento para, posteriormente, correlacioná-los com os do critério padrão, com o objetivo de se obter o grau de concordância entre as duas medidas. Então, a validade preditiva refere-se ao atributo com que a escala pode predizer um critério (COOPER; SCHINDLER, 2003; HAIR JR. et al., 2005; MALHOTRA, 2006; SAMPIERI; COLLADO; LUCIOP, 1996).

Por fim, a **validade associada ao construto** é um teste que mensura uma qualidade ou um atributo de um domínio teórico que não foi definido operacionalmente, para facilitar a escolha de qual característica é capaz de interpretar o significado do teste e o que ele mede efetivamente. De acordo com Peter (1981, p. 134), a expressão “validade de construto”

refere-se à correspondência vertical entre um construto, que se encontra em nível conceitual inobservável, e uma medida que se pretende equivalente e que se encontra em nível operacional. Em um sentido ideal o termo significa que a medida avalia a magnitude e a direção de todas as características e somente das características do construto que ela pretende estimar.

A relevância da validação de construto concentra-se não no teste em si, mas no atributo ou traço para o qual se interessa medir, pois a validade é teórica, fazendo a relação entre o construto eleito e o teste. Haverá validade de construto quando for possível equiparar o grau de consistência na relação entre os escores do instrumento de medida e as outras medidas similares descendentes da mesma teoria e conceito aferido, isto é, quando o teste contiver, em alto grau,

semelhança com as posições teóricas antevistas (PETER, 1981; STRAUB; CARLSON, 1989; SELLTIZ et al., 1987).

A **validade convergente** aponta amplitude com a qual a escala se relaciona de maneira afirmativa e segura com outra medida efetiva do mesmo construto, sinalizando a positividade dessa relação. A alta concordância estabelecida entre o teste a ser validado e o já disponível promove axioma de validade convergente.

A **validade discriminante** confere, por meio da comparação, se os itens do teste divergem ou não do construto designado, avaliando se há correlação com outros tipos de conteúdo ou não e examinando, assim, a presença ou não de discordância (HAIR JR. et al., 2005; MALHOTRA, 2006; SELLTIZ et al., 1987).

Para melhorar a qualidade do desenvolvimento e da adaptação dos instrumentos de medida, é necessário citar o ponto sobre adaptação cultural de instrumentos de medidas (STREINER; NORMAN, 2002). O processo de tradução linguística de um instrumento é uma adaptação intrincada de complexidades, de forma que uma simples tradução não é capaz de abarcar todas as diferenças linguísticas. É preciso ponderar o contexto sociocultural, o idioma e considerar os aspectos morfológicos, fonológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos (HUNT, 1997). Além disso, outras medidas psicométricas devem ser utilizadas para assegurar a qualidade e a precisão nos processos de desenvolvimento e validação de instrumentos psicométricos (RUBIO et al., 2003).

3.2.3 Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial é uma técnica estatística que possui como principal objetivo descrever a correlação ou a covariância, entre o conjunto de variáveis iniciais de uma base de dados brutos, a fim de reconhecer o padrão entre elas. Para isso, faz uso de cálculos pela combinação linear das variáveis originais para encontrar o número de variáveis não observáveis. É um procedimento psicométrico muito usado para construção, avaliação, revisão e validação de instrumentos com caráter subjetivo (PASQUALI, 2009).

Em conformidade com os objetivos do estudo é possível destacar a análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC). Ambas favorecem a busca pelas evidências de validade de instrumentos de aferição compostos por questões que tenham como possibilidade de respostas dicotômicas ou por meio de escalas tipo Likert, muito usadas pela psicométrica na perspectiva da TCT. (THOMPSON, 2004; PASQUALI, 2009).

Há alguns pressupostos que norteiam o uso dessa técnica, dentre eles destacamos o tamanho da amostra populacional, que deve ter no mínimo 5 voluntários, todavia, o ideal seria com 10 voluntários ou mais, e o tipo de variável. As variáveis precisam ser bem definidas, pois o quantitativo de variáveis demarcadas vai se relacionar com o tamanho da amostra. Conhecer a diferença entre conceitual a AFE e a AFC ajudará na hora da escolha da técnica mais adequada a ser adotada (THOMPSON, 2004).

A AFE analisa o padrão das covariâncias entre as variáveis disponíveis. Com base neste padrão de covariância agrupa em fatores as variáveis não-observáveis que se pretende obter a partir das variáveis observadas. Fica a cargo do pesquisador escolher o tipo de rotação a ser utilizada a fim de direcionar os fatores. A ferramenta usada para executar a sua análise é o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*. A AFE foi projetada para deixar que os dados façam a sugestão do modelo fatorial plausível (THOMPSON, 2004; PASQUALI, 2009).

A AFC parte da proposição de quais variáveis vão aferir quais fatores, seguida da confirmação do grau de ajuste dos dados observáveis à teoria pressuposta. Para realizar sua verificação, dispõe-se da modelagem de equações estruturais, como a regressão linear, ao usar a matriz de covariância entre as relações de variáveis observadas e os fatores. Os construtos e as variáveis do modelo teórico podem ser conectados de forma diferente do original, alterando o seu modelo. É indicado seu uso quando a hipótese a ser testada apresenta um forte suporte teórico que anteceda ao banco de dados vigente, ou seja, quando os dados se submetem ao modelo hipotetizado. Para realizar sua análise deve se usar o *Analysis of Moment Structures (AMOS)* que é um aplicativo pertencente ao pacote estatístico do *software* de análise estatística em ciências sociais SPSS (THOMPSON, 2004; PASQUALI, 2009).

Os principais índices de ajuste na análise fatorial confirmatória gerados pelo programa SPSS-AMOS, no contexto desta pesquisa podem ser vistos no Quadro 10.

Quadro 10 – Índices de ajuste da AFC utilizados

Índices	Nomes	Parâmetros
CMIN/DF	Qui-quadrado sobre graus de liberdade	Avalia o quanto a estrutura de covariâncias do modelo é significativamente diferente da matriz de covariâncias dos dados da amostra. Divide-se o valor do qui-quadrado pelo número de graus de liberdade para se obter um valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra. O valor mínimo é 1 e os valores menores que 3 são preferíveis, mas valores abaixo de 5 são toleráveis (MARSH; HOCEVAR, 1985; BYRNE, 2001).
NFI	Índice de ajuste normalizado	Compara o qui-quadrado para o modelo testado contra o qui-quadrado para o modelo basal, presumindo-se que as variáveis mensuradas são completamente independentes, isto é, considera o quanto um modelo está ajustado à matriz de correlações original a partir, respectivamente, dos dados obtidos empiricamente e dos dados empíricos normalizados. Idealmente, valores maiores que 0,90 são desejados para que os dados empíricos possam ser considerados adequados ao modelo (THOMPSON, 2004).
CFI	Índice de ajuste comparativo	Índice similar ao NFI, que faz uso de uma distribuição de qui-quadrado não-central, e que procura levar em consideração a complexidade de um modelo. O CFI compara o ajuste do modelo existente a um modelo nulo, o qual assume que os indicadores e, também, as variáveis latentes não são correlacionadas. Idealmente, o valor do CFI varia de 0 a 1, sendo que valores iguais ou maiores que 0,95 indicam bom ajuste do modelo proposto. A vantagem do uso do CFI é evitar a subestimação do ajuste observado no NFI quando a amostra é pequena (THOMPSON, 2004).
RMSEA	Raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação	É a discrepância por grau de liberdade, sendo representativo da qualidade de ajuste que poderia ser esperado se o modelo fosse estimado na população. A RMSEA possui uma distribuição conhecida e, portanto, representa, de forma mais adequada, quão bem um modelo se ajusta à população, não apenas à amostra utilizada para a estimação. Valores abaixo de 0,08 são considerados desejáveis e valores abaixo de 0,05 são considerados ótimos. Considera-se que valores abaixo de 0,06, geralmente, indicam bom ajuste do modelo com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%), interpretam-se valores altos como indicação de um modelo não ajustado (THOMPSON, 2004).

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, a partir de Marsh e Hocevar (1985), Byrne (2001) e Thompson (2004).

3.3 O grupo de pesquisa WHOQOL-Libras

Para melhor compreender o processo de validação do instrumento *WHOQOL-Bref/Libras*, objeto deste estudo, é relevante descrever o seu desenvolvimento, indicando as iniciativas do grupo de pesquisadores autodenominado WHOQOL-Libras, entre as quais se inclui esta tese.

A partir de 2007, pesquisadores goianos de diferentes instituições – e que têm em comum o interesse pela pesquisa na busca de soluções para questões enfrentadas pelas pessoas surdas no seu dia a dia – constituíram o Grupo WHOQOL-Libras, que mantém convênios com a OMS e com o Centro Brasileiro de Qualidade de Vida da OMS para o Brasil (WHOQOL-Brasil), sediado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A produção acadêmica dos membros deste grupo nasce das atividades desenvolvidas, na forma de subprojetos individuais de pesquisa, no âmbito do projeto mais amplo denominado, também, WHOQOL-Libras.

A equipe WHOQOL-Libras é composta por: Me. Soraya Bianca Reis Duarte, docente do Instituto Federal de Goiás (IFG); Dra. Neuma Chaveiro, docente da Universidade Federal de Goiás (UFG); Dra. Adriana Ribeiro de Freitas, docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/Goiás). O projeto conta com a orientação do Dr. Celmo Celeno Porto e da Dra. Maria Alves Barbosa, ambos docentes da UFG, e é supervisionado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, docente da UFRGS.

O Grupo WHOQOL-Libras nasceu com o objetivo de avaliar o impacto da surdez na qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais. No entanto, na medida em que as pesquisas foram se desenvolvendo, surgiram questões específicas sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e sua relação com a pessoa surda.

A convite do WHOQOL-Brasil, e com a autorização da OMS, a equipe de pesquisa do WHOQOL-Libras se propôs realizar, em conjunto, um projeto, que consiste na tradução para a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e na validação dos instrumentos *WHOQOL-Bref* e *WHOQOL-DIS*, já traduzidos e validados para a Língua Portuguesa, além do desenvolvimento de um Questionário Sociodemográfico específico para as pessoas surdas.

Tal projeto foi dividido em seis subprojetos individuais, mas que guardam estreita relação entre si, como se pode notar no Quadro 11.

Quadro 11 – Projetos desenvolvidos pelo Grupo WHOQOL-Libras

Projetos	Descrição	Responsável	Resultados
1	Desenvolvimento da versão em Libras do WHOQOL-Bref e <i>WHOQOL-DIS</i>	Dra. Neuma Chaveiro	Tese ²¹
2	Análise por grupos focais da versão em Libras do <i>WHOQOL-Bref</i>	Me. Soraya Bianca Reis Duarte	Dissertação ²²
3	Análise por grupos focais da versão em Libras do <i>WHOQOL-DIS</i>	Me. Adriana Ribeiro de Freitas	Dissertação ²³
4	Desenvolvimento de um <i>software</i> para aplicação dos instrumentos <i>WHOQOL-Bref</i> e <i>WHOQOL-DIS</i> , na versão em Libras	Dra. Neuma Chaveiro	Tese ²⁴
5	Validação da versão em Libras do instrumento <i>WHOQOL-Bref/Libras</i>	Dra. Soraya Bianca Reis Duarte	Tese ²⁵
6	Validação da versão em Libras do <i>WHOQOL-DIS/Libras</i>	Dra. Adriana Ribeiro de Freitas	Tese ²⁶

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nestas pesquisas, os instrumentos originais sofreram adaptações consideradas necessárias para abarcar a modalidade visuoespacial da língua de sinais, zelando-se, durante a tradução, pela equivalência linguística dos construtos da ferramenta original para a língua-alvo, no caso, a Língua Brasileira de Sinais.

Na versão para Libras foi desenvolvido um *software* que passou a se denominar WHOQOL-Bref/Libras. Uma vez concluído o projeto e finalizadas as etapas de validação e documentação, o WHOQOL-Bref/Libras deverá ser incorporado à família dos instrumentos WHOQOL, adotados pela OMS. As traduções destes instrumentos para outras línguas, geralmente, com a autorização prévia da OMS, visam a garantir que os instrumentos tenham níveis de equivalência entre si, e reflitam as características de cada cultura.

²¹ *Qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais: construção da versão em Libras dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-DIS* (CHAVEIRO, 2011).

²² *Análise por grupos focais do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref traduzido para a Língua Brasileira de Sinais (WHOQOL-Libras)* (DUARTE, 2011).

²³ *Análise por grupos focais do instrumento para avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiências intelectuais e físicas (WHOQOL-DIS) traduzido para Língua Brasileira de Sinais* (FREITAS, 2011).

²⁴ *Qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais: construção da versão em Libras dos instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-DIS* (CHAVEIRO, 2011). Para a realização deste projeto foi desenvolvido um *software*, em parceria com o Instituto de Informática da UFG, por intermédio do engenheiro de *software*, Prof. Dr. Cássio Leonardo Rodrigues.

²⁵ Tese em andamento. *Validação do WHOQOL-Bref/Libras para avaliação da qualidade de vida de pessoas surdas* (DUARTE, 2016).

²⁶ *Validação da versão em Libras do instrumento para avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiências físicas e intelectuais (WHOQOL-DIS/Libras)* (FREITAS, 2016).

É importante, ainda, destacar que as pesquisas conduzidas pelo grupo WHOQOL-Libras primam pelo rigor técnico, científico, metodológico e ético. Assim, as pesquisas realizadas no âmbito deste projeto:

- acatam o protocolo da OMS, com o propósito de proporcionar uma tradução confiável tanto no que diz respeito à consistência interna quanto ao teste-reteste (CHAVEIRO et al., 2013) e as orientações do WHOQOL-Brasil;
- procuram manter os padrões de rigor científico que possam assegurar bons níveis de equivalência em seu uso transcultural, conquistando, assim, resultados que reflitam a efetiva qualidade de vida, de modo que o instrumento possua validade, fidedignidade e consistência;
- são previamente submetidas à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da UFG (ANEXO F), em atendimento à Resolução n. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O desenho metodológico a ser utilizado na execução e desenvolvimento da pesquisa foi definido em etapas, realizadas no período de 2012 a 2016. O Quadro 12 apresenta as etapas definidas e uma síntese das atividades realizadas em cada uma delas.

Quadro 12 – Etapas da pesquisa

ETAPAS	SÍNTESE DAS ATIVIDADES REALIZADAS
Primeira: Revisão da literatura	– Revisão sistemática da literatura especializada sobre temas, como línguas de sinais, qualidade de vida, critérios de validação de instrumentos psicométricos e instrumentos de avaliação da qualidade de vida
Segunda: Pesquisa documental	– Análise de documentos da OMS e da ONU
Terceira: Teste piloto	– Realização do teste piloto utilizando o <i>software WHOQOL-Bref/libras</i> na sua versão original, com grupo da população-alvo – Verificação da usabilidade do <i>software</i>, por meio de gravação em vídeo das reações dos usuários, durante a aplicação do teste-piloto – Verificação da adequação da metodologia da coleta de dados, a partir do registro solicitações de ajuda – Realização do reteste do teste piloto para testar as modificações introduzidas
Quarta: Teste de campo e reteste	– Execução da pesquisa descritiva, exploratória e quantitativa, de corte transversal – Utilização dos métodos psicométricos clássicos para verificação das evidências de fidedignidade e validade – Identificação da população-alvo: pessoas surdas que usam Libras, dentro da faixa etária de 18 a 65 anos – Definição da amostra: no mínimo 300 pessoas e estratificada por faixa etária, sexo, estado civil, trabalho, renda mensal, número de filhos, anos de estudo, estado de saúde – Aplicação do reteste em, pelo menos, 50 pessoas do grupo amostral, no período de 15 a 30 dias após o teste, com sujeitos que tenham participado do teste
Quinta: Tabulação e análise dos dados	– Uso de tabulação eletrônica das questões fechadas pelo próprio <i>software WHOQOL-Bref/Libras</i> – Uso de <i>software</i> de processamento de dados quantitativos para tratamento dos resultados
Sexta: Discussão dos resultados	– Levantamento dos protocolos da OMS para validação de instrumentos psicométricos – Definição dos parâmetros de validação de instrumentos psicométricos: confiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal); validade associada ao conteúdo (de conteúdo e aparente); validade associada ao critério (concorrente); validade associada ao construto (discriminante) – Confronto dos resultados obtidos com dados normativos relatados na aplicação do <i>WHOQOL-Bref</i> em uma amostra randomizada de base populacional no Sul do Brasil

Fonte: Organizado pela pesquisadora.

4.1 Detalhamento das etapas

4.1.1 Primeira etapa: revisão da literatura

Para localização das obras de interesse da pesquisa foi utilizada a **técnica de revisão sistemática** da literatura especializada e para a revisão dos conhecimentos nelas contidos, o uso da **revisão bibliográfica**, por meio da identificação, localização, organização e avaliação de informações consideradas relevantes.

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura especializada, para melhor compreensão do estado da arte sobre a temática em foco, que incluiu um conjunto de 24 fontes consultadas, sendo oito livros, três capítulos de livro e treze artigos. A busca foi executada em bibliotecas digitais, a partir do portal de periódicos da CAPES (BRASIL, 2016) e em livros, tendo sido filtrada pelas seguintes unidades de registro: surdez, linguagem de sinais, deficiente auditivo, relação profissional-paciente, comunicação, intérpretes, surdez e saúde, língua de sinais, qualidade de vida, instrumentos psicométricos.

Durante a revisão bibliográfica foi utilizada a **técnica de leitura analítica (TLA)**, sugerida por Severino (2002), para sintetizar informações, situando-as no tempo histórico em que foram produzidas e interpretando-as à luz dos objetivos da pesquisa. A TLA estabelece níveis de complexidade das unidades de leitura, desde o nível textual, passando pela compreensão da argumentação, até o confronto crítico das ideias, fruto da reflexão e reelaboração do leitor. Assim, a TLA amplia, progressivamente, o nível de complexidade da compreensão que um leitor possa ter de uma determinada unidade de leitura:

- a **leitura textual** permitiu a identificação de informações de interesse desta pesquisa, por meio do mapeamento de fontes obtidas mediante a busca eletrônica feita a partir das unidades de registro previamente definidas;
- a **leitura compreensiva** possibilitou a identificação do conhecimento já produzido sobre a temática em foco e sua contextualização histórica, bem como suas vinculações com os pressupostos teóricos, adquirindo a pesquisadora uma compreensão mais abrangente e, ao mesmo tempo, mais detalhada, das práticas dos profissionais de saúde e suas consequências para a atenção à saúde de pessoas surdas.
- a **leitura crítica**, fruto da reflexão pessoal e do diálogo com os textos originais, criou as condições suficientes para que a pesquisadora passasse de leitora para a condição de autora, no movimento de reconstrução e construção de seu próprio texto.

Os Quadros 13, 14 e 15 trazem uma síntese das fontes revisadas.

Quadro 13 – Quadro com a síntese da revisão bibliográfica - Livros

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
SKLIAR, C. (2001)	Educação e exclusão: abordagens socioantropológicas em educação especial	Discorre sobre a representação social do estereótipo que promove a ideia de que as pessoas com deficiência são dignas de serem afastadas do convívio social por serem perigosas, furiosas, doentes, alienadas, etc. Discute o processo de integração das pessoas deficientes e a transição do modelo biomédico/clinico para o modelo socioantropológico da surdez.
NISS, L. T. T.; TÁVORA, P. H. (2003)	Pessoas portadoras de deficiência no Direito brasileiro	Apresenta temas como: conceito de "pessoa portadora de deficiência"; normas internacionais e nacionais, que amparam os direitos da pessoa portadora de deficiência; questões legais relacionadas a pessoas com deficiência auditiva; normas e critérios básicos para a promoção da acessibilidade; defesa judicial dos direitos das pessoas surdas.
LADD, P. (2003)	<i>Understanding deaf culture: in search of deafhood</i>	Tem como objetivo discutir e avaliar os conceitos de cultura, seus inúmeros disfarces e sua aplicação à comunidade surda. Parte da premissa de que o conhecimento sobre a cultura surda pode contribuir para a compreensão das vidas humanas, em geral, além de ser importante como conteúdo transversal de diversas disciplinas acadêmicas. Propicia debates sobre minorias linguísticas culturais, permitindo que a comunidade surda e a comunidade em geral possam apreender o conceito de cultura surda. Apresenta as armadilhas criadas a partir do conceito médico de surdez, relacionando-o com o conceito de pessoa surda sob a perspectiva socioantropológica e biopsicossocial.
FERNANDES, E. (2003)	Linguagem e surdez.	Apresenta as concepções sobre aquisição de linguagem por indivíduos com surdez, trazendo definições e descrições dos estudos realizados por pesquisas referentes às línguas de sinais e aos surdos. Assinala as implicações nas abordagens educacionais, as práticas e estratégias metodológicas do processo de letramento, a concepção de língua e linguagem adotada na educação regular, além de abordar a concepção de código, desvincilhada das condições de interação social.
DINIZ, D. (2007)	O que é deficiência?	Argumenta que deficiência não é uma definição simples e sim um conceito complexo e abrangente. Relaciona a lesão no corpo com o contexto social opressor, o qual humilha, segrega e estigmatiza a pessoa com deficiência. Sua definição passa pelas interfaces das questões éticas, médicas, psicológicas, educacionais e sociológicas.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
SANTANA, A. P. (2007)	Surdez e linguagem: aspectos e implicações neolinguísticas	Discorre sobre os diversos aspectos (neuro) linguísticos referentes ao uso da leitura labial, da língua de sinais, da fala, da "audição" por meio dos suportes tecnológicos disponíveis. Aborda a relação entre cérebro, cognição e linguagem pela perspectiva da neurolinguística. Há variáveis que irão interferir no uso prático da linguagem como: usos da língua, interlocutores com diferentes graus de proficiência, possibilidades de adquirir uma segunda língua, métodos formais ou não formais na aprendizagem da segunda língua, tipo de relação de cada sujeito com essa (s) língua (s), através das circunstâncias mediadas pela cultura, pelas interações sociais, pela intersubjetividade. Apresenta a capacidade de reorganização cerebral funcionante, assegurada por sua condição de plasticidade dinâmica, em contexto sócio-histórico em que os indivíduos se inserem. Apresenta as modificações dos processos cognitivos e as possibilidades de aquisição social de linguagem. Destaca as relações e as formas como a sociedade, os surdos e seus familiares lidam com a surdez, como se relacionam com a (s) língua (s) e como apreendem o contexto que os cercam.
STROBEL, K. (2008)	As imagens do outro sobre a cultura surda	Discorre sobre as especificidades da cultura surda, seus aspectos recheados de estigmas pela cultura secular dominantes dos ouvintes. Apresenta a necessidade de mudanças conceituais, de desmistificação de paradigmas e da legitimação da igualdade entre surdos e ouvintes. Versa sobre o conceito de cultura, povo e comunidade surda. Levanta os artefatos culturais dos surdos. Discute o imaginário dos ouvintes sobre a cultura surda. Apresenta a história cultural por meio do olhar das pessoas com surdez. Discute sobre a necessidade de inclusão nos espaços sociais e relata os possíveis caminhos para a compreensão da cultura surda.
SACKS, O. (2010)	Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos	Aborda os conceitos médicos da surdez, a construção de proposta de interação sociolinguística do surdo, a relação de comunicação e interação social, familiar e pessoal, a possibilidade de construção de uma sociedade acessível para o surdo, respeitando sua diferença linguística e os processos sócio-históricos. Traz esclarecimentos sobre as limitações e privações pessoais e sociais. Lança uma nova visão sobre a pessoa surda com o anseio de despertar novas possibilidades de interações indivíduo-família-sociedade, via comunicação cognoscível, descomplicada e possível.

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Quadro 14 – Quadro com a síntese da revisão bibliográfica – Capítulos de livros

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
EMMOREY, K.; BELLUGI, U.; KLIMA, E. (1993)	Língua de sinais e educação do surdo	Entende que as funções corticais superiores e sua natureza de especialização cerebral ilustram como o estudo de língua de sinais pode fornecer uma compreensão importante e única sobre o cérebro e a mente humana. Toma como base as propriedades especiais da Língua Americana de Sinais (ASL), que permitiram examinar os determinantes funcionais da organização cerebral, contrapondo forma versus função, forma viso-espacial versus função linguística. A partir do laboratório de lesões cerebrais, foi possível estabelecer que o hemisfério esquerdo subserve as funções linguísticas para LS, apesar de que a ASL utiliza distinções espaciais e visuais que são de domínios do hemisfério direito na maioria das pessoas ouvintes. Afasias da LS resultam de lesões no hemisfério esquerdo, assim como nas pessoas ouvintes. O estudo de negligência visual, após lesão no hemisfério direito, demonstrou a natureza deste déficit de atenção. Quando a informação visual é parte de um sistema linguístico viso-espacial, a informação pode permear e penetrar o bloco de atenção associado com negligência visual. Pacientes surdos com lesão no hemisfério direito não mostram prejuízos no processamento de língua de sinais. Estes resultados apoiam fortemente a posição de que os substratos neurofuncionais de falantes das línguas orais e das línguas de sinais têm o hemisfério esquerdo especializado para funções gramaticais, independentemente da modalidade de linguagem. Em conclusão, estes resultados indicam uma dupla dissociação entre a produção de expressões faciais afetivas e linguísticas. Especificamente o controle da expressão facial linguística tem sido dado essencialmente pelo hemisfério esquerdo como parte da gramática da língua de sinais.
RODRIGUES, N. (1993)	Organização neural da linguagem	Aborda alguns aspectos relevantes sobre: a organização geral do cérebro; a representação da linguagem no sistema nervoso central e a especialização dos hemisférios cerebrais; a questão da maturação cerebral e do conceito de período crítico; e o desenvolvimento do sistema nervoso em situação de privação sensorial. Considera que se a língua de sinais é organizada no cérebro da mesma forma que a língua oral, então, do ponto de vista biológico, a língua de sinais é uma língua natural. Se a língua de sinais é uma língua natural, então, o seu aprendizado tem um período crítico. Se a língua de sinais tem um período crítico, então, as crianças surdas estão iniciando tarde o seu aprendizado. Se a natureza compensa parcialmente a falta de audição, aumentando a capacidade visual dos surdos, então, a cultura ouvinte erra ao insistir na linguagem oral, ignorando a maior habilidade do surdo para a língua de sinais.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
PERLIN, G. (2004)	O lugar da cultura surda	Com o passar do tempo as experiências do povo surdo que se comunica pela língua de sinais foram se concretizando em um conjunto de práticas vivenciadas por seus membros. Seus modos de ver e refletir sobre si e sobre o meio no qual está inserido passaram de gerações em gerações. Isso permitiu que suas crenças, seus valores, seus hábitos, costumes e estilo de apreender o mundo fossem socializados entre seus pares, constituindo assim uma cultura própria. Diferentemente dos ouvintes, os surdos apresentam uma cultura visual, logo, entende-se “cultura surda” como a identidade cultural de um grupo de surdos que possuem uma língua na modalidade visuoespacial, apresentam potencialidades próprias e define-se enquanto um grupo linguisticamente diferente de outros grupos e diferente também dos ouvintes. Em praticamente todas as cidades do mundo os surdos se reúnem, formam suas associações onde convivem socialmente. No Brasil os surdos desenvolveram a Língua Brasileira de Sinais (Libras), que tem como raiz linguística a língua de sinais francesa. As línguas de sinais não são universais. Exemplos: em Portugal, existe a Língua Gestual Portuguesa (LGP); em Angola, existe a Língua Angolana de Sinais (LAS). As pesquisas sobre surdez e as línguas de sinais têm cooperado para mudar a visão geral das pessoas sobre quem são os surdos e ajudando a desmistificar que a surdez é um traço fisiológico, que leva a uma diferença linguística e isso não caracteriza que o surdo tenha deficiência neurológica ou mental, como muitos acreditavam. Quando a sociedade ouvinte entender a cultura surda e a língua de sinais, compreendendo que as pessoas que se comunicam pela língua de sinais são dotadas de capacidades e habilidades, todos se beneficiarão de uma sociedade melhor.

Quadro 15– Quadro com a síntese da revisão bibliográfica – Artigos

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
HICKOK, G.; BELLUGI, U.; KLIMA, E.S. (1998)	<i>The neural organization of language: evidence from sign language aphasia</i>	Este estudo busca responder a questões, como: Em que medida a organização neural depende de fatores específicos para as modalidades da língua onde a linguagem é percebida pelos olhos e produzida pelas mãos? Ou seja, a dominância do hemisfério esquerdo para a linguagem tem função especializada para as práticas linguística ou alguma função especializada de domínio geral, tais como processamento temporal ou planejamento motor? As investigações sobre a neurobiologia da língua de sinais podem ajudar a responder a estas perguntas. Assim como acontece com as línguas orais, as línguas de sinais também possuem estrutura gramatical complexa, mas são percebidas e produzidas por vias de diferentes modalidades. Ao mapear as semelhanças e diferenças entre a linguagem citadas e seus aspectos neurológicos, é possível identificar as contribuições específicas da modalidade visuoespacial para a organização do cérebro para as funções da linguagem. Esta pesquisa mostra um significativo grau de semelhança na neurobiologia das línguas de sinais e das línguas orais, o que sugere que a organização neural da linguagem acontece em grande parte independentemente da modalidade.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
FLECK, M. P. A. et al. (1999)	Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)	A OMS desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida por meio de um projeto colaborativo multicêntrico. São descritas a metodologia e as diferentes etapas de desenvolvimento do instrumento original e. A seguir, é apresentado o desenvolvimento da versão em português por meio de uma metodologia própria foi realizada a tradução, discussão em grupos focais com membros da comunidade, pacientes e profissionais de saúde, seguida de retrotradução. O objetivo dos grupos focais foi discutir a adequação da tradução e da seleção de itens para avaliar qualidade de vida em uma cidade brasileira (Porto Alegre). O trabalho em grupo focal mostrou que o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) apresenta condições para aplicação no Brasil em sua versão original em português. As possíveis aplicações deste instrumento são variadas: como instrumento auxiliar na prática clínica; como forma de aprimorar a relação médico-paciente; como instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos em especialidades médicas diversas; como instrumento de avaliação de serviços de saúde bem como de avaliação de políticas de saúde.
FLECK, M. P. A. (2000)	O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas	A avaliação de qualidade de vida vem crescendo em importância como medida de avaliação de resultados de tratamento em medicina. A partir da constatação da falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida com um enfoque transcultural, a OMS desenvolveu uma metodologia única para sua criação. Inicialmente foi desenvolvido o <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)</i> , instrumento composto de cem questões. A necessidade de um instrumento mais curto para uso em extensos estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões (o <i>WHOQOL-Bref</i>). O Grupo WHOQOL tem trabalhado para desenvolver medidas que avaliem a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional em que os diferentes países e culturas possam influenciar desde a elaboração dos conceitos que norteiam a elaboração das questões que farão parte do instrumento até sua validação. As aplicações desses instrumentos são amplas e incluem não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação de efetividade de tratamentos e de funcionamento de serviços de saúde. Além disso, podem ser importantes guias para políticas de saúde.
FLECK, M. P. A. et al. (2000)	Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-Bref.	A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse a versão abreviada do <i>WHOQOL-100</i> , o <i>WHOQOL-Bref</i> . Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O objetivo deste estudo é a apresentação do teste de campo brasileiro do <i>WHOQOL-Bref</i> . O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. O <i>WHOQOL-Bref</i> alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, tornando-se uma alternativa útil para ser usada em estudos que se propõem a avaliar qualidade de vida no Brasil.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. (2003)	Qualidade de vida: um novo conceito para a pesquisa e prática em psiquiatria	Este estudo descreve os instrumentos mais utilizados na avaliação de QV, discutindo suas questões conceituais e práticas aplicadas ao estudo dos transtornos mentais. É possível concluir que as medidas de QV são úteis para aplicação na pesquisa e na prática clínica em Psiquiatria, especialmente para demonstrar a relação entre o impacto das doenças mentais e a relevância das intervenções terapêuticas.
CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. (2005)	Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social	O estudo objetiva discutir a assistência em saúde para os surdos como fator de inclusão social. Para tanto, foi realizado uma investigação com os surdos para detectar como se estabelece o vínculo entre eles e os profissionais da saúde; suas percepções quanto à presença de intérpretes de língua de sinais durante os momentos que recebem assistência à saúde. Constatou-se que o vínculo acontece quando os profissionais conseguem comunicar-se com os surdos; a inclusão do surdo nos serviços de saúde destaca-se pelas dificuldades de comunicação. Para que esta evidência seja solucionada é necessário que a relação entre os envolvidos – profissionais e surdos – precisa melhorar, possibilitando, assim, a compreensão de ambos. A presença do intérprete melhora, mas não soluciona totalmente para a inclusão social do surdo. Na sociedade atual preconiza-se a convivência e a inclusão social das pessoas surdas em todos os níveis de relações sociais cotidianas.
FELLINGER, J. et al. (2005)	<i>Mental distress and quality of life in a deaf population</i>	É considerado que os problemas de comunicação e uso da linguagem por pessoas surdas acentuam a possibilidade de problemas em diferentes níveis de sofrimento mental e qualidade de vida na comunidade surda. A comunidade surda é caracterizada pelo uso de linguagem de sinais. Foi utilizado instrumentos em LS para verificação da QV de surdos australianos. Apesar de uma pior QV e um maior nível de <i>stress</i> mental, é demonstrado que há semelhança com a população em geral no domínio de relações sociais. Esses resultados mostram a necessidade de os serviços de saúde disponibilizarem fácil acesso oferecendo comunicação acessível em LS para os surdos.
KVAM, Marit, H.; LOEB, Mitchell; TAMBS, K. (2007)	<i>Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals</i>	Analisa a saúde mental de surdos comparado a ouvintes. Para realizar esta análise, foi utilizado a versão breve do instrumento Hopkins Symptom Checklist (SCL), que é um inventário de sintomas que mede sintomas de ansiedade e depressão e foi traduzido informalmente para língua de sinais norueguesa. Encontrou em seus resultados a maior vulnerabilidade para doenças mentais em pessoas surdas do que em ouvintes, pois durante a comparação dos dados foi possível detectar que os sintomas relacionados à ansiedade e depressão são mais acentuados na população amostral de surdos, pois eles apresentaram mais sintomas de problemas de saúde mental do que os entrevistados ouvintes. Portanto, é importante dar mais atenção à saúde mental das pessoas surdas. É necessário que a sociedade esteja atenta e seja mobilizada para os riscos especiais das questões de saúde mental que a população surda pode enfrentar.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
FELLINGER J. et al. (2007)	<i>Mental distress and quality of life in the hard of hearing</i>	Neste estudo foram utilizados os instrumentos <i>WHOQOL-Bref</i> e <i>Synptom Cheklist</i> abreviado para comparar os níveis de estresse psicológico e de QV entre deficientes auditivos (DA), surdos que usam LS e a população ouvinte. Os DA apresentaram maiores dificuldade nas relações sociais do que os surdos que usavam LS e com os ouvintes. A QV do DA está relacionada com o nível de satisfação alcançado por meio do desempenho de seus aparelhos auditivos. Os psiquiatras em geral precisam estar cientes de que os pacientes com DA dependentes de aparelhos de amplificação sonora, podem estar mais isolados do que as pessoas surdas em uma comunidade pela LS.
CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. (2008)	<i>Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals</i>	Estudo de revisão sistemática da literatura para investigação e análise do tipo de comunicação dos profissionais da saúde com o paciente surdo e a assistência oferecida a esse público. Comunicação: aborda barreiras comunicativas, linguagem escrita e a presença do intérprete; formação dos profissionais da saúde relacionados à comunidade surda; aspectos legais no atendimento ao paciente surdo. O estudo constata que as barreiras encontradas durante o processo comunicativo é um desafio tanto para os surdos quanto para os profissionais da saúde, esboçando o risco que o tipo de assistência prestada pode causar à saúde do paciente surdo, além de revelar a necessidade de formação dos profissionais em saúde sobre as especificidades culturais e linguísticas dos pacientes surdos.
CHAVEIRO, N. et al. (2010)	Atendimento à pessoa surda que usa a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde	A pesquisa tem como objetivo caracterizar a comunicação dos profissionais da saúde com a pessoa surda e descrever recursos de relacionamento. A Língua Brasileira de Sinais (Libras) é um elemento importante para estabelecer comunicação de qualidade no atendimento à pessoa surda. Quanto aos recursos de relacionamento com a pessoa surda, destacou-se a presença do tradutor intérprete de Libras. Profissionais da saúde que não sabem Libras não estão preparados para realizar o cuidado em saúde da pessoa surda. Conclui-se que o estilo de comunicação usada (verbal) pelos profissionais não tem sido adequada para estabelecer o vínculo entre pacientes surdos e profissionais da saúde. O atendimento à pessoa surda é um desafio para os profissionais da saúde e para o próprio surdo. O uso da linguagem verbal precisa ser substituído por outro recurso de comunicação, a LS. Sendo a Libras a língua pela qual o surdo se expressa, os profissionais da saúde, especialmente os que trabalham em centros especializados na assistência à pessoa surda necessitam estudá-la ou pelo menos adquirir noções básicas da LS além de conhecer as especificidades culturais e linguísticas da comunidade surda.
CHAVEIRO, N. et al. (2013)	<i>Instruments in Brazilian Sign Language for assessing the quality of life of the deaf population</i>	O objetivo este estudo é construir a versão em Língua Brasileira de Sinais dos instrumentos <i>WHOQOL-BREF</i> e <i>WHOQOL-DIS</i> para avaliar a QV da população surda brasileira. Para tanto foi utilizado a metodologia proposta pela OMS para a construção dos instrumentos adaptados para a população surda que se comunica pela Língua Brasileira de Sinais (Libras). As especificidades da cultura surda exigiram adaptações metodológicas para concretização do estudo. Com elas foi possível construir um <i>software</i> do <i>WHOQOL-BREF</i> e <i>WHOQOL-DIS</i> em Libras. O <i>WHOQOL-BREF</i> e o <i>WHOQOL-DIS</i> em Libras permitirão a participação dos surdos em estudos sobre QV, nos quais eles poderão expressar com autonomia, o que permitirá a obtenção de dados maior precisão. Para mensurar a qualidade de vida dos surdos, é imprescindível considerar as características do povo surdo, incluindo aspectos culturais e linguísticos.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
CHAVEIRO, N. et al. (2014)	<i>Quality of life of deaf people who communicate in sign language: integrative review</i>	Esta pesquisa tem como objetivo revisar a produção científica sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de surdos. Encontrou-se que os sintomas de ansiedade e depressão são intensificados nos surdos e podem estar relacionados às suas necessidades de comunicação. As pessoas que vivenciam problemas de comunicação geralmente evitam novas relações sociais, e isso pode aumentar o isolamento social e reduzir a QVRS. Os surdos que se comunicam pela Língua de Sinais só podem ter a QVRS avaliada por instrumentos traduzidos e adaptados em sua língua. Conclui-se que a surdez tem um impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas surdas.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.1.2 Segunda etapa: pesquisa documental

A leitura dos documentos foi realizada na perspectiva de análise de sua estrutura, natureza e fundamentação teórica subjacente, tendo em vista o problema proposto pela pesquisa.

A **pesquisa documental** abrangeu dez documentos, com foco em dois documentos da OMS: a CID-10 e a CIF, selecionados pelos critérios de relevância, confiabilidade, representatividade, credibilidade e usabilidade na assistência à saúde. A compreensão destes documentos e de seus pressupostos possibilitou o estabelecimento de relações antes não percebidas, entre seus conteúdos e o público-alvo desta investigação. Esse processo de investigação objetivou identificar as relações entre esses dois sistemas classificatórios e verificar como são abordadas as peculiaridades da saúde das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais.

Para melhor compreender os documentos citados e corroborar com a análise documental, foram examinados, concomitantemente, outros tipos de publicações referentes à saúde das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais.

O Quadro 16 mostra uma síntese dos documentos analisados.

Quadro 16 – Quadro com a síntese da análise documental

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
OMS (1949)	<i>Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death</i>	Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de morte: sexta revisão das listas internacionais de doenças e causas de morte, adotada em 1948. A CID-6 tem a função de codificar e padronizar a nomenclatura em saúde, treinar os profissionais da área da saúde, as clínicas, ambulatorios ou hospitais para usar os termos de diagnóstico mais claros e aceitáveis para descrever um caso clínico particular, que permitam a tabulação de dados estatísticos precisos.
OMS (1986)	Carta de Ottawa	A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, Canadá, em outubro de 1986. O resultado dessa conferência foi a produção da Carta de Ottawa. Como consequência outras conferências aconteceram para desenvolver com maior propriedade os principais temas da Carta de Ottawa sobre a política de saúde pública, compreensão das estratégias de promoção da saúde e sua aplicação prática de acordo com a necessidade e relevância de cada país. Na sequência aconteceram a conferência de Adelaide, em 1988, e a de Sundsvall, em 1991. Os propósitos dos conteúdos presentes na Carta de Ottawa têm sido adotados por muitas instituições e organizações em todo o mundo.
THE WHOQOL GROUP (1994)	<i>Development of the WHOQOL: rationale and current status</i>	Grupo criado pela OMS para desenvolver um instrumento internacional para a avaliação de qualidade de (QV) e sua aplicação na pesquisa, prática clínica, auditoria e planejamento em saúde e avaliação. Os quatro estágios no desenvolvimento do WHOQOL são: Discutir o conceito de QV, buscando seu esclarecimento; construir com base na definição o instrumento piloto na modalidade qualitativa; desenvolver o teste piloto; e o teste de campo do instrumento. O instrumento criado é um instrumento genérico para a avaliação dos aspectos positivos e negativos da QV que podem ser usados em países desenvolvidos e em desenvolvimento para medir a percepção subjetiva de uma pessoa sobre o impacto da doença e deficiência.
WHOQOL GROUP (1995)	<i>The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization</i>	Documento de posição da Organização Mundial de Saúde. Este trabalho descreve o projeto da Organização Mundial da Saúde para desenvolver um instrumento de qualidade de vida (WHOQOL). Ele descreve as razões pelas quais o projeto foi realizado, o pensamento que está por trás do projeto, o método que tem sido seguido no seu desenvolvimento e o estado atual do projeto.
OMS (1996)	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)	A Classificação Internacional de Doenças CID-10 é um documento de uso internacional para classificar estatisticamente as morbidades e as causas de mortalidade. Foi publicado pela OMS para dar suportes à área médica e aos sistemas de assistência em saúde. A CID foi estruturada com um desenho que permite a comparação de dados entre populações distintas em níveis nacionais e internacionais, propiciando a codificação, o processamento, a classificação e a apresentação dos tipos e ocorrências dos acontecimentos em formato estatístico. Ela é considerada uma classificação de referência, e tornou-se a matriz da “família internacional de classificações” da OMS. A CID apresenta este formato, desde 1992. Periodicamente, ela passa por processos de atualização e revisão e geralmente de 10 em 10 anos publica-se a sua nova versão. Hoje, após 27 anos, ela se encontra em sua décima revisão. Está em processo de finalização a sua décima primeira revisão.

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
ONU (1996)	Normas sobre a equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência	As Normas para Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência da ONU foram adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 48/96, de 20 de dezembro de 1993. Apresenta regras gerais sobre a igualdade de oportunidades para crianças, jovens e adultos com deficiências. As regras estão pautadas no reconhecimento da dignidade, do valor inerente e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.
OMS (1998)	<i>Health promotion glossary</i>	O Glossário Promoção da Saúde da OMS foi desenvolvido para facilitar a compreensão, comunicação e cooperação entre as pessoas envolvidas na promoção da saúde no local, regional, nacional e os níveis globais. Seu propósito foi o de esclarecer o significado e a relação entre os muitos termos incomuns, padronizando-os. E os termos definidos têm sido amplamente utilizados tanto dentro como fora da OMS. Ele teve duas edições: a primeira, em 1986, e a segunda, em 1998. Na primeira edição foi traduzido em línguas diversas (francês, espanhol, russo, japonês e italiano). A sua revisão continuou sendo feita para padronizar os significados e acompanhar a evolução do pensamento e das práticas em saúde. Novos termos são adicionados quando suas diferenciações são necessárias para a promoção da saúde. A OMS continuará realizando atualizações periódicas para assegurar a relevância dos termos e a promoção internacional da saúde.
THE WHOQOL GROUP 1998	<i>Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment</i>	Mediante a necessidade de instrumentos de rápida aplicação o WHOQOL Group, por meio da OMS, ficou encarregado de desenvolver a versão abreviada do WHOQOL-100. O WHOQOL-BREF foi obtido a partir de dados coletados por meio do questionário WHOQOL-100. Este instrumento possui 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, além de incluir uma faceta sobre qualidade de vida geral e uma sobre saúde geral. Ele foi desenvolvido com perfil multilíngue, multicêntrico e multidimensional, assim como o <i>WHOQOL-100</i> . Após o teste de campo, foi possível constatar que o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.
WHOQOL GRUPO (1998)	Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)	O crescente interesse pelo termo qualidade de vida vem ganhando cada vez mais terreno. Ele tem ganhado espaços dentro das ciências humanas e biológicas ampliando seu sentido, para além do controle de sintomas, da diminuição da mortalidade ou do aumento da expectativa de vida. Por isso, a avaliação da QV foi acrescentada nos ensaios clínicos randomizados no Brasil, pois muitas vezes em busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos". Qualidade de vida relacionada com a saúde e o estado subjetivo de saúde são conceitos próximos e estão ligados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente.

(Continua...)

AUTOR/ANO	TÍTULO	SÍNTESE
ONU (2006)	Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência	É um Tratado Internacional de Direitos Humanos, aprovado na Assembleia Geral da ONU, em 13 de dezembro de 2006, e assinado pelo Brasil em 30 de março de 2007. Entrou em vigor, juntamente com seu protocolo Facultativo, em 3 de maio de 2008, após ter sido ratificado por 20 (vinte) países membros das Nações Unidas. É um marco histórico na garantia e promoção dos direitos humanos de todos os cidadãos e em particular das pessoas com deficiência. Tem como objetivo garantir o respeito pela integridade, dignidade e liberdade, além proibir legalmente qualquer tipo de discriminação individual das pessoas com deficiência. Os focos dos programas são de promover a integração em todos os níveis, valorizando o ser humano com deficiência. Cria-se o Comitê dos Direitos das Pessoas com Deficiência para monitorar e estimular ações específicas relativas à sensibilização da sociedade, lutar contra os estereótipos e a favor da valorização das pessoas com deficiência. É composto de preâmbulo, 40 artigos temáticos, 10 artigos administrativos e Protocolo Facultativo para monitoramento.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.1.3 Terceira etapa: teste piloto

O **teste piloto** foi realizado no Laboratório de Multimeios da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Goiás (FL/UFG). Um laboratório de informática com várias estações e com acesso à internet se mostrou uma condição indispensável para a aplicação do *WHOQOL-Bref/Libras*, uma vez que as questões são apresentadas aos respondentes por meio de um *software*, que usa a língua de sinais videogravada.

Participaram do teste piloto 27 sujeitos surdos, sendo 15 alunos surdos do Curso de Licenciatura em Letras-Libras da UFG e 12 convidados surdos da Associação de Surdos de Goiânia-GO, que se comunicam por Libras e com características heterogêneas quanto às variáveis sociodemográficas selecionadas, todos eles na faixa etária entre 18 e 65 anos

Antes do início do teste piloto, todos os participantes preencheram uma ficha de registro com seus dados pessoais e *e-mail*, por meio do qual foi enviada a cada participante uma mensagem contendo o endereço eletrônico do *WHOQOL-Bref/Libras*²⁷ e um código de usuário específico para acesso ao *software* nesta etapa. Ao acessar a página de entrada do *software* e inserir nos campos específicos o código e senha passavam a ter acesso aos conteúdos do instrumento. Uma vez na página principal do *software*, as ações eram executadas na seguinte ordem:

²⁷ O *software WHOQOL-Bref/Libras*, desenvolvido por Chaveiro (2011) encontra-se hospedado no servidor da Faculdade de Medicina da UFG e pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico: <<http://www.medicina.ufg.br/qualidadedevida/>> ou a partir de um link no site da Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina.

- vídeos de apresentação do conceito de qualidade de vida, do sinal <QUALIDADE DE VIDA>;
- vídeos com instruções de uso do *software WHOQOL-Bref/Libras*;
- preenchimento do código de usuário e senha;
- adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: *Li, concordo* () (APÊNDICE A)
- pergunta para identificação do grupo-controle: *Você tem alguma doença?*
1. *Sim* () 2. *Não* ();
- especificação da doença (em caso de resposta afirmativa): *Qual?* 1. *Doença do coração* (); 2. *Doença respiratória* (); 3. *Pressão alta ou pressão baixa* (); 4. *Artrite* (); 5. *Doença dos rins* (); 6. *outras*();
- questões do Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE B);
- questões do *WHOQOL-Bref/Libras* (ANEXO G).

A aplicação contou com a mediação da pesquisadora, com a finalidade de verificar a usabilidade do *software* e os procedimentos metodológicos da aplicação. De fato, o teste piloto permitiu verificar a usabilidade do *software*, por meio do registro das observações das reações e da interação dos respondentes com a interface do programa; do tempo decorrido entre o início e o fim; e da própria metodologia de aplicação para a coleta de dados, suas limitações e as dificuldades encontradas.

A sessão de aplicação do teste piloto foi gravada em vídeo, o que permitiu, posteriormente, a identificação das falhas observadas e a tomada de decisão sobre as melhorias a serem implementadas. Foram identificados os seguintes pontos favoráveis:

- **conteúdo das questões:** as questões compõem *WHOQOL-Bref/Libras* foram bem compreendidas, sem que fossem levantadas dúvidas, o que permite deduzir que a abordagem foi adequada para o público-alvo;
- **qualidade dos vídeos:** os vídeos com o conteúdo em Libras favoreceram a compreensão do conteúdo das questões;
- **novo sinal:** o novo sinal <QUALIDADE DE VIDA> foi aceito e incorporado por todos os participantes, visto que a grande maioria dos respondentes o executava ao assistir o vídeo de sua apresentação;
- **usabilidade do software:** a interação dos respondentes com os vídeos permitiu inferir que a interface do *software* apresenta boa aparência e usabilidade;

- **interesse dos participantes:** o ineditismo da pesquisa despertou o interesse dos respondentes. Ao responderem as questões, a maioria interagiu balançando a cabeça, ora em sinal de concordância, ora de discordância. Após o término, declararam que a saúde é muito importante.

Os pontos negativos que despertaram mais a atenção foram:

- **baixa qualidade da internet:** durante a realização do teste piloto constatou-se que o uso simultâneo do *software* demanda uma configuração de rede mais robusta, caso contrário, os vídeos demoram a carregar, prolongando o processo de uso do *software* e, conseqüentemente, aumentando o tempo gasto. A duração estimada de 20 a 30 minutos chegou a 40 e 50 minutos, devido à lentidão da internet, e a problemas técnicos de gravação das respostas pelo banco de dados. Tal situação deixou os respondentes impacientes e desassossegados;
- **problemas técnicos do software:** por não prever o tratamento de cada questão separadamente das demais, por várias vezes, os respondentes deixavam questões sem respostas, ocasionando o travamento do *software* no momento da gravação dos dados;
- **falta de estruturação e sequência lógica de navegação:** a ausência de uma sequência no percurso a ser trilhado pelos respondentes ocasionou dispersão;
- **extensão do questionário:** o Questionário Sociodemográfico utilizado no teste piloto foi considerado muito extenso;
- **uso de termos não usuais para o surdo:** não compreenderam as expressões linguísticas para os termos *escreva as iniciais do seu nome* e *o questionário foi autoadministrado?*, por não serem usuais pelos falantes de Libras;
- **questões mal elaboradas:** uso de questões referentes ao valor do salário, à composição corporal, cidade/estado de nascimento, cidade/estado de moradia atual e ano em que ficou surdo não foram claramente interpretadas. Os respondentes solicitaram apoio para respondê-las, o que indica necessidade de revisar o questionário.

Após as análises e reflexões sobre os resultados práticos da aplicação do teste piloto forma implementadas as seguintes adequações no instrumento:

- **qualidade da internet:** a experiência de uso de um laboratório de informática sem as devidas especificações técnicas para atender às demandas de qualidade

da internet alertou a pesquisadora na busca de condições mais adequadas para a aplicação do instrumento, sobretudo, a respeito da velocidade da internet;

- **processamento das respostas questão por questão:** os problemas técnicos do *software* foram relatados à equipe de suporte e devidamente sanados, passando cada questão a ser tratada isoladamente, isto é, o respondente só consegue passar de uma questão para outra após responder e gravar a questão atual;
- **melhorias na navegação do *web site*:** o *layout* da página principal do *software* foi revisto, ficando claramente definida a sequência a ser seguida pelo respondente;
- **redução das questões sociodemográficas:** as questões do Questionário Sociodemográfico foram reduzidas de 20 para 12;
- **exclusão de questões antropométricas:** foram excluídas do Questionário Sociodemográfico as questões antropométricas e melhorado o poder de discriminação entre as que foram mantidas;
- **exclusão de termos não usuais:** foram excluídos os termos não usuais para os surdos.

Após a implementação das modificações consideradas necessárias, foi feito o reteste do piloto com cinco sujeitos surdos que participaram do teste, ficando evidenciado que os problemas foram superados.

4.1.4 Quarta etapa: teste de campo e reteste

O **método** proposto para o teste de campo baseou-se em técnicas de validação da confiabilidade e viabilidade de instrumentos, utilizadas no campo da psicometria clássica. O uso desse método e de suas técnicas se justifica pelo fato de que o instrumento, objeto desta pesquisa, apresentar um conjunto de dimensões implícitas que não podem ser claramente mensuradas.

Quanto à tipologia, a pesquisa de campo deste estudo pode ser caracterizada como **descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa, de corte transversal**. De acordo com Gil (2008), enquanto a pesquisa **descritiva** descreve as peculiaridades de determinadas populações ou fenômenos, a pesquisa **exploratória** proporciona ao pesquisador maior familiaridade com os problemas a serem investigados. A opção pela **abordagem quantitativa** é decorrente da natureza de estudos de validação de testes psicométricos. Trata-se de uma

investigação de **corte transversal** porque permite apreender características de populações com relação a determinadas variáveis, em um único espaço de tempo, previamente definido.

Quanto à **forma de coleta dos dados**, os 52 respondentes locais (16,7%) responderam ao instrumento reunidos em um Laboratório de Informática preparado para esta finalidade, enquanto que os 259 participantes residentes em outras unidades federativas (83,3%) responderam ao instrumento pela internet.

Considerando-se que a maioria dos sujeitos da pesquisa reside em diferentes unidades federativas e para viabilizar a participação do quantitativo de sujeitos esperado, o teste de campo para a coleta de dados foi realizado em três momentos distintos:

a) realização da aplicação do teste com respondentes locais, em 25.04.2015, tendo sido desenvolvidas as seguintes atividades:

- expedição de convites para membros de surdos da Associação dos Surdos de Goiânia (ASG);
- instalação do *software WHOQOL-Bref/Libras* em 40 estações de trabalho do Laboratório de Informática, com acesso à internet;
- todos os respondentes atenderam aos critérios definidos para a amostra;
- a pesquisadora fez a mediação durante a aplicação do *WHOQOL-Bref/Libras*, explicando os objetivos da pesquisa e a importância da participação da comunidade surda;
- os presentes tiveram acesso ao *software* mediante o uso de código de usuário e senha específicos para este momento;
- ao final, foi entregue o convite com a data e horário para realização do reteste.

b) realização da aplicação do teste com respondentes geograficamente dispersos, no período de 20.05.2015 a 07.07 de 2015:

- foram realizados contatos com participantes em potencial, por meio de *e-mails* e redes sociais, com a coleta de *e-mails* dos interessados em participar da pesquisa;
- foi enviada para os interessados mensagem por *e-mail*, informando o *link* de acesso ao *software WHOQOL-Bref/Libras*, código de usuário e senha específicos para este momento;
- a pesquisadora, durante o período de aplicação remota, fez acompanhamento, disponibilizando, em Libras, vídeos explicativos, por meio de serviços de videochamadas das redes sociais (*WhatsApp*, *Skype* e *Facebook*);

- a aplicação do teste foi suspensa ao atingir a quantidade prevista de respondentes.

c) realização da aplicação do reteste:

- a aplicação do reteste foi realizada apenas com os participantes locais. Entre o teste e o reteste, a pesquisadora permaneceu em contato com estes participantes, enviando mensagens, por videochamadas, lembrando-os da data do reteste.
- o reteste foi realizado no mesmo local do teste, exclusivamente para aqueles que participaram do teste;
- o reteste foi realizado no dia 09.05.2015, quinze dias após o teste.

O resultado de cada momento foi armazenado no banco de dados do *software*, mediante o uso de código de usuário e senha específicos.

Quanto à definição **da população e da amostra**, participaram da pesquisa, exclusivamente, pessoas surdas que se comunicam por meio de Libras; todos adultos, na faixa etária entre 18 e 65 anos. A amostra resultou heterogênea. Ressalte-se que a amostra não foi recrutada em ambiente ambulatorial ou hospitalar, mas, sim, na população geral.

Devido ao caráter do estudo e à necessidade de se atingir a meta estabelecida para a extensão da amostra, foi utilizado o critério **de amostragem por conveniência**, que é um tipo de amostra não probabilística que permite obter uma amostra de elementos convenientes à pesquisa, ficando a seleção dos elementos amostrais a cargo pesquisador. Segundo Appolinário (2009), é o tipo de amostragem adequada em pesquisas exploratórias, além de demandar menos tempo e gastos. Para tanto, a pesquisadora estabeleceu contato com diferentes instituições envolvidas com a comunidade surda nacional, como: associações de surdos de diversas cidades brasileiras, ministérios com surdos das igrejas evangélicas e católicas e universidades que oferecem o curso de Letras Libras.

As sete instituições colaboradoras que assinaram a carta de anuência (APÊNDICE C) foram: Associação de Surdos de Goiânia; Associação de Surdos de Anápolis; Associação de Surdos do Mato Grosso; Curso de Graduação em Letras Libras da Universidade Federal de Goiás; Ministério de Surdos da 1ª Igreja Batista de Goiânia; Pastoral dos Surdos da Região Sul e a Pastoral dos Surdos de Goiânia.

Para divulgar, explicar e convidar a comunidade surda brasileira, foi editado um vídeo sobre os objetivos, os pré-requisitos para a participação, a importância da pesquisa e da sua divulgação. O vídeo de divulgação foi roteirizado pela pesquisadora, interpretado por três

líderes surdos da Associação de Surdos de Goiânia e, depois, disponibilizado na internet para acesso das instituições parceiras e dos interessados a participar da pesquisa.

Na sequência, foram, ainda, criados grupos nas redes sociais mais utilizadas pela comunidade surda, um *e-mail* para contato com a pesquisadora, e um canal no *YouTube* para hospedar vídeos explicativos, com o propósito de divulgar, sensibilizar e convidar para participarem da pesquisa

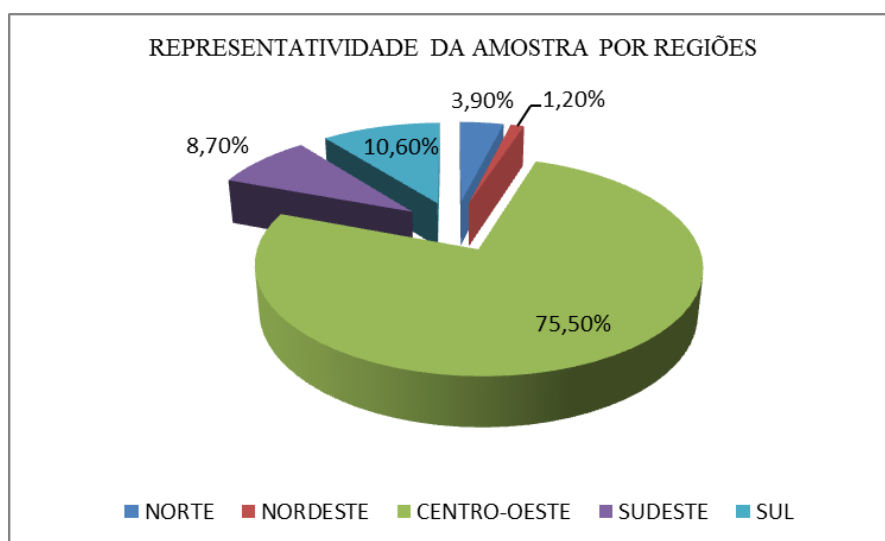
Além disso, a pesquisadora sentiu a necessidade de recrutar colaboradores da comunidade surda, que ficaram responsáveis pela mobilização de seus pares no sentido de sua participação na pesquisa. Os quinze colaboradores passaram por um treinamento de oito horas, ministrado pela pesquisadora com a finalidade de compreenderem o projeto WHOQOL-Libras, conhecerem os objetivos da pesquisa, se familiarizarem com o Questionário Sociodemográfico, com o *WHOQOL-Bref/Libras* e com o *software* correspondente.

A **estratificação** da amostra foi alcançada mediante orientações prévias, quando do estabelecimento dos contatos com as instituições envolvidas, com os líderes de comunidades e com a população-alvo da pesquisa

Quanto à sua **extensão**, a amostra conseguida chegou a 311 sujeitos surdos que se comunicam por meio de Libras, todos eles adultos, na faixa etária entre 18 e 65 anos.

Quanto à sua **abrangência**, os participantes residem em 15 (56%) das unidades federativas, encontrando-se, portanto, geograficamente dispersos por todo o território nacional, e representando as cinco regiões brasileiras, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Representatividade da amostra por regiões



Fonte: Dados da pesquisa.

4.1.5 Quinta etapa: tabulação e análise dos dados

Para verificar a validação do *WHOQOL-Bref/Libras* foi utilizada a teoria clássica dos testes (TCT) para os critérios de confiabilidade e validade e respectivos testes psicométricos. Além disso, o instrumento foi submetido à análise fatorial confirmatória (AFC), para avaliar sua dimensionalidade, indicando as variáveis obtidas em função das variáveis iniciais, tendo como referência o modelo padrão.

Foram utilizadas técnicas psicométricas, tais como:

- a) **Confiabilidade:** o sujeito, ao responder às mesmas questões, em tempos diferentes, apresenta as mesmas respostas:
 - **consistência interna:** verifica o grau de semelhança entre questões de mesma escala, por meio do coeficiente Alfa de cronbach ;
 - **estabilidade temporal:** fornece uma avaliação baseada na possibilidade de um teste apresentar resultados consistentes em dois momentos distintos. Os resultados do teste e reteste foram aferidos por uma medida de média, bidirecional aleatória – coeficiente de correlação intraclass (CCI) – e pelo teste *t* de *student*;
 - **tamanho do efeito:** as variáveis de distribuição normal foram examinadas pelo “d” de Cohen (COHEN, 1992) e as variáveis que não apresentarem distribuição normal, pelo “d” de Cliff (CLIFF, 1996).
- b) **Validade:** um instrumento é capaz de mensurar a variável a que se propõe aferir em grau e extensão.
 - A **validade associada ao conteúdo** verifica se as questões do instrumento estão devidamente relacionadas com o construto a ser aferido:
 - **validade de conteúdo:** aferida pelo julgamento de diferentes juízes ou especialistas na área, por meio da realização de grupos focais;
 - **validade aparente:** verifica a forma e a linguagem pelas quais o instrumento apresenta o seu conteúdo, e foi feita por meio da observação das reações dos sujeitos quando da aplicação do instrumento, durante o teste piloto;
 - A **validade associada ao critério** compara o instrumento a ser validado com um critério externo, sendo considerado alta quando o resultado obtido tiver grande relação com o critério padrão:

- **validade concorrente:** correlação entre domínios iguais ou semelhantes entre os instrumentos comparados.
- A **validade associada ao construto** consiste na eficiência que um teste tem de prever um desempenho específico. A validade de construto foi verificada por meio das variáveis definidas a partir das questões do Questionário Sociodemográfico:
 - **validade discriminante:** capacidade do instrumento de relacionar a magnitude das variáveis com o construto teórico, por meio dos testes t de *student* e Mann-Whitney aplicados aos resultados apresentados para as variáveis idade, sexo, renda, anos de estudo e percepção de saúde.
 - **normalidade de intervalos de confiança de distribuição:** foi calculada pelos testes de Shapiro-Wilk e histogramas PP-Plots correspondentes. A normalidade foi descartada apenas nos casos em que houve evidência de assimetria.
- c) **Análise fatorial confirmatória (AFC):** indica o índice de ajuste do instrumento, devendo ser utilizados o índice de ajuste normalizado (NFI), visto que as variáveis são independentes; o índice de ajuste comparativo (CFI), considerando-se a complexidade do modelo; e a raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA), que verifica se o modelo se ajusta à população-alvo.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* de processamento de dados quantitativos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 18 (R CORE TEAM, 2015).

4.1.6 Sexta etapa: discussão dos resultados

Esta pesquisa foi realizada tomando-se como referência as orientações da OMS. Como a metodologia da OMS foi planejada para validação de instrumentos a serem utilizados com pessoas que usam a língua oral/auditiva na modalidade escrita, houve necessidade de ajuste e adaptações para validação do instrumento *WHOQOL-Bref/libras*, que é destinado a pessoas que utilizam a Libras. As modificações realizadas estão indicadas na etapa do teste piloto.

A discussão dos resultados do teste de campo é apresentada no próximo capítulo, juntamente com o confronto dos resultados obtidos com dados normativos apresentados nos estudos de Cruz et al (2011).

4.1.7 Aspectos éticos

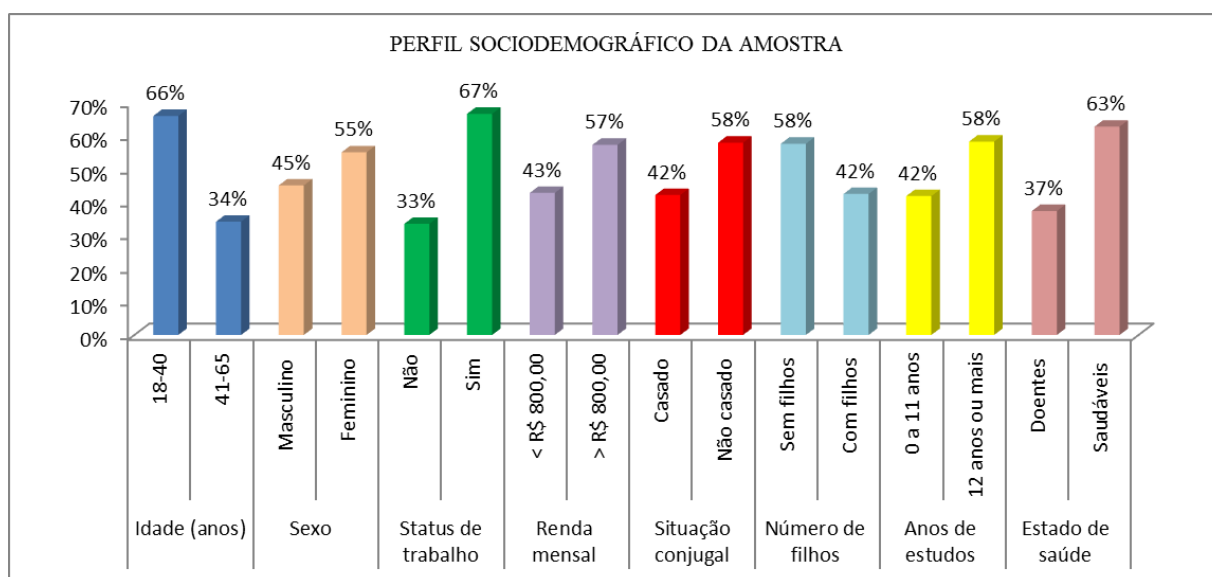
O projeto de pesquisa foi realizado mediante aprovação de Comitê de Ética (ANEXO A), de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012c).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os dados colhidos mediante a aplicação do *WHOQOL-Bref/Libras* com o intuito de submeter este instrumento ao processo formal de validação e realizada a discussão dos resultados obtidos.

O Gráfico 2 mostra os dados tabulados a partir das perguntas do Questionário Sociodemográfico e retrata o perfil dos sujeitos que participaram da pesquisa de validação do *WHOQOL-Bref/Libras*.

Gráfico 2 – Perfil sociodemográfico da amostra



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que na composição da amostra houve uma preponderância de respondedores do sexo feminino (55%), da vida laboral ativa (67%), da renda salarial superior a R\$ 800,00 por mês (57%), do estado civil solteiro (58%), dos que não têm filhos (58%), dos que têm 12 ou mais anos de estudo (58%) e de pessoas saudáveis (63%). Quanto à variável *idade* a amostra ficou entre 18 e 65 anos, por ser a faixa etária adulta, com média ponderada igual a 36,66. Quanto à variável *renda mensal* foi adotado um valor próximo ao do salário mínimo em vigor à época da coleta de dados, de maio a julho de 2015.

5.1 Confiabilidade

5.1.1 Consistência interna

No teste Alfa de cronbach, um resultado é considerado satisfatório se estiver no intervalo entre $\geq 0,7$ e $\leq 0,9$. Os valores obtidos são apresentados na Tabela 1 e estão entre 0,450 e 0,873.

Tabela 1 – Consistência interna dos domínios por Alfa de cronbach do *WHOQOL-Bref/Libras* da população amostral surda que usa Libras (n=311)

Domínio/Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens
Físico ^(a)	0,641	7
Psicológico ^(a)	0,705	6
Social ^(a)	0,450	3
Ambiental ^(a)	0,710	8
<i>Overall-Bref</i> ^(a)	0,873	26

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global) (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Fonte: Dados da pesquisa.

O coeficiente Alfa de cronbach demonstrou valores satisfatórios para os domínios Físico, Psicológico, Ambiental e *Overall-Bref* (somatória dos 26 itens). O domínio Social apresentou um valor insatisfatório (0,450), o que pode ser explicado por ser o coeficiente alfa de cronbach um teste altamente sensível ao tamanho e ao número de itens por fator (STREINER, 2003). Os valores mais baixos encontrados na maioria dos estudos de validação desse instrumento foram no domínio Relações Sociais. Provavelmente esse pior desempenho também se deveu ao desempenho da questão 21 (*Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?*). Se essa questão fosse retirada, o valor do coeficiente alfa de cronbach passaria a 0,621. Na validação da versão, do inglês para o Português do Brasil, do *WHOQOL-Bref*, esse coeficiente também apresentou valores mais baixos de consistência interna (FLECK, 1999). Em estudo realizado para avaliar o *WHOQOL-Bref* em uma amostra da população geral do Sudão, também, foi encontrado um valor baixo muito próximo ao do *WHOQOL-Bref/Libras* (OHAERI et al., 2007).

5.1.2 Estabilidade temporal

As médias por domínio, obtidas antes (teste) e depois (reteste), indicam estabilidade temporal, uma vez que não indicam mudanças relevantes nas características básicas das respostas, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação entre os escores por Domínio do *WHOQOL-Bref/Libras* da população amostral surda (n = 52)

Domínio/Fator	Média (DP)		d (IC95%)	CCI ^(a) (IC95%)
	Teste	Reteste		
Físico ^(a)	64,42(13,59)	64,49(13,70)	-,009	0,830**(-2,30;2,16))
Psicológico ^(a)	69,87(13,55)	69,07(15,00)	0,097	0,835** (-1,49;3,09)
Social ^(a)	72,11(14,08)	69,87(15,93)	0,192	0,694** (1,00;5,49)
Ambiental ^(a)	61,60(12,07)	62,62(13,08)	-0,143	0,839**(-3,00;0,96)
Overall-Bref ^(a)	75,00(75,0; 87,5) ^(c)	75,00(62,5; 75,0) ^(c)	-0,038 ^(b)	0,774 (-020;0,13)

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis). Nível de significância *p <0,05, ** p ≤ 0,001. df= grau de liberdade; d=tamanho do efeito.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à estabilidade temporal, analisada na confiabilidade teste-reteste pelo Coeficiente de Correlação de Pearson e pelo Teste t, o *WHOQOL-Bref/Libras* apresentou pouca variação nas médias entre os dois momentos, com altos coeficientes de correlação entre as duas medidas em todos os domínios. Assim, a análise indica que o *WHOQOL-Bref/Libras* se mostrou um instrumento estável ao longo do tempo, quando as condições dos sujeitos permanecem, aproximadamente, as mesmas.

Na Tabela 3 são apresentados os coeficientes de correlação entre os dados do teste e reteste. Percebe-se que esses coeficientes apresentaram valores acima de 0,7, o que demonstra forte correlação (entre 0,7 e 09) entre os resultados encontrados. Pode-se observar que o domínio ambiental é o que apresenta uma melhor correlação.

Tabela 3 – Coeficiente de correlação dos escores dos diferentes domínios entre o teste e o reteste do WHOQOL-Bref/Libras da população amostral surda que usa Libras (n = 52)

Domínio/Fator	Coeficiente de correlação	p*
Físico ^(a)	0,827	<0,001
Psicológico ^(a)	0,838	<0,001
Social ^(a)	0,703	<0,001
Ambiental ^(a)	0,842	<0,001
Overall-Bref ^(a)	0,773	<0,001

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto *croos-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Validade

5.2.1 Validade associada ao conteúdo

- validade de conteúdo:

A validade de conteúdo não é definida por medidas estatísticas, visto que ela acontece por meio do julgamento de juízes ou pessoas especialistas na área do estudo, que consideram a relevância dos itens em relação aos conceitos que se pretende medir.

É bom esclarecer que a validação de conteúdo do *WHOQOL-Bref/Libras* já havia sido realizada pela equipe de pesquisadores do Grupo WHOQOL-Libras, durante a elaboração, o desenvolvimento e a construção do *software WHOQOL-Bref/Libras*, de acordo com a metodologia da OMS, não sendo, portanto, objeto do presente estudo (CHAVEIRO, 2011; DUARTE, 2011; FREITAS, 2011).

- validade aparente:

A validade de conteúdo aparente foi verificada pelo teste da usabilidade do *software WHOQOL-Bref/Libras*, para investigar os detalhes que pudessem gerar rejeição ou aceitação frente aos respondentes. Para isso, foi realizada uma análise qualitativa do conteúdo dos registros em vídeos, ocorrido durante o teste piloto. O vídeo registro permitiu analisar a atuação individual dos 27 respondentes frente ao uso da ferramenta, além de contar com o depoimento de cada um deles, ao término da aplicação do teste piloto.

Mesmo em meio às limitações de operacionalização do *software* e de velocidade da internet, os sujeitos manifestaram sua satisfação em participar. A categorização das manifestações em Libras, estão no Quadro 14.

Quadro 17 – Dados da análise qualitativa da validade aparente

CATEGORIAS	DEPOIMENTOS EM GLOSA
Uso	<LEGAL-NOVO>; < GOSTEI>
Introdução	< FÁCIL-FÁCIL>; <MUITO-BOM>
Instruções	<ENTENDI-TUDO-VOU-RESPONDER-CERTO>; <DIFERENTE-TEM-VÍDEO-LIBRAS-SAÚDE>
Sinal de QV	<NOVO-APRENDER-JÁ-QV>; <QV- SURPRESA-PRIMEIRA-VEZ-JÁ-SABER>
Vídeos perguntas	<BONITO-CLARO-COR-BOA>; <EDSON-GRANDE-MUITO-BOM>
Vídeos respostas	<SOFIA-PEQUENA-ENTENDI-FÁCIL-SÓ-SINAL-UM>; <VÍDEO-UM-GRANDE-VÍDEO-MUITOS-PEQUENOS-VI-CERTO-RESPOSTA-BEM>
Aspectos linguísticos	<EDSON-BOM-PRETO-SOFIA-BOA-AZUL>; <DIFERENTE-TEM-ENTENDI-LIBRAS-FÁCIL>
Ineditismo	<NOVO-SAÚDE-IMPORTANTE-EU-SEI-RESPOSTA>; <DIFERENTE-NOVO-COM-INTERNET-INTELIGENTE>
<i>Software</i>	<NOVO-SAÚDE-IMPORTANTE-EU-SEI-BONITO>; <CLICA-NOVO-VÍDEO-CLICA-NOVA-PREGUNTA-NOVA-RESPOSTA-GOSTEI>

Fonte: Dados da pesquisa.

O design de apresentação do *software* e seu uso foram aprovados por todos os participantes. A compreensão dos vídeos se deu não só pelos aspectos linguísticos, mas também pelo tamanho, disposição, iluminação e contraste de cores e beleza. Houve compreensão das instruções, facilitando a execução da sequência proposta.

5.2.2. Validade associada ao critério

- validade concorrente:

Não foi possível realizar a validade concorrente, pois para verificá-la é necessário utilizar outro instrumento em língua de sinais que já tivesse sido validado e estivesse disponível, permitindo assim correlação entre este instrumento a ser validado e o já existente.

5.2.3 Validade associada ao construto

- validade de construto:

A validade do construto do *WHOQOL-Bref/Libras* foi analisada em relação ao estado de saúde. Para isso, foram comparados os escores médios de cada domínio e do *Overall-Bref* entre os grupos saudáveis e doentes. Os escores médios dos domínios Físico, Psicológico e Social foram significativamente mais altos nos indivíduos surdos saudáveis em relação aos doentes, como indicado na Tabela 4.

Tabela 4 – Validade de construto do *WHOQOL-Bref/Libras* em relação ao estado de saúde da população amostral surda que usa Libras (N=311)

Domínio/Fator	Doente		
	Não (n=195)	Sim (n=116)	df = 309
	Média (DP)	Média (DP)	d (IC 95%)
Físico ^(a)	68,99 (12,52)	60,96 (13,26)	0,627 (0,391; 0,864)
Psicológico ^(a)	72,88 (12,42)	66,81 (14,49)	0,459 (0,224; 0,693)
Social ^(a)	73,24 (13,85)	66,81 (16,66)	0,430 (0,196; 0,664)
Ambiental ^(a)	61,81 (13,01)	58,80 (13,21)	0,229 (-0,002; 0,461) ^(b)
<i>Overall-Bref</i> ^(a)	75,00(75,0; 87,5) ^(c)	75,00(62,5; 75,0) ^(c)	- 0,286 (-0,40; -0,16)

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. df= grau de liberdade; d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

A capacidade discriminativa do *WHOQOL-Bref/Libras* foi verificada nas variáveis idade, sexo, renda mensal e anos de estudo. Não foi encontrado nenhuma investigação em que tenha sido estudada a qualidade de vida de indivíduos surdos em relação a essas variáveis.

- validade discriminante em relação à idade:

O grupo mais jovem (com idade até 40 anos) não apresentou escores médios diferentes do mais velho (com idade acima de 40 anos) em relação a qualquer um dos domínios do *WHOQOL-Bref/Libras*, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Validade discriminante do *WHOQOL-Bref/Libras* para variável idade

Domínio/Fator	Idade (anos)		df = 309
	18-40 (n =205) Média (MP)	41-64 (n = 106) Média (MP)	d
Físico ^(a)	66,88(13,21)	64,28 (13,53)	0,195
Psicológico ^(a)	71,46(13,49)	68,98 (13,52)	0,184
Social ^(a)	72,52(15,13)	67,61 (15,05)	0,325
Ambiental ^(a)	61,17(12,99)	59,75 (13,44)	0,107
Overall-Bref ^(a)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	75,00(62,5;75,0) ^(c)	0,097 ^(b)

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

- validade discriminante em relação aos anos de estudos:

Os anos de estudos estiveram associados a maiores escores médios em todos os domínios, isto é, indivíduos surdos com mais de 11 anos de escolaridade apresentam maiores escores nos domínios Físico e Psicológico em relação a indivíduos com 11 ou menos anos de estudos, de acordo com a Tabela 6.

Tabela 6 – Validade Discriminante do *WHOQOL-Bref/Libras* para variável anos de estudos

Domínio/Fator	Anos de estudos		df = 309
	12 ou mais (n=181) Média (MP)	0-11 (n=130) Média (MP)	d
Físico ^(a)	63,02 (12,89)	68,13 (13,31)	0,389
Psicológico ^(a)	67,21 (13,78)	73,06 (12,83)	0,442
Social ^(a)	68,26 (16,92)	72,69 (13,69)	0,293
Ambiental ^(a)	58,87 (13,47)	61,99 (12,78)	0,239
Overall-Bref ^(a)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	0,052 ^(b)

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

Na variável anos de estudos, o nível de significância $p < 0,05$ evidenciou-se para o domínio Psicológico e o nível de significância $p \leq 0,001$, para os domínios Físico, Social, e Ambiental.

- validade discriminante em relação a sexo:

Os escores médios dos diferentes domínios do *WHOQOL-Bref/Libras* para a variável sexo apresentaram diferenças estatisticamente significativas no Domínio Físico, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Validade Discriminante do *WHOQOL-Bref/Libras* para a variável sexo

Domínio/Fator	Sexo		df = 309 d
	Masculino (n=140) Média (DP)	Feminino (n= 171) Média (DP)	
Físico ^(a)	69,46 (12,70)	63,15 (13,24)	-0,544
Psicológico ^(a)	72,67 (13,57)	68,93 (13,30)	-0,262
Social ^(a)	75,00(66,6;83,3)	75,00(66,6;75,0)	0,084 ^(b)
Ambiental ^(a)	61,78 (13,92)	59,79 (12,44)	-0,151
Overall-Bref ^(a)	75,00(75,0;87,5) ^(c)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	0,118 ^(b)

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

- validade discriminante em relação à renda mensal

Em relação à variável renda mensal, os indivíduos surdos com renda mensal superior a R\$ 800,00 apresentaram maiores escores apenas no domínio Físico, como indicado na Tabela 8.

Tabela 8 – Validade discriminante do *WHOQOL-Bref/Libras* para a variável renda mensal

Domínio/Fator	Renda mensal ^(a)		df = 309 d
	> R\$ 800,00 (n=178) Média (DP)	< R\$ 800,00 (n=133) Média (DP)	
Físico ^(a)	68,43 (12,77)	62,73 (13,48)	0,436
Psicológico ^(a)	71,70 (13,54)	69,17 (13,44)	0,187
Social ^(a)	75,00(66,6;83,3)	75,00(66,6;75,0)	-0,009 ^(b)
Ambiental ^(a)	61,90 (12,74)	59,07 (13,56)	0,216
Overall-Bref ^(a)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	-0,029 ^(b)

^(a) *WHOQOL-Bref/Libras*: fatores congruentes com os encontrados no projeto *cross-cultural* (amostra global). (THE WHOQOL GROUP, 1998).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen; d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as duas variáveis observadas nas Tabelas 7 e 8, houve significância estatística para sexo e renda. Para o nível de significância $p < 0,05$ evidenciou-se na variável sexo os Domínios Físico e Psicológico; já para o nível de significância $p \leq 0,001$ na variável renda mensal evidenciou-se o Domínio Físico.

5.3 Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi utilizada para testar a estrutura do módulo *WHOQOL-Bref/Libras*. Foi utilizado o método de estimação robusta de máxima verossimilhança. Já para a obtenção do valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra, foi usado o índice de ajuste normalizado (NFI), índice de ajuste comparativo (CFI) e a raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA) (THOMPSON, 2004).

Para análise dos dados foram utilizados os seguintes programas: R3.2.2 (para cálculo dos tamanhos de efeito e seus intervalos de confiança), com os pacotes *effsize* (TORCHIANO, 2016), *orddom* (ROGMANN, 2013) e *MBESS* (KELLEY, 2016); *AMOS* 18.0 (para a análise fatorial confirmatória); e o *SPSS* para Windows, versão 18.0 (para as demais análises).

A AFC foi realizada com apoio do software *IBM SPSS Amos – Statistical Package for the Social Sciences - Analysis of Moments Structures* –, pois permite a construção de modelos de maneira mais precisa do que com técnicas de estatísticas com multivariáveis (ARBUCKLE, 2005).

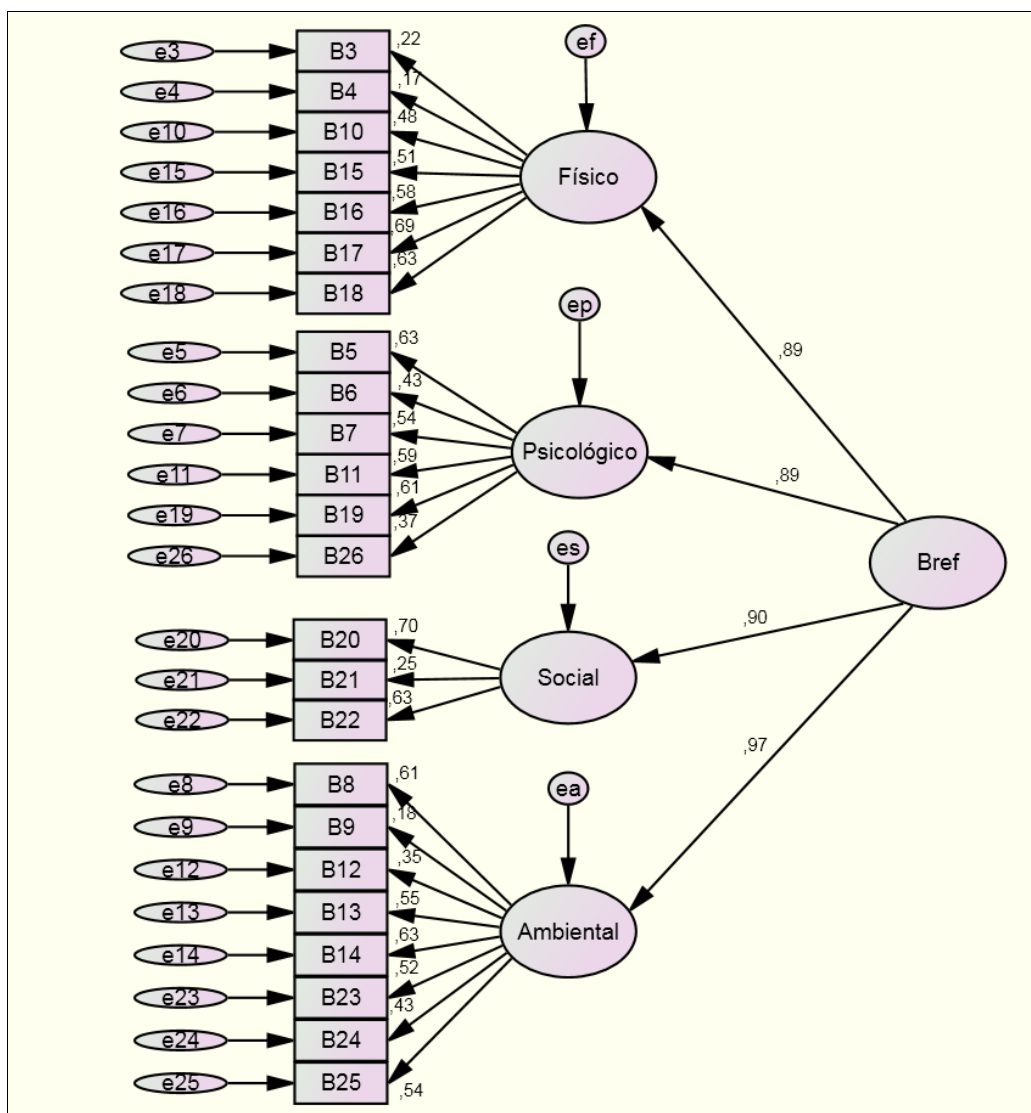
A AFC do *WHOQOL-Bref/Libras* foi realizada, utilizando-se as 26 questões como *variáveis observadas* do modelo. Os quatro domínios (Físico, Psicológico, Social e Ambiental) foram *variáveis latentes*.

Para avaliar o ajuste do modelo foram utilizados índices que representam, de forma mais adequada, o quão bem um modelo se ajusta à população:

- Índice de Ajuste Comparativo (CFI): comparou o modelo hipotético, que contém quatro dimensões correlacionadas, com o que ocorre ao aplicar o instrumento na amostra em questão, sendo encontrado um CFI = 0,718, inferior ao esperado, que é de 0,9.
- Chi-quadrado sobre graus de liberdade (CMIN/DF): utilizado para se obter um valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra, sendo encontrado um CMIN/DF= 3,224, quando os valores menores que 3 são os esperados.
- Índice de Ajuste Normalizado (NFI): comparou o modelo aplicado com o modelo basal, presumindo-se que as variáveis mensuradas são completamente independentes. O NFI obtido foi de 0,642, sendo que valores maiores que 0,90 são desejados para que os dados empíricos sejam considerados adequados ao modelo.
- Raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA): é a discrepância do grau de liberdade, sendo representativo da qualidade de ajuste que poderia ser esperado se o modelo fosse estimado na população. A RMSEA encontrada foi igual a 0,085, sendo que valores abaixo de 0,08 são considerados desejáveis.

A Figura 17 representa um modelo fatorial dos itens que compõem o instrumento (variáveis observadas) e suas dimensões (variáveis latentes). Nela é possível observar todos os efeitos padronizados de cada item, para cada domínio. A maioria dos itens apresenta coeficiente de correlação igual ou superior a 0,40. Apenas dois itens nos domínios Físico e Ambiental e um item nos domínios Social e Psicológico apresentaram saturação inferior a 0,4.

Figura 17 –Resultado da análise fatorial confirmatória



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise fatorial confirmatória, também, foi utilizada para aferir a validade de construto do *WHOQOL-Bref/Libras*, para testar sua estrutura. Para NFI e CFI espera-se valor $\geq 0,09$; para GFI, superior a 0,90; e para RMSEA, valores abaixo de 0,08 são considerados desejáveis e valores abaixo de 0,06, geralmente, indicam um ajuste razoável ao modelo (THOMPSON, 2004).

O CFI comparou o modelo hipotético que contém quatro dimensões correlacionadas com o que ocorre ao aplicar o instrumento na amostra em questão, considerando-se que para esse índice o valor adequado seja de 0,9. Foi encontrado um CFI de 0,718, inferior ao desejado, enquanto os valores encontrados para CMIN/DF foi 3,224; para NFI, 0,642, e para RMSEA ,085.

5.4 Confronto com dados normativos

Quando comparados com os dados normativos do *WHOQOL-Bref*, em uma amostra randomizada de base populacional no Sul do Brasil, algumas semelhanças foram encontradas (CRUZ et al., 2011). Assim como na amostra populacional, entre os surdos houve melhor qualidade de vida em todos os domínios nos indivíduos com maior número de anos de estudos. Indivíduos doentes, tanto da amostra de base populacional como da surda, apresentaram piores escores de qualidade de vida em todos os domínios, com exceção do domínio Social, na amostra surda.

Diferentemente da amostra de surdos, na amostra de base populacional, indivíduos do sexo masculino apresentaram melhores escores nos diferentes domínios de qualidade de vida.

Em relação à idade, apenas os indivíduos bem jovens (até 29 anos) da amostra de base populacional demonstraram melhores escores em alguns domínios do *WHOQOL-Bref*. Os demais estratos não apresentaram tal desempenho. Na amostra surda, não houve diferença em relação à idade.

Os dois estudos se diferem, também, pelo critério adotado para estratificação por nível socioeconômico, tornando-se difícil a comparação entre eles. Enquanto os estudos de Cruz e outros (2011) avaliaram a renda por uma medida de classe econômica, na amostra com pessoas surdas o nível socioeconômico foi avaliado pela renda mensal, com base em valor aproximado do salário mínimo vigente à época da pesquisa.

Surdos com renda maior apresentaram maiores escores no domínio Físico, sendo iguais nos demais domínios. Quando foi utilizado o critério de classe econômica no estudo de base populacional, houve uma associação entre classe social mais alta e melhores escores em todos os domínios do *WHOQOL-Bref*.

Utilizamos o estudo de Cruz et al. (2011) para comparar com os dados do presente estudo, já que é o estudo que oferece maior possibilidade de comparação. No entanto, existem diferenças metodológicas importantes entre os dois estudos. Primeiro, trata-se de uma amostra randomizada de base populacional do Sul do Brasil, enquanto o presente estudo foi realizado a partir de uma amostra por conveniência e com abrangência nacional. Segundo, a amostra do estudo de Cruz e outros é composta, exclusivamente, por indivíduos que falam a Língua Portuguesa e não são surdos, enquanto no presente estudo a amostra é composta, exclusivamente, por pessoas surdas e que responderam a uma versão do *WHOQOL-Bref* em Língua Brasileira de Sinais.

5.5 Observações adicionais

Embora essas análises apresentem um bom suporte para a utilização do *WHOQOL-Bref/Libras*, novas pesquisas precisam ser realizadas, uma vez que a validação de um instrumento se faz pelo contínuo processo em busca de aperfeiçoamento.

O presente estudo, no entanto, apresenta algumas limitações, como não ter sido possível utilizar outros instrumentos em língua de sinais que permitissem analisar a validade concorrente do *WHOQOL-Bref/Libras* com outras medidas de qualidade de vida ou qualquer outro construto (como, por exemplo, uma escala de depressão), o que se deve ao caráter pioneiro desta investigação.

Algumas fragilidades foram encontradas ao longo do estudo e dentre elas destacamos as que ocorreram na aplicação do teste piloto, as quais foram analisadas e discutidas pela equipe do projeto WHOQOL-Libras, resultando em mudanças e ajustes.

O Questionário Sociodemográfico apresentou vulnerabilidades tanto no nível da tradução quanto na quantidade de perguntas e na logística de usabilidade. A tradução de suas questões foi realizada por intérprete com certificado de proficiência, com o uso de metodologia de tradução livre, que difere da proposta metodológica da OMS. No teste piloto, o questionário foi considerado longo e com algumas questões de conteúdo com baixo poder de discriminação, o que aumentou a dificuldade de compreensão dos respondentes. A ordem das questões e seus vídeos exigiram um reordenamento do *layout* do *software*. Algumas perguntas foram consideradas incompreensíveis e outras desnecessárias, segundo os objetivos da pesquisa, sendo excluídas ou reformuladas.

Para a aplicação coletiva do instrumento a qualidade da internet deve ser verificada quanto à velocidade e estabilidade do sinal. O tipo de internet utilizada pode ser um fator limitante para a aplicação da pesquisa, pois afeta o desempenho do tráfego de dados, sobretudo, em se tratando de um *software* que utiliza, basicamente vídeos.

De posse dos dados obtidos durante a aplicação do teste piloto, a equipe do Grupo WHOQOL-Libras, por unanimidade, achou por bem reduzir, de vinte para doze, a quantidade de questões do Questionário Sociodemográfico original, excluindo-se as questões de medida antropométrica dos componentes corporais, informações sobre o ano em que ficou surdo, se se comunica por Libras, se a família sabe Libras etc. A eliminação das oito questões se baseou no critério de que elas não identificariam, necessariamente, o público-alvo, logo, não teriam relevância para a pesquisa. Além do mais, foi realizada a adequação linguística da livre tradução

das questões finais. Os vídeos das questões incompreendidas foram trocados por outros, com traduções aperfeiçoadas.

Ficaram definidos, com a equipe de construção do *software*, todos os ajustes técnicos que se fizeram necessários para maximizar a capacidade de registro do banco de dados. Critérios funcionais foram revistos, a fim de impedir a passagem para a próxima questão sem responder a atual. A ordenação das questões, também, foi redefinida, para garantir que todos respondessem, primeiramente, às questões do perfil sociodemográfico, seguidas das questões do *WHOQOL-Bref/Libras*. Um reteste foi feito com cinco usuários e a nova versão do questionário foi aprovada.

A realização do teste piloto foi considerada de suma importância para verificar a necessidade de adequações antes da aplicação do teste de campo. Sua execução permitiu selecionar as orientações a serem dadas aos participantes e detectar a importância das etapas metodológicas de tradução da OMS. Dessa forma, foi possível atestar os benefícios da metodologia de tradução transcultural do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, pela inexistência de dúvidas sobre as questões do instrumento, após o reteste.

Durante a aplicação do teste-reteste, 41 dos 52 voluntários do grupo de controle participaram sem necessidade de ajuda no uso dos equipamentos de informática, enquanto onze solicitaram ajuda, pois tiveram dificuldades em manusear o *touchpad* dos *notebooks* disponibilizados no laboratório de informática, onde ocorreu a aplicação do teste-reteste. Todas as questões foram devidamente respondidas. Considera-se que esses onze voluntários tiveram uma aplicação assistida por um membro da equipe de pesquisa.

O teste-reteste permitiu detectar que o uso simultâneo de quarenta *notebooks*, em uma mesma rede – mesmo com especificações técnicas adequadas – dificulta a aplicação deste *software*. Os problemas técnicos apresentados pelo *software* na primeira aplicação foram, contudo, sanados, o que permite concluir que ele apresentou os requisitos necessários para ser usado no teste de campo. Assim aconteceu, também, com relação ao Questionário Sociodemográfico, uma vez que os respondentes não solicitaram nenhum tipo de apoio nem tiveram dúvidas ao respondê-lo, o que indica que a revisão realizada foi satisfatória.

As habilidades necessárias para o uso dos equipamentos e das ferramentas disponíveis foram detectadas nos usuários com menor faixa etária. Os mais idosos levaram mais tempo para concretizar sua participação; alguns, por inexperiência, não conseguiram utilizar o *touchpad*, mas isso não impediu sua participação. Nesses casos, o interesse pelo tema da pesquisa, muitas vezes expresso pelos participantes por ser este um tema incomum na comunidade surda usuária

da Libras, fez com que eles solicitassem auxílio para o preenchimento e concluíssem sua participação.

Por fim, a pesquisadora e a equipe do Grupo WHOQOL-Libras reconhecem a importância da metodologia da OMS para tradução e validação de seus instrumentos. No entanto, foi possível detectar que os vídeos com tradução livre utilizados no Questionário Sociodemográfico, mesmo quando gravados por intérprete credenciado pelo MEC, foram insuficientes para evitar incompreensões. Fica, portanto, a indicação do uso da metodologia da OMS, com as adaptações feitas pela equipe do Grupo WHOQOL-Libras, para futuros trabalhos de traduções para as línguas de sinais.

Embora a amostra tenha sido por conveniência, alcançou abrangência nacional, com representatividade de todas as regiões brasileiras e de mais da metade dos estados. Ademais, cumpre lembrar que não é propósito desta investigação traçar um perfil da população surda do país, mas, sim, testar a validação das características psicométricas do instrumento *WHOQOL-Bref/Libras*.

CONCLUSÃO

*A língua é a chave para o coração de um povo.
Se perdemos a chave, perdemos o povo.
Se guardamos a chave em lugar seguro, como um tesouro,
abriremos as portas para riquezas incalculáveis,
riquezas que jamais poderiam ser imaginadas do outro lado da porta.*

Eva Engholm (1965)

A contribuição primordial deste estudo foi a verificação de evidências psicométricas do instrumento *WHOQOL-Bref/Libras*, que lhe conferem confiabilidade e validade. O *WHOQOL-Bref* foi elaborado para línguas na modalidade oral auditiva, mas, com o apoio do Grupo WHOQOL da OMS, foi possível fazer sua versão em língua visuoespacial e, agora, validá-lo por meio de sua aplicação em um grupo de surdos brasileiros usuários de Libras. Isto é particularmente importante, considerando-se as diferenças entre a modalidade de produção de uma língua oral e de uma língua de sinais.

Ao longo da exposição, a Libras foi caracterizada como a língua natural dos surdos e sua aceitação implica uma visão socioantropológica da pessoa surda, da sua identidade e da sua cultura. A língua de sinais composta por níveis linguísticos semelhantes aos das línguas orais, como fonologia, morfologia, sintaxe e semântica. Elas possuem léxicos, que são denominados de sinais, tal como as línguas orais possuem palavras, além de terem uma modalidade de articulação visuoespacial. São constituídas, portanto, de um sistema linguístico. Neste sentido, as pesquisas que envolvem pessoas que utilizam uma língua visuoespacial precisam estar atentas a este diferencial linguístico, que pode acarretar, por problemas de comunicação, imprecisão nos dados obtidos, como pode acontecer na avaliação de qualidade de vida de pessoas surdas.

O construto qualidade de vida tem despertado interesse crescente em muitas áreas de estudo. Apesar da expressão ser recente, a busca pelo bem viver tem sido uma constante, desde a antiguidade. Ainda hoje, não há um consenso sobre sua definição, uma vez que qualidade de vida se fundamenta na percepção subjetiva do indivíduo inserido em seu contexto. Pensar qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais, só é possível, portanto, levando-se em consideração sua subjetividade, sua cultura e seu o idioma visuoespacial, que se diferem da língua, da cultura e da subjetividade das pessoas ouvintes. Barreiras comunicativas impedem que pessoas surdas avaliem sua própria vida, da mesma forma que impedem que a sua qualidade de vida seja avaliada por outros profissionais,

se não dispuserem de instrumentos especialmente desenvolvidos levando em conta as especificidades da população surda. Torna-se necessário, portanto, que os instrumentos para aferir e avaliar a qualidade de vida dos surdos sejam, além de autoaplicáveis, validados e estejam disponíveis em seu idioma natural. Ainda mais, durante sua aplicação, a mediação deve se dar por meio da língua de sinais, para permitir a participação dos sujeitos e a obtenção de registros confiáveis.

A revisão bibliográfica permitiu detectar que se fazem necessários estudos sobre a percepção subjetiva em saúde por parte de pessoas surdas e as consequências dela decorrentes para sua qualidade de vida, no sentido de identificar os pontos que precisam de atenção para promover seu bem-estar, qualidade de vida, e inclusão social.

O conhecimento da origem das classificações, CID e CIF, clareia a compreensão dos distintos paradigmas que as sustentam. A CID visa classificar os problemas de saúde e foi forjada na perspectiva biomédica, centrada na catalogação das doenças. Já a CIF se propõe a classificar a funcionalidade e a incapacidade, associadas aos estados de saúde, tendo sido concebida a partir do modelo biopsicossocial, que tem suas origens na comprovação da existência do inconsciente psíquico individual e coletivo.

O uso conjugado da CID e da CIF permite apresentar um perfil mais vasto e significativo da saúde das pessoas, de maneira geral, assim como das pessoas surdas, em particular. Essa gama ampliada de informações aumenta a qualidade dos dados para fins clínicos, que poderão ser utilizados na tomada de decisões. Com o uso simultâneo dessas classificações é possível inferir que serão observados outros aspectos – para além da perspectiva organicista –, como a complexa relação do surdo com o seu meio ambiente, na qual as circunstâncias podem gerar barreiras que dificultam seu desempenho pessoal e social.

Fica claro que o uso simultâneo das duas classificações pode fomentar práticas inclusivistas, voltadas para a população surda, nas quais a acessibilidade linguística se torna um facilitador, dilatando as possibilidades de sua inserção sociocultural pela utilização da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Neste sentido, é oportuno lembrar que os enfrentamentos das demandas de modificações essenciais no ambiente, para a participação plena das pessoas surdas em todas as áreas da vida, são de responsabilidade do coletivo social.

Assim como a CID e a CIF, os questionários da família *WHOQOL* para aferição de qualidade de vida – produtos oficiais e já validados pela OMS – são instrumentos relevantes para a assistência à saúde. O uso desses instrumentos pode ajudar a encontrar os indicadores de saúde, desenvolver o nível da saúde de toda a população, inclusive das pessoas surdas, do

mesmo modo que possibilita melhorar o acesso à pesquisa em saúde, impactando na qualidade de vida.

Com respeito à qualidade de vida da população surda que se comunica pela língua de sinais, cabe destacar que se fazem necessárias ações relacionadas à sua saúde e bem-estar; avanços no marco regulatório brasileiro para a área de saúde individual e coletiva; e políticas públicas com acesso assegurado para todos.

Esta pesquisa tomou como seu objeto de estudo a realização da validação do instrumento que recebeu a denominação de *WHOQOL-Bref/Libras*. Como resultado prático desta validação, pesquisadores e profissionais da área da saúde passam a contar com um instrumento confiável para ser utilizado em novas pesquisas e nas práticas de atenção à saúde e ao bem-estar das pessoas surdas, contribuindo para uma avaliação mais assertiva da qualidade de vida.

Os dados obtidos no processo de validação nos permitem concluir que o *WHOQOL-Bref/Libras* tem propriedades psicométricas adequadas de confiabilidade (consistência interna e estabilidade temporal), e de validade (de conteúdo, aparente e discriminante), o que faz dele o primeiro instrumento psicométrico em Libras, devidamente validado para uso seguro na avaliação de qualidade de vida de indivíduos surdos que utilizam a Língua Brasileira de Sinais.

As adaptações realizadas para atender aos processos necessários para validação do instrumento *WHOQOL-Bref/Libras* podem ser úteis para que validações em línguas de sinais de outros países aconteçam, ampliando o panorama de estudos de aferição dos fenômenos subjetivos da população surda, e auxiliando na elaboração e articulação de políticas públicas nesta área.

Um passo seguinte, em relação à maior compreensão do desempenho do *WHOQOL-Bref/Libras*, poderia ser a aplicação, em uma amostra de pessoas bilíngues, com domínio tanto da língua oral – a Língua Portuguesa do Brasil – quanto da Língua Brasileira de Sinais (Libras).

Em suma, acreditamos que a disponibilidade de um instrumento, em língua de sinais e devidamente validado, possa não só refinar a aferição da qualidade de vida, mas também, intensificar as políticas de atenção à saúde das pessoas surdas. Acreditamos, ainda, que a disponibilização do *WHOQOL-Bref/Libras* pode inspirar outros pesquisadores e ser uma importante ferramenta para a realização de projetos que envolvam uma parcela significativa da população surda do país.

Esperamos que o *WHOQOL-Bref/Libras*, devidamente validado, seja o primeiro de muitos outros instrumentos de que, especialmente, a comunidade surda tanto necessita. Neste sentido, a metodologia desenvolvida neste estudo pode servir de referência para criação de novos ou para a tradução e validação de outros instrumentos já existentes, desde que criados,

traduzidos ou validados, levando-se em consideração o contexto da cultura surda, e respeitando as características sociolinguísticas e identitárias desta população.

Mais do que isso, esta experiência abre caminho para possível criação de um módulo de caráter multicêntrico, específico para pessoas surdas e já concebido em Língua de Sinais, ampliando, assim, a família *WHOQOL*.

Queremos reafirmar, por fim, que os atuais quase dez milhões de pessoas brasileiras surdas são um grupo que merece ter assegurados os seus direitos de acesso à avaliação de sua percepção de qualidade de vida em seu idioma natural, a Libras, e que toda e qualquer iniciativa acadêmica neste sentido é bem-vinda. A comunidade surda brasileira agradece, desde já, o esforço, o envolvimento e o comprometimento daqueles e daquelas que tomarem para si este desafio.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, Santo. **Confissões**. São Paulo: Abril Cultural, 1972.
- AMES, R.; HALL, D. **Pensando em meio Confúcio**. Albany: Universidade Estadual de Nova York, 1987.
- ANASTASI, A. **Testes psicológicos: teoria e aplicação**. São Paulo: Herder, 1965.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: Filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- ARBUCKLE, J. L. **AMOS 6.0: user's guide**. Chicago, IL: SPSS Inc., 2005.
- ARISTÓTELES. **Politics**. London: Harvard University Press, 1990.
- AUSTRALIAN WHOQOL FIELD CENTRE. **Use the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instruments**. Melbourne: Centre for Participant Report of University of Melbourne, 2006. Disponível em: <<http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centres-units/cpro/whoqol/use-whoqol.html>>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- BAKER, C.; PADDEN, C. A. *Focusing on the nonmanual components of American Sign Language*. In: SIPLE, P. (Ed.). **Understanding language through sign language research**. New York: Academic Press, 1978. p. 27-57.
- BAKHTIN, M. **Questões de literatura e estética**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- BATTISON, R. **Lexical borrowing in American Sign Language**. Silver Spring: Linstok, 1978.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. v. I e II.
- BELLUGI, U.; KLIMA, E. S. *Properties of visuospatial languages*. In: PRILLWITZ, S.; VOLLHABER, T. (Ed.). **Sign language research and application**. Hamburg, Germany: Signum-Verlag Press, 1991. p. 115-145.
- BENVENUTO, A. O surdo e o inaudito à escuta de Michel Foucault. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. (Org.). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 227-246.
- BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida: um novo conceito para a pesquisa e prática em psiquiatria. **Revista Brasileira de Psiquiatria: revista da Sociedade Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 249-252, 2003.
- BEYER, H. O. Educação inclusiva ou integração escolar? Implicações pedagógicas dos conceitos como ruptura paradigmática. **Ensaio Pedagógico**, Brasília, p. 277-80, 2007.

BODSTEIN, R. C. A. A cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 185-204, 1997.

BOWLING, A. *What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life*. **Social Science Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1447-1462, 1995.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with AMOS** Basic concepts, applications, and programming. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 452, de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre a atuação do SUS. 2012a. Disponível em: <<http://www.sindhrio.org.br/index.php/legislacao/2704-resolucao-do-conselho-nacional-de-saude-cns-n-452-2012>>. Acesso em: 17 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/1996, versão 2012**. Sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 21 maio 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. **Decreto n. 5.626**, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. **Lei 10.436**, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. CAPES. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Portal de Periódicos CAPES/MEC**. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 20 maio 2016.

BREWER, J.; HUNTER, A. **Foundation sof multimethod research**. Thousand Oaks: Sage, 2006.

BRITO, L. F. Língua brasileira de sinais - UBRAS. In: BRASIL. Ministério de Educação. Secretaria de Educação Especial. **Programa de capacitação de recursos humanos do ensino fundamental**. Língua brasileira de sinais. Brasília, 1997. v. IH.

BURNS, N.; GROVE, S. K. *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. 3. ed. Philadelphia: Saunders Company, 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde: bases teórico-conceituais. In: BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. (Org.). **Promoção de saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 2-45.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 115-165.

CAPRA, R. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CASSEP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L. et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 506-520.

CHAUÍ, M. **Iniciação à Filosofia**. São Paulo: Ed. Ática, 2009.

CHAVEIRO, N. et al. Atendimento à pessoa surda que usa a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 639-645, 2010.

_____. *Quality of life of deaf people who communicate in sign language: integrative review*. **Interface (Botucatu)**, 18(48):101-14, 2014;

_____. *Instruments in Brazilian Sign Language for assessing the quality of life of the deaf population*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 616-623, June 2013.

CHAVEIRO, N. **Qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais**: construção da versão em libras dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-DIS, 2011. 252 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/152>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 417-422, 2005.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. *Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 578-83, 2008.

CLIFF, N. *Ordinal methods for behavioral data analysis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1996

COHEN, J. A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159, 1992

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber preparar uma pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

COOPER, D. R.; SCHINDLER P. S. *Métodos de pesquisas em administração*. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CRONBACH, J. L. My current t procedures. *Educational and Psychological Measurement*, v. 64, n. 3, junho 2004.

CRUZ, L. N. et al. *Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample*. *Qual Life Res*, 20(7), p. 1123-9, 2011.

CRYSTAL, D. *Language death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. *Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários*; 6-12 de setembro de 1978, Alma Ata, Cazaquistão, URSS. Disponível em: <www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

DEL GIUDICE, A. *A constraint-based analysis of compound formation in the sign modality*. 2007. Disponível em: <<http://idiom.ucsd.edu/~delgiudice/DelGiudice-ASLcompounds.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

DEMPSEY, P. A.; DEMPSEY, A. D. *Using nursing research*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1996.

DESCARTES, R. *Discurso do método*. Introd. e notas de Étienne Gilson. Tradução João Gama. Lisboa: Edições 70, 2000.

DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos).

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Org.). *Qualidade de vida*: Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Unifesp. Barueri: Manole, 2006.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Colectiva*, v. 8, n. 1, p. 173-181, 2003.

DUARTE, P. S. D.; CICONELLI, R. M. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. *Qualidade de vida*. São Paulo: Manole, 2006. p. 11-18.

DUARTE, S. B. R. *Análise por grupos focais do instrumento de avaliação de qualidade de vida*: WHOQOL-Bref traduzido para Língua Brasileira de Sinais (WHOQOL-LIBRAS). 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

EMMOREY, K.; BELLUGI, U.; KLIMA, E. Organização neural da língua de sinais. In: MOURA, M. C.; LODI, A. C.; PEREIRA, M. C. (Ed.). **Língua de sinais e educação do surdo**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 1993.

ENDICOTT, J. et al. *Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure*. **Psychopharmacol Bull**, v. 29, p. 321-326, 1993.

ENGEL, G. L. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. **Science**, v. 196, 196, p. 129-136, 1977.

EUA. The American Assembly. **The report of the President's Commission on national goals**. Ann Arbor: University of Michigan, 1960.

EUROPEAN COMISSION. 2016. Disponível em: <<http://eippcb.jrc.ec.europa.eu/reference/>>. Acesso em: 30 maio 2016.

FAIRWEATHER, G. W. et al. *Community life for the mentally ill: an alternative to institutional care*. Chicago: Aldine, 1969.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 502-508, 1995.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester: Wiley, 2000.

FELIPE, T. A. Os processos de formação de palavras na Libras. In: **Estudos linguísticos Grupo de Estudos Surdos e Educação**. Campinas: Unicamp, jun. 2006.

_____. Dicionário de Libras, Versão 2.0. 1 CD-ROM. 2005

FELLINGER, J. et al. *Mental distress and quality of life in the hard of hearing*. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 40(9):737-42, 2005.

Fellinger J. et al. *Mental distress and quality of life in a deaf population*. **Acta Psychiatr Scand.**, 11:243-45, 2007.

FERNANDES, E. **Linguagem e surdez**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FERREIRA-BRITO; LANGEVIN, R. Sistema Ferreira Brito-Langevin de Transcrição de Sinais. In: FERREIRA BRITO, L. **Por uma gramática de língua de sinais**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

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

FITZNER, K. *Reliability and validity*. **The Diabetes Educator**, v. 33, n. 5, p. 775-780, 2007.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida** – guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

_____. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1. P. 19-28, jan. /mar. 1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

FONSECA, R. T. M. da. Proteção jurídica dos portadores de deficiência. **Revista de Direitos Difusos**, São Paulo: Instituto Brasileiro de Advocacia Pública (IBAP); Editora Esplanada ADCOAS, n. 4, p. 481-486, 2000.

FOUCAULT, M. **Estruturalismo e pós-estruturalismo 1983**. Trad. Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense, 2008. (Coleção Ditos e Escritos II, Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento).

FREITAS, A. R. D. **Análise por grupos focais do instrumento para avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiências intelectuais e físicas (WHOQOL-DIS) traduzido para a língua brasileira de sinais**. 2011. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

FREITAS, A. R. de. Validação da versão em Libras do instrumento para avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiências físicas e intelectuais (*WHOQOL-DIS/Libras*). 2016. 159 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016

FRISHBERG, N. *Some aspects of the historical change in American Sign Language*. 1976. Thesis (Doctoral Dissertation) – University of California, San Diego, 1976.

FRISHBERG; GOUGH, B. *Morphology in American Sign Language*. **Sign Language and Linguistics**, v. 3, 2000.

GARRISON, F. M. **Historia de la Medicina**. 4. ed. México: Interamericana, 1966.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILSON, E. **A filosofia na Idade Média**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GRAAF, R. D.; BILJ, R. V. *Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness*. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, p. 61-70, 2002.

GRESSLER, L. A. **Pesquisa educacional**: importância, modelos, validade, variáveis, hipóteses, amostragens, instrumentos. 3. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1989.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAIR JR., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAMBLETON, R. K. *Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures*. In: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. (Org.). **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. Londres: LEA, 2005. p. 3-38.

HARWOOD, J. **Filosofia**: um guia com as ideias de 100 grandes pensadores. São Paulo: Editorial Planeta, 2013.

HAYES, B. E. **Medindo a satisfação do cliente**: desenvolvimento e uso dos questionários. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

HÉCAEN, H.; LANTERI-LAURA, G. *Évolution des connaissances et des doctrines sur les localisations centrales*. Paris: Desclée de Brouwer, 1977.

HEGEL, G. W. **Fenomenologia do espírito**. Petrópolis: Vozes, 1994. v. 2.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. *Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires*. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997.

_____. *A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach*. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HICKOK, G.; BELLUGI, U.; KLIMA, E.S. *The neural organization of language: evidence from sign language aphasia*. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 2, p. 129-136, 1998.

HUNT, S. M. The problem of quality of life. **Quality of Life Research**, v. 6, n. 3, p. 205-212, 1997.

IGLESIAS, M. E. D.; GÓMEZ, A. M. M. *Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso*. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v. 12, n. 2, p. 1-5, mar.-abr. 2004.

JIROJANAKUL, P.; SKEVINGTON, S. *Developing a quality of life measure for children aged 5–8 years*. **British Journal of Health Psychology**, v. 5, n. 3, p. 299-321, 2004.

JONES, H. M. *The pursuit of happiness*. Harvard: Harvard University Press, 1953. p. 168.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. (Orgs.). *Essentials of neural sciences and behavior*. New York: Elsevier, 1995.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KANT, E. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Trad. de Guido Antônio de Almeida. São Paulo: Discurso Editoria; Barcarolla, 2009.

KATSCHNIG, H.; FREEMAN, H.; SARTORIOUS, N. *Quality of life in mental disorders*. New York: John Wiley & Sons, 1997.

KELLEY, K. **MBESS**: The MBESS R Package. R package version 4.0.0. 2016. Disponível em: <<http://CRAN.R-project.org/package=MBESS>>. Acesso em: 17 maio 2016.

KLIMA, E.; BELLUGI, U. *The signs of language*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.

KLIMA, E.; BELLUGI, U. *Wit and poetry in American Sign Language*. *Sign Language Studies*, v. 8, p. 203-224, 1975.

KVAM, Marit, H.; LEOB, Mitchell; TAMBS, K. *Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals*. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Noruega/Estados Unidos, 2007.

LACERDA, C. B. F. de. A prática fonoaudiológica frente às diferentes concepções de linguagem. **Revista Espaço**, Instituto de Educação de Surdo, v. 10, p. 30-40, 1998a.

_____. Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. **Cadernos Cedex**, v. 19, n. 46, 1998b.

LADD, P. *Understanding deaf culture: in search of deafhood*. Sydney: Multicultural Matters, 2003.

LEHMAN, A. F.; WARD, N. C.; LINN, L. S. *Chronic mental patients: the quality of life issue*. *American Journal of Psychiatry*, 10: 1271-1276, 1982.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LIDDELL, S. K. *Grammar, gesture, and meaning in American Sign Language*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

_____. *Grammar, gesture, and meaning in American Sign Language*. _____. Indicating verbs and pronouns: Pointing away from agreement. In: EMMOREY, K.; LANE, H. L. (Ed.). **The signs of language revisited: an anthology to honor Ursulla Bellugi and Edward Klima**. Mahway, N. J.: Erlbaum, 2000. p. 303-320.

- LIDDELL, S. K. *Grammar, gesture, and meaning in American Sign Language*. _____. Nonmanual signals & relative clauses in ASL. In: SIPLE, P. (Ed.). ***Understanding language through Sign Language research***. New York: Academic Press. 1978. p. 59-90.
- LIMA, M. S. C. **Surdez, bilinguismo e inclusão: entre o dito, o pretendido e o feito**. 2004. 261f. Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade de Campinas, Campinas, São Paulo, 2004.
- LURIA, A. R. O desenvolvimento da escrita na criança. In: VIGOTSKI, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. 4. ed. São Paulo: Ícone, 1988.
- LYNN, M. R. *Determination and quantification of content validity*. ***Nursing Research***, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.
- MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Boockman, 2006.
- MANSUR, L. L.; SENAHA, M. L. H. Distúrbios da linguagem oral e escrita e hemisfério esquerdo. In: NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; MANSUR, L. L. **Neuropsicologia, das bases anatômicas à reabilitação**. São Paulo: FMUSP, 1996.
- MARSH, H. W.; HOCEVAR, D. The application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: first and higher order factor structures and their invariance across age groups. ***Psychological Bulletin***, Berkeley, v. 97, p. 562-582, 1985.
- MASON, R. O. MIS Experiments: a pragmatic perspective, In: BENBASAT, I. (Ed.). **The information systems research challenge: survey research methods**. v. 2. Boston: Harvard Business School, 1989. p. 3-29.
- MASON, V. L.; SKEVINGTON, S. M.; OSBORN, M. Assessing the properties of the WHOQOL-pain: quality of life of chronic low back pain patients during treatment. ***The Clinical Journal of Pain***, Philadelphia, v. 26, n. 7, p. 583-592, sep. 2010.
- MCGINNIS, J. **Avicenna**. New York: Oxford University Press, 2010.
- McKENNA, S. P.; WHALLEY, D. *Can quality of life scales tell us when patients begin to feel benefits of antidepressants?* ***European Psychiatry***, v. 13, n. 146-153, 1998.
- McKEOWN, T.; LOWE, C. R. **Introducción a la Medicina Social**. 4. ed. México: Siglo XXI, 1989.
- MEADOW, K. P. *The development of deaf children*. In: HETHERINGTON, E. M. (Ed.). **Review of child development research**. Chicago: University of Chicago Press, 1975. v. 5.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. ***Revista Ciência & Saúde Coletiva***, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> >. Acesso em: 4 jul. 2006.
- MONTAIGNE. **Ensaio**. Trad. Sérgio Milliet. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

NEVILLE et al. *The importing-beta family Crmlp bridges the interaction between Rev and the nuclear pore complex during nuclear export*. **Curr. Biol.**, 7, 767-775, 1997.

NIESS, L. T. T.; TÁVORA, P. H. **Pessoas portadoras de deficiência no Direito brasileiro**. São Paulo: Ed. Juarez de Oliveira, 2003.

OHAERI, J. U. et al. *Confirmatory factor analytical study of the WHOQOL-BREF: experience with Sudanese general population and psychiatric samples*. **BMC Med Res Methodol**, 7, 37, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death**. 6th revision. Geneva, 1949.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionado à saúde: CID-10**. 3. ed., 10. rev. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Edusp, 1996.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de doenças (CID-11)**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

_____. **Health promotion glossary**. Geneva: Word Health Organization, 1998.

_____. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/Fiocruz. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986. p. 11-18.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Normas sobre a equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência**. Tradução de Marisa do Nascimento Paro. São Paulo: CVI-NA/APADE, 1996.

_____. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez. 2006.

PADDEN, C. A. **Interaction of morphology and syntax in American Sign Language**. New York/London: Garland Publishing, 1988.

PASCAL. **Pensamentos**. São Paulo: Nova Cultural, 1999. (Coleção Os pensadores).

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43(Esp.), p. 992-999, 2009.

PERLIN, G. O lugar da cultura surda. In: THOMA, A. S.; LOPES, M. C. (Org.). **A invenção da surdez: cultura, alteridade, identidade e diferença no campo da educação**. Santa Cruz do Sul: Ed. EDUNISC, 2004.

PERRIEN, J.; CHÉRON, E.; ZINS, M. **Rechercheen Marketing: méthodes et décisions**. Québec: Gaëtan Morin Éditeur, 1983.

PETER, J. P. *Construct validity: a review of basic issues and marketing practices*. **Journal of Marketing Research**, v. 18, p.133-145, May 1981.

PLATÃO. **A República**. Tradução brasileira de Carlos Alberto Nunes. Belém: Universidade Federal do Pará, 1976. (Coleção Amazônica).

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendation as*. **Research in Nursing & Health**, v. 29, p. 489-497, 2006.

PORTUGAL, S. et al. **Estudo de avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência**. 2010. Disponível em:

<http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_impactocustos%20%282%29.pdf>.

Acesso em: 17 abr. 2014.

PUTZ, R.; PABST, R. Sobotta. **Atlas de Anatomia Humana**. 22. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1 e 2.

QUADROS, R. M. de; KARNOPP, L. **Língua de sinais brasileira: estudos linguísticos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUADROS, R. M.; SHIMIEDT, M. L. P. **Ideias para ensinar Português para alunos surdos**. Brasília: MEC/SEESP, 2006.

R CORE TEAM. **R: a language and environment for statistical computing**. 2015. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em 17 maio 2016.

RABELO, A. S. Adaptação curricular na inclusão. **Revista Integração** (Secretaria de Educação Especial do MEC), ano 9, n. 21, 1999.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Desenvolvimento de instrumentos de aferição epidemiológicos. In: KAC, G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D. (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

RODRIGUES, N. Organização neural da linguagem. In: MOURA, M. C.; LODI, A. C.; PEREIRA, M. C. **Língua de sinais e educação do surdo**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 1993.

ROGMANN, Jens J. **Orddom: ordinal dominance statistics**. R package version 3.1. 2013. University of Hamburg, Department of Psychology and Germany. Disponível em: <<http://CRAN.R-project.org/package=orddom>>. Acesso em 20 maio 2016.

RUBIO, D. M et al. *Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research*. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-105, 2003.

SACKS, O. **Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F., LUCIOP, P. B. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, 1996.

SÁNCHEZ, C. M. *La increíble y triste historia de la sordera*. Caracas: Editorial Ceprosord, 1990.

SANTANA, A. P. **Reflexões neurolinguísticas sobre a surdez**. 2003. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, UNICAMP, Campinas, 2003.

_____. **Surdez e linguagem: aspectos e implicações neurolinguísticas**. São Paulo: Plexus Editora, 2007.

SANTOS, B. S. A construção intercultural da igualdade e da diferença. In: _____. **A gramática do tempo**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 279-316.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SAUTCHUK, I. **Prática de morfologia: como e por que aprender análise (morfo)sintática**. Barueri: Manole, 2004.

SELLTIZ, C. et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais., 2. ed. São Paulo: 1987. v. 2.

SILVA, E. F. da; PEREIRA, M. G. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 383-393, 1998.

SILVA, T. C. **Fonética e fonologia do Português: roteiro de estudos e guia de exercícios**. São Paulo: Contexto, 1999.

SIMEONSSON, R. J. et al. *Applying the International Classification of Functioning Disability and Health to measure childhood disability*. **Disability & Rehabilitation**, v. 25, n. 11-12, p. 602-610, 2003.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SKLIAR, C. Uma análise preliminar das variáveis que intervêm no projeto de educação bilíngue para os surdos. **Espaço**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 49-57, 1997a

SKLIAR, C. La educación de los sordos: una reconstrucción histórica, cognitiva y pedagógica. Mendoza: EDIUNC, 1997b.

SKLIAR, C. (Org.). **Educação e exclusão: abordagens socioantropológicas em educação especial**. Porto Alegre: Mediação, 2001.

SKLIAR, C. (Org.). **Educação e exclusão: abordagens socioantropológicas em educação especial**. Porto Alegre: Ed. Mediação, 2001.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999.

STOKOE, W. C. *Sign language structure*. Silver Spring: Linstok Press, 1978.

STOKOE, W. C.; CASTELLINI, D. C.; CRONENBERG, C. G. *A dictionary of American Sign Language on linguistic principles*. Washington: Gallaudet College Press, 1965.

STRAUB, D. W.; CARLSON, C. L. *Validating instruments in MIS research*. *MIS Quarterly*, p. 147-169, jun. 1989.

STREINER, D. L. *Being in consistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter*. *Journal of Personality Assessment*, v. 80, p. 217-222, 2003.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2002.

STROBEL, K. *As imagens do outro sobre a cultura surda*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2008.

TAUB, S. *Language from the body: iconicity and metaphor in American Sign Language*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001.

TESTA, M.; SIMONSON, D. C. *Assessments of quality of life outcomes*. *Current Concepts*, v. 334, n. 13, p. 835-840, 1996.

THE WHOQOL GROUP. *Development of the WHOQOL: rationale and current status*. *International Journal of Mental Health*, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

_____. *The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)*. *Quality of Life Assessment: International Perspectives* (ed. J. Orley and W. Kuyken), p. 41-57. Springer Verlag: Heidelberg, 1994.

_____. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties*. *Social Science and Medicine*. 1998. (in the press).

_____. *Psychometric properties of the WHOQOL: HIV field test*. The WHOQOL Group: Draft from May 21st, 2001.

THE WHOQOL-DIS GROUP. *WHOQOL: Disabilities module manual*. Geneva: World Health Organization, 2010.

THE WHOQOL-HIV GROUP. *WHOQOL: HIV instrument users manual*. Geneva: World Health Organization, 2002.

THE WHOQOL-PAIN GROUP. *UK WHOQOL: Pain scoring*. Bath: WHO Field Centre for the Study of Quality of Life of Bath, 2004.

THE WHOQOL-SRPB GROUP. *A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life*. *Social Science and Medicine*, New York, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, mar. 2006.

THE WHOQOL-SRPB GROUP. **WHOQOL-SRPB Users Manual**. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____. *Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. **Quality of Life Assessment Psychol Med***, 28, 551-8, 1998.

_____. **WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment**. Geneva: World Health Organization, 1996.

_____. **WHOQOL-HIV instrument users manual**. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. *A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine***, New York, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, mar. 2006.

_____. *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine***, v. 10, p. 1403-1409, 1995.

_____. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul/HCPA: FAMED, 1998. Disponível em: www.ufrgs.br/psiq/whoqol3.html. Acesso em: 16 mar. 2014.

THOMPSON, B. **Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications**. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.

TORCHIANO, Marco). **Effsize: efficient effect size**. 2016. Computation. R package version 0.6.1. Disponível em: <<http://CRAN.R-project.org/package=effsize>>. Acesso em: 21 maio 2016.

VYGOTSKY, L. *Interação entre aprendizado e desenvolvimento*. In: _____. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. p. 89-104.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. *The MOS 36-item short form health survey (SF 36): conceptual framework and items selection. **Medical Care***, v. 160, p. 473-480, 1992.

WERNECK, C. **Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

WIKLUND, I. *Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. **Fundamental & Clinical Pharmacology***, v. 18, n. 3, p. 351-356, 2004.

WILSON, I.; CLEARY, P. D. *Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **Journal of the American Medical Association***, v. 271, n. 1, p. 59-65, 1995.

APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr. (a) está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa, intitulada: Validação da Versão em Libras do Instrumento de Avaliação DA Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-BREF “ e WHOQOL- DIS” pesquisa que faz parte de um estudo maior denominado: Impacto da perda auditiva sobre a qualidade de vida das pessoas surdas que usam a Língua Brasileira de Sinais”. Eu, Soraya Bianca Reis Duarte e a Adriana Ribeiro de Freitas, Neuma Chaveiro somos as pesquisadoras responsáveis desta parte da pesquisa. Após ler com atenção este documento ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, clique na tela onde há o espaço disponível “() Eu concordo”. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Soraya Bianca Reis Duarte Fone (62)39322991/ (62) 81883611, Adriana Ribeiro de Freitas fone: (62) 3246-3022 / (62) 9976-6886 ou Neuma Chaveiro Fone: (62) 36245846/ (62) 99848020 Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-8338 e (62) 3269-8426.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA:

Título: VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM LIBRAS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: WHOQOL-BREF e VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM LIBRAS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: WHOQOL- DIS” traduzido para Língua Brasileira de Sinais (WHOQOL/LIBRAS).

Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento: Soraya Bianca Reis Duarte e Adriana Ribeiro de Freitas, são fonoaudiólogas e professoras, fluente no uso da Língua Brasileira de Sinais.

Objetivos da pesquisa: Aplicar e validar versão em LIBRAS dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS: WHOQOL-BREF e WHOQOL- DIS. Avaliar as propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF e WHOQOL- DIS; Medir a qualidade de vida em uma amostra de surdos brasileiros que se comunicam pela Libras; responder os questionários: WHOQOL-BREF e WHOQOL- DIS Avaliar a qualidade de vida das pessoas surdas que usam a Língua Brasileira de Sinais, relacionando com suas condições sócio demográficas, comparativamente com pessoas ouvintes; Avaliar os aspectos: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espirituais /religião /crenças pessoais das pessoas surdas, relacionando com pessoas ouvintes.

Detalhamento dos procedimentos: gostaríamos de contar com sua colaboração para, durante cerca de 90 minutos, para responder os questionários: Sócio demográfico, WHOQOL-BREF e WHOQOL- DIS na versão em Língua Brasileira de Sinais - Libras que se encontra hospedado no site <http://www.medicina.ufg.br/qualidadedevida/>; em dois momentos, com intervalo de 20 dias.

Forma de acompanhamento: Poderá acontecer de forma presencial aonde as pesquisadoras conduzirão os colaboradores aos computadores/equipamentos que já estarão no endereço onde o software está hospedado, entregarão o código de usuário e deixarão que cada um responda livremente sem interferências. E de maneira virtual onde as pesquisadoras encaminharão o link onde o software está hospedado para que os colaboradores e enviarão o código de usuário deixando que cada um responda livremente sem interferências.

Especificação dos riscos, desconforto, que podem ser provocados pela pesquisa: Você não correrá nenhum risco físico, nem desconforto visto que consta de responder os questionários sobre qualidade de vida que compõe o WHOQOL/LIBRA.

Informação sobre o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa: Você terá o direito de ser indenizado caso tenha danos comprovadamente decorrentes do estudo.

Informação sobre o direito de ressarcimento de despesas pela sua participação: Não haverá despesa alguma para você. A sua participação é facultativa / voluntária.

Esclarecer que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação: As pesquisadoras não pagarão nada a você, por participar dessas discussões.

Descrever os benefícios decorrentes da participação na pesquisa: Você poderá conhecer como está a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas surdas.

Esclarecer sobre o período de participação e término: O tempo previsto para as sessões uma hora.

Garantir o sigilo: Você tem a garantia de que os dados da pesquisa só serão utilizados para este fim, qual seja, validação da versão em Língua Brasileira de sinais (Libras) dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-BREF e WHOQOL-DIS).

Apresentar a garantia expressa de liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento / tratamento usual: Você tem a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do estudo.

Se concordar em participar clique no local adequado que aparecerá em sua tela e confirme o aceite

Nomes e contatos das pesquisadoras		
Pesquisadora Responsável: Soraya Bianca Reis Duarte Endereço: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás Rua 75 Nº 46' Centro CEP: 74055-110 – Goiânia - GO Fone: (62) 3932 2991 E-mail: sorayabianca@gmail.com	Pesquisadora Responsável: Adriana Ribeiro de Faria Endereço: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás). Av. Universitária 1.440, Setor Universitário CEP: 74605-010 – Goiânia - GO Fone: (62) 3946-1000. E-mail: driribeiro70@gmail.com	Pesquisadora responsável: Neuma Chaveiro Endereço: Universidade Federal de Goiás/faculdade de Letras Avenida Esperança, s/n, Câmpus Samambaia, 74.690-900 - Goiânia - Goiás - Brasil Telefone-Fax (62) 3521-1160 E-mail: neumachaveiro@gmail.com

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questões	Alternativas disponíveis
1- Nome	
2- Idade	
3- Cidade onde mora	
4- Estado onde mora	
5- Você trabalha?	1- Sim 2- Não
6- Qual seu salário mensal?	1- Sem renda 2- < 800,00 3- Entre 800,00 e 3000,00 4- >3000,00
5- Sexo	1- Masculino 2- Feminino
6- Ano de Estudo	1- 0-11 anos 2- 12 anos ou mais
7- Situação Conjugal	1- Não casado 2- Casado
8- N° de Filhos	1- Com filhos 2- Sem filhos
9- Você tem alguma doença?	1- Sim 2- Não
10- Qual?	1- Doença do coração 2- Doença Respiratória 3- Pressão alta ou pressão baixa 4- Artrite 5- Doença dos Rins 6- Outras

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Goiânia, ---- de ----- de 2015.

Solicitação de realização da pesquisa na.....

À ILMO Sr.º:

Site:

Endereço:

Prezado.....,

Solicitamos autorização dessa para realização da pesquisa intitulada “Validação e aplicação da Versão em Libras do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-BREF. Esse estudo será realizado pelas pesquisadoras Me. Soraya Bianca Reis Duarte e Dra. Neuma Chaveiro, discentes devidamente matriculadas em nível de doutorado no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás- PPGCSFM /UFG, sob orientação do Prof. Dr. Celmo Celeno Porto.

Essa pesquisa tem como objetivo: **Avaliar o impacto da perda auditiva sobre a qualidade de vida das pessoas surdas que usam a Língua de Sinais**, necessitando, portanto, que nos informe o nome, e-mail e demais redes sociais, caso tenha.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (anexo 1).

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta presidência, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Na expectativa de contar com a inestimável atenção de V.S.º no atendimento desta solicitação, aproveitamos o ensejo para apresentar o elevado apreço do Graduando e do Professor da instituição. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Soraya Bianca Reis Duarte

Doutoranda em Ciências da Saúde

() Não concordo com a solicitação da pesquisa

Adriana Ribeiro de Freitas

Doutoranda em Ciências da Saúde

() Concordo com a solicitação da pesquisa

ANEXO A – ARTIGO 1

CID-10 E CIF NA PERSPECTIVA DA PESSOA SURDA QUE SE COMUNICA PELA LÍNGUA DE SINAIS

Soraya Bianca Reis Duarte¹, Neuma Chaveiro², Adriana Ribeiro de Freitas³, Maria Alves Barbosa⁴, Marcelo Pio de Almeida Fleck⁵, Celmo Celeno Porto⁶.

1 Fonoaudióloga. Doutora em Ciência da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora de Libras do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia-Goiás (IFG). Goiânia, GO, Brasil. sorayabianca@gmail.com

2 Fonoaudióloga. Doutorada em Ciência da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora da Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Letras, curso de Graduação em Letras/Libras. Goiânia, GO, Brasil. neumachaveiro@hotmail.com

3 Fonoaudióloga. Doutora em Ciência da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás). Goiânia, GO, Brasil. driribeiro70@gmail.com

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Enfermagem. Goiânia, GO, Brasil. maria.malves@gmail.com

5 Médico. Doutor em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. mfleck.voy@terra.com.br

6 Médico. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. celeno@cardiol.br

Correspondência: Soraya Bianca Reis Duarte.

Rua T-37 nº 3.031, apto 1.401, Ed. Selenia Palace, Setor Bueno, Goiânia-GO, CEP 74223-030.

RESUMO

Introdução: para descrever o estado de saúde da pessoa surda, existem duas classificações de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS): a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Objetivo:** Analisar a CID-10 e a CIF, identificando seus pressupostos sobre a assistência em saúde para as pessoas surdas. **Metodologia:** trata-se de um estudo documental, com análise exploratória, utilizando termos como surdez, deficiência auditiva, língua de sinais, intérprete e comunicação, procurando estabelecer inter-relação entre esses dois documentos. **Discussão:** após receber seu diagnóstico pela CID-10, uma pessoa surda não viverá em função desse código que lhe é aplicado. Contudo, o código pode estimular planos de ações que eliminem as barreiras impeditivas e limitantes ao seu desenvolvimento. O modelo biopsicossocial da CIF, associado ao modelo socioantropológico da surdez, é um importante sistema complementar ao diagnóstico de doença fornecido pela CID-10, permitindo identificar barreiras que possam facilitar o acesso da pessoa surda a uma melhor assistência em saúde. **Conclusão:** o uso da “Família das Classificações” da OMS pelos sistemas de saúde é um avanço científico e prático na efetivação da saúde coletiva. Se não houver, porém, o respeito pela diferença linguística do povo surdo, os dados colhidos não serão confiáveis.

Palavras-chave: CID-10. CIF. Surdez. Saúde. Linguagem de Sinais.

ABSTRACT

Introduction: to describe the health status of the deaf person, there are two reference classifications of the World Health Organization (WHO): the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Objective:** to analyze the ICD-10 and ICF, identifying their assumptions about health care for the deaf people. **Methodology:** this is a documentary study, with exploratory analysis, using terms such as deafness, hearing impairment, sign language, and communication, looking for establishing interrelation between these two documents. **Discussion:** after knowing his/her diagnosis by ICD-10, a deaf person will not live according to that code that is applied to him/her. However, the code can stimulate action plans to eliminate the barriers that prevent and limit his/her development. The biopsychosocial model of ICF, associated with the socio-anthropological model of deafness, is an important complementary system to the diagnosis of a disease provided by ICD-10, allowing the identification of barriers that may facilitate the access of deaf people to a better health care. **Conclusion:** the use of the WHO “Family of Classifications” by the health systems is a scientific and practical advance in the effectiveness of public health. However, if there is no respect for the linguistic differences of the deaf people, the data collected will be unreliable.

Keywords: ICD-10. ICF. Deafness. Health. Sign Language.

INTRODUÇÃO

O estado de saúde das pessoas com deficiência foi, em geral, negligenciado ao longo da história. Após o retorno dos combatentes da Segunda Guerra Mundial, a preocupação com a sistematização da assistência às pessoas com deficiências teve início. A reivindicação, pelos movimentos sociais, dos direitos de igualdade das pessoas com deficiência representou um marco, por meio da criação de vários documentos e manifestos para expressar a necessidade de elas serem inseridas nos sistemas de assistência à saúde.

Os documentos internacionais buscam assegurar o direito de as pessoas com deficiência terem melhor qualidade de vida. Dentre eles, destaca-se a Declaração de Alma Ata, de 1978 (Saúde para todos no ano 2000), que enfatizou a participação das pessoas na tomada de decisões sobre sua própria vida. As Normas para Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, documento adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1993), propõe “regras gerais sobre igualdade de oportunidades para pessoas portadoras de deficiência” e estabelece “as medidas de implementação da igualdade de participação em acessibilidade, educação, emprego, renda, seguro social, saúde”.^{1,2}

Em 1981, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que é responsabilidade governamental garantir direitos iguais às pessoas com deficiência, inclusive o direito à saúde.³

No Brasil, a Constituição Brasileira de 1988 destaca, em seu Artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O Capítulo VII do Decreto n. 5.626/2005 regulamenta leis que garantem o direito das pessoas surdas ou com deficiência auditiva serem atendidas, prioritariamente, na rede de serviços do Sistema Único de

Saúde (SUS) e nos serviços autorizados para a prestação de assistência à saúde, por profissionais capacitados para o uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras) ou para a sua tradução e interpretação.^{4,5}

O reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais como a língua oficial de comunicação dos surdos é garantido pela Lei n.10.436/2005.⁶

A assistência à saúde das pessoas surdas está fundamentada no princípio da inclusão social, que compreende plena participação em todos os âmbitos da vida, poder de decisão sobre a organização da sociedade, igualdade entre as pessoas, tratamento com respeito, dignidade e valorização da diversidade humana. Para que a inclusão do surdo seja real, é substancial a acessibilidade atitudinal, comunicacional e de informação.^{1,2,7}

Todos os sistemas de saúde dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) são incentivados a classificar as causas de morbidade e mortalidade por meio de instrumentos propostos pela OMS, homogeneizando as informações. Para melhor conhecer as condições de saúde e as questões a ela relacionadas, a OMS elaborou a Família das Classificações, cujo uso em conjunto oferece informações mais amplas e precisas para a tomada de decisões.⁸ Dentre elas, destacam-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*), consideradas classificações de referência.

A CID-10 fundamenta-se no modelo biomédico, cujas raízes mais antigas são as imortais obras de Andreas Vesalius (*De Humani Corporis Fabrica*), publicada em 1543, e de Giovanni Battista Morgagni (*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*), publicada em 1761. Elas tiveram continuidade na teoria mecanicista e na visão

positivista nascidas nos séculos XVIII e XIX. E foram fortalecidas pelo “modelo flexneriano”, fundamentalmente biológico, que se centra na doença e desconsidera os processos sociais, coletivos e públicos, tendo ênfase nas atividades científicas e de recursos tecnológicos.^{9,10}

É nesse contexto, em que os recursos oferecidos pelo modelo biomédico e a ausência da detecção topológica de sintomas orgânicos são incapazes de aliviar o sofrimento, que emergem as descobertas de Gustav Theodor Fechner (1801-1887), em sua publicação *Elementos de Psicofísica* (1860). Nela, consolida os fundamentos da psicologia, que se somam às contribuições de Sigmund Freud (1856-1939), em sua obra *A interpretação dos sonhos*, de 1900, na qual o inconsciente é reconhecido como um dos sistemas do sistema psíquico. Além do mais, em 1921, Carl Gustav Jung (1875-1961), publica a obra *Tipos psicológicos* sobre o inconsciente coletivo, o que alargou o campo de conhecimento dos fenômenos psíquicos.

Engel, em 1977, inspirado na teoria geral dos sistemas, critica o reducionismo do modelo biomédico sem, contudo, rejeitá-lo. Ao considerar os aspectos psicológicos e sociais, propõe um novo modelo, o biopsicossocial.

O modelo biopsicossocial pode ser associado ao modelo socioantropológico da surdez, pois ambos não enfatizam exclusivamente a perspectiva orgânica das pessoas surdas, mas adotam a complexa relação entre a deficiência e o meio ambiente. O modelo biopsicossocial considera a deficiência uma condição humana universal, apresenta uma visão holística do ser, reconhece a diferença e professa o paradigma sociocultural, ao mesmo tempo em que considera o meio ambiente (contexto físico, individual, social e atitudinal) como um componente que facilita ou dificulta o exercício da funcionalidade. Já o modelo socioantropológico da surdez apoia-se no paradigma social, cultural e antropológico, com raízes nos conceitos do bilinguismo (Língua de Sinais e Língua

oral/escrita) e do biculturalismo (cultura surda e ouvinte), presentes no contexto da pessoa surda.¹²

Mediante essas transformações sócio-históricas, a OMS, aderindo aos novos aportes teóricos, cria a CIF, com a finalidade de complementar a CID-10.¹¹

A CID-10 e a CIF foram escolhidas como fontes principais com base nos seguintes critérios: relevância para a assistência à saúde; confiabilidade, por se tratarem de documentos oficiais elaborados pela OMS; representatividade entre os documentos que compõem a “Família das Classificações” da OMS e o contexto particular de sua produção, sua credibilidade e potencial de utilização pelos sistemas de saúde e profissionais da saúde.

As questões que nortearam esta pesquisa são: a) como a CID e a CIF abordam a surdez; (b) o que elas propõem e quais as suas contribuições; c) se são congruentes com a visão socioantropológica da pessoa surda.

MÉTODO

Este estudo é uma análise documental da CID-10 e da CIF, com o objetivo de: a) identificar as relações entre esses dois sistemas classificatórios; e b) verificar como as peculiaridades da saúde das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais são abordadas.

A análise documental é uma metodologia que busca extrair considerações originais da literatura por meio da organização, localização, identificação, avaliação e análise de seu conteúdo, além de relacionar com as hipóteses de interesse para sua utilização.¹³

Foi realizada uma leitura crítica das classificações, situando-as no contexto sócio-histórico, detectando o público a quem se destinam os documentos, seguido da delimitação do conteúdo alvo com o propósito de analisar, inicialmente, as unidades de registro dos aspectos temáticos e conceituais de surdez, linguagem de sinais, surdo, deficiente auditivo, relações profissional-paciente, interprete e comunicação como o conjunto inicial de unidade de análise, e, posteriormente, como unidade de contexto/conteúdo. A finalidade dessa análise foi situar, interpretar, sintetizar as informações, compreender o fenômeno, determinar tendências e, quando possível, fazer inferências.

Para melhor aprofundar e compreender as classificações foram examinadas diversas publicações referentes à saúde das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais, reflexões sobre a inclusão dos surdos nos atendimentos em saúde e questionamentos acerca da relação paciente surdo-profissional da saúde para compor o *corpus* da pesquisa.

De forma complementar, foram realizados levantamentos de referências bibliográficas. Foi analisado um conjunto total de 25 fontes, assim distribuídos: nove artigos, dez livros, quatro documentos da OMS e dois capítulos de livros. A busca foi executada nas bibliotecas digitais pelo portal de periódicos CAPES (<http://www.periodicos.capes.gov.br>) e em livros do acervo da autora, tendo sido filtrada pelas unidades de registro. Foram selecionados, para análise, somente as fontes que abordavam, entre outras matérias, a surdez em saúde como uma diferença linguístico-cultural.

A PESSOA SURDA E AS CLASSIFICAÇÕES DA OMS

A produção científica desta área diferencia “surdos” de “deficientes auditivos” devido ao tipo de enfoque dado pelo profissional que trata do tema. Há os que valorizam os aspectos quantitativos da acuidade auditiva, baseando-se, portanto, no modelo biomédico. Em contrapartida, há quem trate a surdez como uma diferença linguístico-cultural, inscrevendo-se no modelo biopsicossocial da saúde.

Para entender as pessoas surdas, é preciso considerar o sujeito em sua totalidade e pelas múltiplas perspectivas que envolvem os contextos sociais nos quais as relações humanas acontecem. As pessoas surdas agrupam um conjunto de pessoas com diferenças linguísticas, culturais e identitárias. O principal meio de interação social com seus pares acontece por meio das vivências e experiências visuais e da utilização da Língua de Sinais (LS), as principais bases da cultura surda.^{14,15}

A língua de sinais é a forma de comunicação das pessoas surdas adaptando-se à sua apreensão visual do mundo. Ela é o principal mecanismo de difusão e afirmação da cultura surda. Contudo, o reconhecimento oficial das línguas de sinais é recente, sendo

oficializadas como línguas íntegras, autônomas e equiparando-se às línguas orais na década de 1960. Por meio da LS, as relações no convívio social se estabelecem com qualidade e eficiência. Sua utilização precisa ser assegurada e promovida amplamente para que o espaço sociolinguístico e cultural dos surdos possa ser respeitado e garantido.^{14,16,17}

As línguas orais contemplam as necessidades dos ouvintes, assim como as línguas de sinais, as dos surdos. Para que a relação entre surdos e ouvintes aconteça com eficiência, há de se ter a LS como idioma de contato.¹⁸

A OMS considera importante desenvolver conhecimentos epidemiológicos para construção de um banco de dados que facilite análises e permita conhecer o perfil de saúde da população em determinado contexto social. A ampla utilização das classificações fortalece a obtenção, a manutenção e a atualização de informações em saúde, necessárias para planejamento, gerenciamento e avaliação dos programas e políticas de saúde.¹⁹

A Família de Classificações da OMS teve seu início com a CID. Pode-se dizer que a primeira versão da CID é representada pelo trabalho pioneiro de John Graunt, ao listar as causas de mortalidade coletadas para o controle da peste, no século XVI, e publicadas no *The natural and political observation made upon the bills of mortality*, em 1622. É considerada a primeira classificação de doenças, apesar de não incluir as doenças não letais. Foi seguida da *Classificação das Causas de Morte de Bertillon*, de Jacques Bertillon (1852-1922), adotada em 1893, com recomendações para uso internacional, a qual passou por várias revisões ao longo dos anos.¹⁹ Da sexta revisão em diante (CID-6), a OMS assumiu a responsabilidade sobre a Classificação, ocasião em que adicionou as causas de morbidades, expandindo o seu alcance.

Em um período superior a cem anos, a CID já se faz presente em mais de 124 países, mas apresenta algumas limitações. Uma delas é a sua complexidade e extensão: 3 volumes, 22 capítulos, 275 grupos, 2.045 categorias e 12.451 subcategorias, o que dificulta seu uso e manuseio. Outra limitação reside no fato de registrar apenas a prevalência, sem, contudo, trazer informações sobre as complicações das doenças e os tipos de assistências necessárias.¹⁹

No Volume 1, conta com o Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão, a classificação da morfologia de neoplasias, as listas de tabulação para mortalidade e para morbidade, as definições e os regulamentos da nomenclatura. Já no Volume 2, a CID-10 contém a organização para registro e codificação, a descrição básica e as instruções práticas para codificadores de mortalidade e morbidade, assim como as diretrizes para apresentação e interpretação dos dados. O Volume 3 é composto pelo índice alfabético da Lista Tabular do volume 1, que auxilia a Lista, além de termos diagnósticos que não estão presentes no volume 1 e de instruções sobre seu uso.¹⁹

O tempo médio de vigência de cada revisão da CID era de 10 anos, todavia, não foi o que aconteceu com a CID-10, aprovada em 1989, portanto, há 27 anos. A nova versão ainda não foi formalmente disseminada. No Brasil, a CID foi publicada em Língua Portuguesa em 1993, mas adotada para mortalidade em 1996 e para morbidade em 1997.¹⁹

A CID-10, base da Família de Classificações Internacionais da OMS, classifica, por meio de códigos específicos, “uma variedade de doenças e de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças”.¹⁹ Atualmente, está em processo de revisão a CID-11, com previsão para ser publicada em 2018.²⁰ É a mais longa das revisões. Seus temas estão sendo discutidos publicamente por registros, em plataforma na internet, além de encontros presenciais.

Paralelamente, o modelo biomédico passou a ser questionado a partir de contribuições de diferentes áreas do conhecimento, como a antropologia da saúde e várias orientações da psicologia. Com a comprovação do inconsciente por Freud e posterior atuação antropológica de vários profissionais da saúde, discussões acirradas sobre a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico tornaram-se constantes. Novas concepções e pensamentos passam a ser articulados, envolvendo não só as dimensões do corpo biológico como o contexto sociocultural. Isso provoca reflexões sobre as percepções que o paciente tem, como ele interpreta sua experiência e atribui significado ao seu estado, articuladas com o meio ambiente, suas limitações corporais e as consequências que todos esses fatores geram em sua participação sociocultural. Mediante fatos como esses, o binômio saúde e doença passou a ter uma representação sociocultural, com o reconhecimento de que a experiência do adoecer inclui processos psicobiológicos e socioculturais.^{21,22}

Para contemplar o modelo biopsicossocial, a OMS construiu a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH), publicada em 1980, que passou por duas revisões, dando origem à CIF, publicada em 2001. A oficialização da CIF no Brasil, ocorreu em 2012, pela Resolução CNS n. 452/2012, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na CIF, a funcionalidade e a incapacidade são descritas tendo em conta a interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, disfunções, lesões e traumas) e os fatores contextuais (ambiental e pessoal), sendo representadas por três componentes: estrutura, função corporal e atividade, a fim de “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde”.⁸ A

intervenção em qualquer um desses componentes pode potencializar a alteração dos demais.

A CID-10 e a CIF são classificações complementares, podendo ser usadas em conjunto: a primeira registra os dados de mortalidade e morbidade e a segunda os dados sobre funcionalidades. A junção de ambas permite uma descrição dinâmica e ampliada do estado de saúde de pessoas e da população, além de viabilizar a descrição substancial das informações dos sistemas de saúde.⁸ Atualmente, o uso da CID e da CIF já é aceito por grande número de países, permitindo melhorar o planejamento, o gerenciamento e a avaliação dos programas e políticas de saúde.⁸

As doenças do ouvido encontram-se no Capítulo VIII do Volume I – Lista de Códigos da CID-10. Elas estão categorizadas nos seguintes agrupamentos: doenças do ouvido externo, códigos de H60 a H62; do ouvido médio e da mastoide, de H65 a H75; do ouvido interno, de H80 a H83; e outros transtornos do ouvido, H90 a H95. Os códigos concentram-se em partes cada vez menores do corpo, para propiciar mais precisão ao diagnóstico.¹⁹

As perdas auditivas podem envolver a função vestibular, a articulação, a voz, os órgãos orofaciais, a coordenação pneumofonoarticulatória, dentre outras. O funcionamento e as consequências sociais não são contemplados.¹⁹ Ao negligenciar, no entanto, os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença, a abrangência da classificação fica demasiadamente limitada.²³

Ao classificar a surdez nessa perspectiva, a CID-10 induz a práticas clínico-terapêuticas nem sempre satisfatórias. A surdez é considerada simplesmente uma doença que precisa ser corrigida ou curada. Para que essa cura aconteça, o corpo desviante deve ser normalizado por terapias de fala, introdução de recursos tecnológicos e

disciplinamento do corpo, para que os surdos se enquadrem nos moldes considerados aceitáveis pela sociedade dos ouvintes, que é majoritária.²³

Ao impor técnicas e modelos de ações aos profissionais da saúde, esses as repassam às pessoas surdas, que recebem uma série de regras que não devem ser infringidas. Como, por exemplo, não se comunicar utilizando as mãos, não usar a língua de sinais, ler os lábios do interlocutor pelo olhar, controlar a respiração, falar na expiração, comunicar por meio da voz, usar e dar constante manutenção aos seus aparelhos de amplificação sonora. A CID-10, com seu modelo biomédico, favorece, portanto, a introdução ao adestramento, mas isso não impede que o povo surdo continue a apreender melhor o mundo por meio de suas habilidades visuais.

Será que os diagnósticos de surdez encontrados na CID contemplam os desafios para a abordagem e o tratamento da surdez e dos demais problemas de saúde que uma pessoa surda experimenta ao longo de sua vida? As orientações dadas na perspectiva biomédica da CID-10 conduzem a melhores escolhas pelas famílias com crianças surdas? Elas asseguram a eficácia de seu desenvolvimento? Qual o papel das classificações na vida das pessoas com deficiência? Seria apenas o de classificar o déficit? Qual é a repercussão da deficiência na vida de uma pessoa? Essas questões merecem a busca de respostas.

Aqueles que convivem com pessoas surdas (familiares, educadores, linguistas, cientistas sociais, antropólogos, fonoaudiólogos, médicos etc.) não podem se furtar ao reconhecimento da diferença linguística, nem ao conhecimento da língua de sinais, a qual habilita ao desenvolvimento das capacidades inerentes às pessoas surdas. Não há como manter-se preso à hegemonia de uma única cultura, pois as diferenças culturais são um fato comum entre os seres. Já é hora da vivência e da experiência com a alteridade nos conduzir para o que está claro na relação com o “outro surdo”. Desse modo, o processo

de classificação precisa deixar de imputar ao déficit a vilania da incapacidade e mudar o foco da visão sobre deficiência.¹²

O papel que desempenha uma deficiência no começo da vida de um sujeito não é o de ser o centro inevitável de uma limitação, mas, pelo contrário, a força motriz do seu desenvolvimento. O cérebro dos primeiros anos de vida é de tal plasticidade que só uma profunda e errada abordagem negaria todo o potencial de compensação que se reúne na direção contrária ao déficit. Em outras palavras, a criança não vive a partir de sua deficiência, mas a partir do esforço realizado para ser um equivalente funcional.¹²

Após receber sua “classificação” pela CID-10, uma pessoa surda não viverá em função desse código que lhe é aplicado. O que ela precisa é que, a partir desse código, as barreiras impeditivas ao seu desenvolvimento sejam ultrapassadas para estimular planos de ações que as eliminem. A fixação da atenção no modelo biomédico pela aplicação restrita da CID-10 impede a aceitação das diferenças e das peculiaridades das pessoas surdas. Ao marcar a deficiência por seus códigos, o uso exclusivo dessa classificação pode fomentar a exclusão e o estigma.

Apenas o registro dos aspectos biofisiológicos não é suficiente para abarcar todas as demandas oriundas de problemas de saúde. A importância das reações psicológicas e os aspectos culturais e socioeconômicos envolvidos no processo saúde-doença são de extrema relevância. Para incluí-los, a CID-10 precisa ser complementada pelos documentos que compõem a “Família das Classificações” da OMS.⁸

A CIF tem como princípios a universalidade (aplicável a todas as pessoas), a paridade (a incapacidade não deve ser diferenciada pela etiologia), a neutralidade (possibilidade de expressão dos pontos positivos e negativos) e os fatores ambientais (fatores físicos, atitudinais, institucionais e legais). Só os diagnósticos etiológicos, anatomopatológicos ou fisiopatológicos não são capazes de balizar a incapacidade.

Pessoas com os mesmos diagnósticos podem apresentar distintas performances na realização de suas atividades. Isso porque o perfil funcional e/ou incapacitante está estreitamente ligado aos fatores contextuais.⁸

Em vista disso, a conceituação de doença e da incapacidade passa a ser alicerçada sobre três dimensões: a estrutura (partes anatômicas), o funcionamento corporal (funções fisiológicas ou psicológicas) e as atividades de pessoas, tanto no âmbito individual como na participação social. Isso valoriza as interações anatômicas e funcionais com as circunstâncias vivenciadas, cultural e socialmente, para detectar o que pode estar limitando as atividades e restringindo a capacidade de participação de qualquer pessoa.²⁴

O modelo de funcionalidade é o maior atributo da CIF. Em suas versões anteriores, a doença causava a deficiência e esta, a incapacidade, em uma perspectiva linear. Em sua versão atual, o modelo que acomoda a funcionalidade é denominado biopsicossocial, uma vez que inclui os vários determinantes que interferem na funcionalidade, na atividade e na participação. A definição de deficiência ou incapacidade ofertados pelo modelo biopsicossocial/multidimensional/multidirecional pode auxiliar diferentes campos de aplicabilidade com base no conceito de funcionalidade e dos fatores contextuais.⁸

A CIF pode gerar diversas informações sobre funcionalidade e dentre elas destacam-se, como matriz da informação, os dados relativos à atividade e à participação. A participação pode ser observada por dois tipos de dados diferentes, a saber: a capacidade e o desempenho, sendo a primeira aquilo que o indivíduo consegue fazer sem a intervenção do contexto, ou seja, sem o auxílio dos fatores ambientais e pessoais, e o segundo o que a pessoa consegue fazer em seu ambiente real, ou seja, influenciada pelo ambiente e fatores pessoais.⁸

É possível pensar, como exemplo, um surdo na presença do intérprete de língua de sinais, em momento de comunicação social. Isso quer dizer que ele consegue

desempenhar essa atividade mesmo que seu interlocutor não saiba LS, pois ele terá o auxílio do intérprete durante seu processo comunicativo. Nesse caso, estamos nos referindo ao desempenho do surdo. Será que sem a presença do intérprete de língua de sinais o surdo teria condições de se comunicar em diferentes situações de sua vida? Em outras circunstâncias, isso pode ocorrer quando um surdo utiliza um *software* mediador de língua de sinais para fazer-se entender, ou conta com a presença de um intérprete virtual por dispositivo eletrônico, ou encontra um interlocutor que saiba LS. Esses são fatores ambientais que facilitam a vida das pessoas surdas. Contudo, esses fatores podem ser facilitadores ou barreiras. São eles que determinam o desempenho da pessoa, o que ela consegue ou não fazer em sua vida real.

No que diz respeito à surdez, os fatores psicossociais devem ser considerados relevantes, pois podem interferir como facilitadores, mantenedores ou modificadores do diagnóstico. A abordagem sistêmica e interdisciplinar do modelo biopsicossocial, proposta para o funcionamento humano, relata que cada componente (biológico, psicológico e social) pode afetar e ser afetado por qualquer um dos outros.⁸

A deficiência é um fenômeno universal. Ela ocorre em qualquer lugar e pode atingir pessoas de diferentes classes sociais, raças, gêneros e culturas. A incapacidade não é uma condição da pessoa, mas o resultado das situações genéticas ou entre o ser humano e o meio no qual está inserido.⁸

Ao contrário da CID-10, a CIF não classifica as pessoas, mas descreve seu estado de saúde dentro de uma gama de domínios da saúde e de suas relações com o contexto social. As deficiências podem expressar uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, uma doença, tal como faz o modelo biomédico.⁸

Ao diagnosticar a surdez, é possível pensar em um arquétipo de surdo profundo, cuja surdez é representada pela deficiência sensorial e expressa uma condição de vida,

mas não, necessariamente, caracteriza a presença de uma doença. A perda da acuidade auditiva é uma deficiência de uma estrutura do corpo; contudo, isso não quer dizer que a pessoa surda deve ser considerada doente.

A nova postura adotada pela CIF passa de uma classificação de “consequência das doenças” para uma classificação de “componentes da saúde”, tornando mais abrangente os registros em saúde, pois “a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, disfunções, lesões) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais)”.⁸

Enquanto a CID-10 ocupa-se, exclusivamente, em identificar as condições relacionadas às lesões de disfunções, a CIF abre espaço para o registro de capacidade, desempenho/execução, atividade/participação e limitação/restrrição, ou seja, para incluir a funcionalidade. Por isso, especialistas internacionais enfatizam a importância da CIF na identificação de perfis de pessoas com deficiência e incapacidade.²⁵

A perda auditiva marca os fatores biológicos (na estrutura ou na função) como uma característica corporal, mas não os associa com as causas etiológicas, e sim como resultado do somatório das alterações anatômicas e/ou funcionais, associando relação com o meio ambiente.

O modelo socioantropológico não entende o surdo como um indivíduo possuidor de um estado de anormalidade mórbida que precisa ser curada e normalizada, tampouco como alguém incapaz de se comunicar pelo fato de não poder fazê-lo na modalidade oral-auditiva, tal como se configura na maioria das línguas utilizadas pelos homens. O surdo é concebido como um ser humano que, por restrição auditiva, criou uma língua visuoespacial, que se adaptada às suas demandas funcionais, possibilitando-lhe comunicação proficiente. É nas relações entre seus pares que os surdos encontram sua identidade linguístico-cultural.¹²

O modelo biopsicossocial da CIF, sintonizado com o modelo socioantropológico da surdez, parte da premissa de que o fato de não escutar não significa incapacidade de comunicação e reconhece que, pelo acesso natural à língua de sinais, torna-se possível a aquisição e o desenvolvimento cognitivo.

Ao descrever os aspectos de saúde do povo surdo pela codificação alfanumérica da CIF, deve-se ter o cuidado em registrar não só os aspectos de estruturas e funções auditivas, mas averiguar aquelas que amparam a produção/execução da língua de sinais, tais como estruturas e funções da visão, estruturas e funções neuromusculoesquelética, funções relacionadas com os movimentos, além de funções mentais.

Quando se fala de saúde das pessoas surdas, as inferências são direcionadas ao uso sensorial da audição. No entanto, a audição não deve receber toda a atenção na prática dos profissionais da saúde e áreas afins. Pelo contrário, a saúde deve ser observada de um ponto de vista integral e o atendimento deve ser humanizado.

DISCUSSÃO

A utilização da “Família das Classificações” da OMS pelos sistemas de saúde é um avanço. Se não houver, porém, o uso da língua de sinais como idioma na relação do paciente surdo com os profissionais da saúde, os resultados das intervenções e os dados colhidos poderão não ser suficientemente compreendidos para serem considerados confiáveis.

A CID-10 é um documento que objetiva codificar os comprometimentos em saúde, apoiando-se, exclusivamente, em critérios de natureza médica para padronizar o registro das doenças. A CIF, por sua vez, representa um modelo de classificação da funcionalidade do indivíduo, destacando as limitações em relação às atividades das pessoas, além de propor uma nomenclatura para a funcionalidade humana. Não é relevante para a CIF avaliar apenas as alterações das estruturas ou das funções do indivíduo. Vai além: propõe codificá-las com as limitações de atividades e restrições de participação que as pessoas vivenciam no transcorrer das interações entre as estruturas biopsicológicas e as características de seus ambientes sociais. Juntas, CID-10 e CIF podem complementar-se e contribuir para uma adequada tomada de decisão pelos profissionais de saúde.

É preciso rejeitar as posturas que encaram e utilizam a CID-10 pelo prisma do desvio dos seres humanos e que os consideram doentes perante os outros, enquadrando-os em concepções de patologia e anormalidade. De acordo com Meadow (1975, p. 133), a “surdez profunda é muito mais que um diagnóstico médico: é um fenômeno cultural no qual padrões sociais, emocionais, linguísticos e intelectuais estão inextricavelmente ligados”.²⁶

Por se basear no modelo biomédico, a utilização isolada da CID-10 não abarca as necessidades da pessoa surda que usa a língua de sinais, visto que sua base teórica é incompatível com a perspectiva socioantropológica da surdez. Logo, para se registrar as questões de saúde das pessoas surdas é necessário o uso concomitante das duas classificações. Com a CID-10, obtém-se informações de mortalidade e morbidade e, com a CIF, os dados funcionais. A inclusão de dados de funcionalidade possibilitará conhecer o modelo de vida das pessoas, e não apenas suas doenças, bem como o que as leva a óbito.

As notificações em códigos da CID-10 e CIF propiciam criar bancos de dados com informações relevantes e amplitude maior sobre o estado de saúde da população do que quando utilizadas em separado. Além disso, a CIF pode auxiliar na padronização da linguagem, favorecendo as comparações entre regiões e países. O uso concomitante beneficia não só as pessoas surdas, mas a população em geral, uma vez que proporciona o conhecimento real da situação de vida das pessoas, possibilitando a formulação de novas políticas públicas nas áreas da saúde, educação, empregabilidade, transporte, moradia e segurança.

Uma preocupação a ser observada é a interação entre os profissionais e o paciente surdo no momento de uso da CIF. A interação deve acontecer por intermédio de uma comunicação efetiva. O idioma usado durante esse processo deve contemplar as necessidades linguísticas dos surdos. As suas respostas serão em Libras; logo, o processo de registro precisa ser considerado pelos profissionais, principalmente para os que desconhecem a língua de sinais. Para que os registros sejam confiáveis, é necessário que se tenha a acessibilidade linguística.

A atenção à saúde das pessoas surdas não pode ater-se às estruturas e funções do corpo, tendo como foco apenas o sistema sensorial auditivo. É necessário que sua

integralidade seja garantida para que a assistência seja compatível com as suas necessidades.

Enfim, todos os avanços científicos e tecnológicos alcançados até hoje não foram capazes de anular as diferenças, mas podem colaborar com a aceitação e o respeito a elas, promovendo um atendimento verdadeiramente humanizado e integral do usuário surdo pelo uso da língua de sinais.

Cumprе ressaltar que algumas categorias do componente Funções e Estruturas do Corpo e as categorias da CID-10 parecem sobrepor-se, principalmente no que se refere aos sintomas e sinais. No entanto, os propósitos das duas classificações são diferentes. A CID-10 classifica sintomas em capítulos especiais para documentar a morbidade ou a utilização de serviços, enquanto que a CIF os mostra como parte das funções do corpo, que podem ser utilizados na prevenção ou na identificação das necessidades dos doentes. Na CIF, a classificação das Funções e Estruturas do Corpo é mais importante, tendo sido concebida para utilização conjunta com as categorias de Atividades e Participação.

CONCLUSÃO

Os caracteres mecanicistas fomentados pela força do pensamento positivista sustentam a estrutura que compõe a CID, a qual oferece uma vasta gama de informações sobre as condições gerais de saúde, tanto que exprime uma visão biomédica por meio dos aspectos etiológicos e anatomofisiológicos. Isso faz dela uma classificação que tem pouca coisa em comum com a visão socioantropológica da pessoa surda.

A CIF, ao contrário da CID, fornece informações biopsicossocial sobre a pessoa surda, focando no seu potencial funcional e no respeito pela língua de sinais. A sua abordagem apresenta grande compatibilidade com a visão socioantropológica da pessoa surda, pois sua fundamentação teórica está arraigada na visão integral do ser. Ao valorizar a funcionalidade, reconhece a língua natural dos surdos, respeitando-os como minoria linguística.

O uso em separado das duas classificações de referência pode não suprir as reais necessidades da população surda. Já o uso sincrônico da CID-10 e CIF potencializa o armazenamento de dados, propiciando a construção de um acervo consistente e integral sobre as questões de saúde e funcionalidade dos surdos.

Essa associação de informações pode mostrar as reais condições de vida das pessoas surdas, permitindo encaminhar ações, remover barreiras, apontar soluções, disponibilizar facilitadores, fazer intervenções, usar e disseminar a Língua Brasileira de Sinais (Libras), contratar intérpretes, tomar decisões, traçar políticas de saúde, administrar orçamentos para transformar a incapacidade em funcionalidade, promover a igualdade de oportunidades, valorizando a diversidade humana e favorecendo a inclusão social.

REFERÊNCIAS

- ¹ NIESS, L. T. T.; TÁVORA, P. H. **Pessoas portadoras de deficiência no Direito brasileiro**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2003.
- ² DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Disponível em: <www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- ³ DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos).
- ⁴ BRASIL. **Decreto n. 5.626**, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei n. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 20 abr. 2014.
- ⁵ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 abr. 2014.
- ⁶ BRASIL. **Lei 10.436**, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm>. Acesso em: 20 abr. 2014.
- ⁷ CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A.; PORTO, C. C. Literature revision about the attendance of deaf patient by health professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 578-83, 2008.

⁸ OMS. Organização Mundial de Saúde; OPAN, Organização Pan-Americana de Saúde. **CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Edusp; 2003.

⁹ GARRISON, F. M. **Historia de la Medicina**. 4. ed. México: Interamericana, 1966.

¹⁰ FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

¹¹ ENGEL, G. L. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. **Science**, v. 196, 196, p. 129-136, 1977.

¹² SKLIAR, C. (Org.). **Educação e exclusão: abordagens socioantropológicas em educação especial**. Porto Alegre: Mediação, 2001.

¹³ IGLESIAS, M. E. D.; GÓMEZ, A. M. M. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v. 12, n. 2, p. 1-5, mar.-abr. 2004.

¹⁴ SACKS, O. **Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

¹⁵ STROBEL, K. **As imagens do outro sobre a cultura surda**. Florianópolis: Editora UFSC, 2008.

¹⁶ LADD, P. **Understanding deaf culture: in search of deafhood**. Sydney: Multicultural Matters, 2003.

¹⁷ PERLIN, G. O lugar da cultura surda. In: THOMA, A. S.; LOPES, M. C. (Orgs.). **A invenção da surdez: cultura, alteridade, identidade e diferença no campo da educação**. Santa Cruz do Sul: Ed. EDUNISC, 2004.

¹⁸ FERNANDES, E. **Linguagem e surdez**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

¹⁹ OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionado à saúde (CID-10)**. 3. ed., 10a. rev. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Edusp, 1996.

²⁰ OMS. **Classificação internacional de Doenças (CID)**. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 17 mar. 2016.

²¹ HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

²² DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência e Saúde Colectiva**, v. 8, n. 1, p. 173-181, 2003.

²³ CAPRA, R. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2002.

²⁴ PORTUGAL, S. et al. **Estudo de avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência**. 2010. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_impactocustos%20%282%29.pdf. Acesso em: 17 abr. 2014.

²⁵ SIMEONSSON, R. J. et al. *Applying the International Classification of Functioning Disability and Health to measure childhood disability*. **Disability & Rehabilitation**, v. 25, n. 11-12, p. 602-610, 2003.

²⁶ MEADOW, K. P. The development of deaf children. In: HETHERINGTON, E. M. (Ed.). **Review of child development research**. v. 5. Chicago: University of Chicago Press, 1975.

ANEXO B – SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2016-1393

1 mensagem

danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com <danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com>

23 de maio de 2016 20:54

Para: sorayabianca@gmail.com

Cc: sorayabianca@gmail.com, neumachaveiro@hotmail.com, driribeiro70@gmail.com, maria.malves@gmail.com, mfleck@gamil.com, celeno@cardiol.br

23-May-2016

Dear Ms. Duarte:

Your manuscript entitled "CID-10 E CIF NA PERSPECTIVA DA PESSOA SURDA QUE SE COMUNICA PELA LÍNGUA DE SINAIS" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2016-1393.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

ANEXO C – NORMAS PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

Ciência & Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos*(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol*[periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO D - ARTIGO 2

Validação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref/Libras

Soraya Bianca Reis Duarte ¹, Neuma Chaveiro ², Adriana Ribeiro de Freitas ³, Maria Alves Barbosa ⁴, Suzi Alves Camey ⁵, Marcelo Pio de Almeida Fleck ⁶, Celmo Celeno Porto ⁷.

1 Fonoaudióloga. Doutora em Ciência da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia-Goiás (IFG). Goiânia, GO, Brasil. sorayabianca@gmail.com

2 Fonoaudióloga. Doutora em Ciência da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora da Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Letras, curso de Graduação em Letras/Libras. Goiânia, GO, Brasil. neumachaveiro@hotmail.com

3 Fonoaudióloga. Doutora em Ciência da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás). Goiânia, GO, Brasil. driribeiro70@gmail.com

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Enfermagem. Goiânia, GO, Brasil. maria.malves@gmail.com

5 Matemática. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática, Departamento de Estatística. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Instituto de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. sucamey@gmail.com

6 Médico. Doutor em Medicina pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. mfleck@gmail.com

7 Médico. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. celeno@cardiol.br

Correspondência: Soraya Bianca Reis Duarte.

Rua T-37 nº 3.031, apto 1.401, Ed. Selenia Palace, Setor Bueno, Goiânia-GO, CEP 74223-030.

RESUMO

Introdução: não existe um instrumento validado de avaliação de qualidade de vida das pessoas surdas que usam a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Com autorização da Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolveu-se uma versão do *WHOQOL-Bref* em Libras, denominada *WHOQOL-Bref/Libras*. *Objetivo:* validar a versão em Libras do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde *WHOQOL-Bref*. *Metodologia:* o *WHOQOL-Bref/Libras* e um questionário sociodemográfico foram aplicados em 311 surdos das cinco regiões brasileiras. Para avaliar a confiabilidade teste-reteste, o questionário foi readministrado em 52 surdos, em um intervalo de duas semanas. *Resultados:* o *WHOQOL-Bref/Libras* mostrou evidências de confiabilidade, validade discriminante e de construto, fidedignidade teste-reteste e consistência interna. *Conclusões:* o *WHOQOL-Bref/Libras* é a nova opção apropriada para avaliar qualidade de vida de pessoas surdas que se comunicam pela Libras.

Palavras-chave: Qualidade de vida. WHOQOL-Bref. Validade. Surdez. Linguagem de sinais.

ABSTRACT

Introduction: there is no instrument for assessment of the quality of life of deaf people who use Brazilian Sign Language (Libras). After authorization by the WHO, it was developed a version of WHOQOL-Bref in Libras, named WHOQOL-Bref/Libras. *Objective:* validate the Libras version of the instrument for assessment of the quality of life of the World Health Organization's WHOQOL-Bref. *Methodology:* WHOQOL-Bref/Libras and a sociodemographic questionnaire were applied to 311 deaf of the five main Brazilian regions. In order to assess (measure/evaluate) the test-retest reliability, the questionnaire was reapplied to 52 deaf, in a two-week interval. *Results:* WHOQOL-Bref/Libras has showed evidences of reliability, discriminant validity and construct validity, test-retest reliability and internal consistency. *Conclusions:* WHOQOL-Bref/Libras is the new appropriate option to assess the quality of life of deaf people who communicate through Libras.

Keywords: Quality of Life. WHOQOL-Bref. Validity. Deafness. Sign Language.

INTRODUÇÃO

Os dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que há, no Brasil, 45,6 milhões de pessoas (23,9% da população) com algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora, mental ou intelectual). Os deficientes auditivos atingem 9,7 milhões (5,1% da população), sendo cerca de dois milhões referentes à deficiência auditiva severa, entre os quais 344,2 mil são surdos [1].

Entende-se por surdos aquelas pessoas com uma disfunção auditiva que compromete a aquisição, a emissão e a compreensão natural da língua na modalidade oral/auditiva; contudo, alguns autores têm enfatizado que a conceituação da surdez deve ir além do modelo biomédico, pois há de se “considerar os contextos psicossociais e culturais nos quais a pessoa surda se desenvolve” [2]. A participação e o convívio social serão bastante influenciados pelo momento em que ocorreu a perda auditiva. Caso a perda auditiva seja pós-lingual, haverá experiências e vivências linguísticas orais, mas, caso seja pré-lingual, as faculdades mentais superiores terão predisposição para adquirir outro sistema linguístico de modalidade visuoespacial que é próprio dos surdos.

O acesso à saúde de pessoas com deficiência é garantido por lei e foi incluído no plano de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, que tem como principal objetivo assegurar a atenção integral à saúde para essa parcela da população, além de prevenir doenças e deficiências, promover acessibilidade e inclusão social, melhorar os procedimentos de informação, capacitar recursos humanos e organizar o funcionamento dos serviços, em todas as instâncias governamentais. No entanto, as ações para a inclusão de pessoas surdas ainda são incipientes, repercutindo negativamente no exercício pleno de sua cidadania [3].

Chaveiro e Barbosa alertam que a “inclusão do surdo nos serviços de saúde evidencia dificuldades de comunicação” constituindo “um dos grandes obstáculos do cuidar em saúde”, capaz de prejudicar o atendimento e comprometer a qualidade da assistência e a saúde do povo surdo [4].

Embora a Língua Brasileira de Sinais (Libras) tenha sido oficializada em abril de 2002 (Lei n. 10.436), não há instrumentos de avaliação em saúde traduzidos e validados em Libras, o que impede de se fazer uma avaliação objetiva, fidedigna, clara e precisa da influência da surdez na vida das pessoas surdas [5].

Para aferir a QV dos mais diversos grupos da população, a OMS criou o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL Group)*, que recomenda uma metodologia rigorosa para a tradução e a validação de seus instrumentos para as diferentes línguas. O *World Health Quality of Life Instrument* contém, em sua versão abreviada (*WHOQOL-Bref*), quatro domínios, 24

facetas e 26 questões, sendo duas questões gerais. Esse instrumento já está disponível em mais de quarenta idiomas [6].

O Projeto *WHOQOL-Libras*, uma iniciativa de pesquisadores de diferentes instituições universitárias da cidade de Goiânia, teve por objetivo utilizar a metodologia recomendada pelo *WHOQOL Group* para traduzir para a língua de sinais e validar instrumentos da família WHOQOL. Para isso, foram mantidos os princípios que nortearam as demais versões e realizadas as adaptações pertinentes para lidar com as várias peculiaridades que envolvem a língua de sinais. Assim, o trabalho foi realizado com a supervisão do Centro Brasileiro do *WHOQOL Group* e teve as seguintes etapas: 1) desenvolvimento da versão em Libras dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida da OMS – *WHOQOL-Bref* e *WHOQOL-DIS*; 2) análise, por Grupos Focais, das versões em Libras do *WHOQOL-Bref* e *WHOQOL-DIS*; 3) criação do *software* para aplicação dos questionários *WHOQOL-Bref* e *WHOQOL-DIS*, na versão em Libras; 4) aplicação e validação das versões em Libras do *WHOQOL-Bref* e *WHOQOL-DIS* [6].

A tradução e a construção do módulo *WHOQOL-Bref/Libras* e do *WHOQOL-DIS/Libras* receberam autorização da OMS para serem realizados simultaneamente estas etapas da pesquisa já foram descritas em outra publicação [6].

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar as propriedades psicométricas do WHOQOL-Bref na sua versão em Língua Brasileira de Sinais (*WHOQOL-Bref/Libras*).

MÉTODO

Teste de campo

Para a realização do teste de campo, foram recrutados 311 voluntários surdos, que se comunicam por Libras. Dentre eles, 52 foram retestados com intervalo de quinze dias, conforme preconiza a OMS.

O teste de campo foi realizado em três etapas distintas. Em cada uma delas houve a distribuição de *código do usuário* e senhas específicos, com o propósito de facilitar o acesso ao instrumento e viabilizar a organização do banco de dados.

Tipo e local do estudo

Os dados para teste de campo do *WHOQOL-Bref/Libras* foram coletados por meio de um desenho transversal, descritivo, exploratório e quantitativo.

A aplicação do *WHOQOL-Bref/Libras* foi efetuada em espaço virtual onde se encontra hospedado o *software* desse instrumento. O meio usado para interagir com os surdos foi o endereço eletrônico do Grupo *WHOQOL-Libras* (whoqollibras@gmail.com) e as redes sociais, por intermédio dos quais surgiram novos participantes, que foram contatados por meio vídeos-convites, contendo o link www.medicina.ufg.br/qualidadedevida, o código do usuário e a senha para participação na pesquisa.

Cumpre ressaltar que os participantes não foram recrutados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, e sim na população geral. Todos os respondentes receberam informações sobre os objetivos do estudo e sobre a confidencialidade das informações.

População e amostra

A formação da amostra foi por conveniência. Foram contatadas associações, instituições educacionais e religiosas de surdos das cinco regiões brasileiras e recrutados quinze surdos colaboradores, os quais receberam oito horas de treinamento sobre o projeto *WHOQOL-Libras*, a pesquisa do *WHOQOL-Bref/Libras*, o modo de usar o *software* e orientações para auxiliar na captação de participantes para o estudo.

Sabendo-se que a forma mais eficaz de entrar em contato com os surdos é pelas redes sociais, foram confeccionados vídeos sobre os objetivos da pesquisa, o Projeto *WHOQOL-Libras* e utilizados vídeo-convites para comunicação com os participantes. Os roteiros dos vídeos foram elaborados pela pesquisadora e executados por atores surdos da Associação de Surdos de Goiânia. A língua utilizada, para divulgar, informar, explicar e convidar foi a Libras.

Os surdos foram recrutados obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: a) idade entre 18 e 65 anos, e b) comunicação por Libras. Os participantes foram estratificados por sexo, idade, renda, escolaridade, condição conjugal, número de filhos, *status* de trabalho e percepção subjetiva do estado de saúde.

Coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos que compõem o *software WHOQOL-Bref/Libras* para a coleta de dados do teste de campo: o questionário sociodemográfico e o instrumento *WHOQOL-Bref/Libras*, composto por 26 questões, sendo que 2 questões se referem aos aspectos gerais de qualidade de vida e 24 aos aspectos específicos (Quadro 1). As respostas foram dadas em escala tipo Likert, projetadas e testadas para refletir intensidade, capacidade, frequência e avaliação[8].

Quadro 1 – Domínios, facetas e questões do WHOQOL-Bref [8]

Domínios	Facetas
Domínio I – Domínio Físico	1 Dor e desconforto
	2 Energia e fadiga
	3 Sono e repouso
	9 Mobilidade
	10 Atividades da vida cotidiana
	11 Dependência de medicação ou de tratamentos
	12 Capacidade de trabalho
Domínio II – Domínio Psicológico	4 Sentimentos positivos
	5 Pensar, aprender, memória e concentração
	6 Autoestima
	7 Imagem corporal e aparência
	8 Sentimentos negativos
Domínio III – Domínio Relações Sociais	24 Espiritualidade /religiosidade/crenças pessoais
	13 Relações pessoais
	14 Suporte (Apoio) social
Domínio IV – Meio-ambiente	15 Atividade sexual
	16 Segurança física e proteção
	17 Ambiente no lar
	18 Recursos financeiros
	19 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20 Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21 Participação em e oportunidades de recreação/lazer
	22 Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
	23 Transporte
Qualidade de vida global	Q 1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?
Percepção geral da saúde	Q 2 - Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

O *software WHOQOL-Libras* é composto por: 1) apresentação, abrangendo o conceito de qualidade de vida segundo a OMS e o sinal de “Qualidade de Vida” criado em Libras; 2) instrução com explicação e orientação para uso do *software*; 3) acesso aos questionários, Termo de Livre Consentimento e opção “Li e concordo”, questão sobre a percepção do participante de seu estado de saúde, questionário sociodemográfico, *WHOQOL-Bref/Libras*; 4) opção Entre em contato (nome, e-mail, mensagem e ícone “enviar mensagem”); e 5) sair.

Os instrumentos são autoexplicativos e autoadministrados. Todos os participantes preencheram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. Os dados coletados foram registrados de forma codificada, em formulário eletrônico. A coleta de dados teve uma duração de 3 meses (maio a julho de 2015).

Teste/Reteste

Com a finalidade de avaliar a confiabilidade/fidedignidade do instrumento, foi realizado o “teste” seguido do “reteste” em 52 surdos, com intervalo de quinze dias. Os dois encontros foram realizados na modalidade presencial, em um laboratório de informática que dispunha de *notebooks* e internet, a fim de facilitar o acesso ao *software* e a participação nas duas etapas.

No primeiro encontro houve a apresentação do projeto, seus objetivos e importância, apresentação do *software* e explicações sobre seu uso e manuseio. Em seguida, os participantes receberam o código do usuário e a senha dessa etapa e responderam aos questionários. Passados quinze dias, o segundo encontro propiciou que os mesmos surdos, de posse de novo código do usuário e senha, participassem, acessando e respondendo aos questionários do *software*. Os encontros tiveram uma duração média de três horas e meia.

Análise dos dados

Para realizar a análise dos dados foram utilizados os testes psicométricos clássicos que avaliam a confiabilidade e a validade do instrumento. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a normalidade da distribuição das escalas e subescalas.

A consistência interna das escalas e subescalas foi analisada pelo coeficiente alfa de cronbach . A estabilidade temporal do instrumento foi realizada, com os 52 participantes que concluíram o reteste, por meio do coeficiente de correlação intraclassa (ICC, média de medidas, com dois efeitos aleatórios) e Correlação de Pearson.

Para estudar a validade discriminante do instrumento foi utilizada a pergunta: “Você tem alguma doença?”, por meio da qual os indivíduos foram classificados em doentes e saudáveis. Além dessa variável, foram escolhidas, para estudar a validade discriminante, as seguintes variáveis demográficas: idade (composta por duas categorias: 18 a 40 anos e 41 a 65 anos); escolaridade (constituída de duas categorias: 0 a 11 anos de estudo e 12 anos ou mais de estudo); sexo (masculino e feminino); e renda (formada por duas categorias: até R\$ 800,00 e acima de R\$

800,00²⁸). Para as comparações de médias (ou distribuições), calculou-se o tamanho do efeito e seu respectivo intervalo de confiança.

A análise fatorial confirmatória (AFC) foi utilizada para testar a estrutura do *WHOQOL-Bref/Libras*, segundo Skevington [9]. Nessa análise, utilizou-se o método de máxima verossimilhança para o ajuste do modelo. Os índices de ajustes utilizados para avaliar a qualidade do ajuste foram: a raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA), o índice de ajuste normalizado (NFI) e o índice de ajuste comparativo (CFI) [10].

Para análise dos dados, foram utilizados os seguintes programas: R3.2.2 (para cálculo dos tamanhos de efeito e seus intervalos de confiança) [11] com os pacotes *effsize* [12], *orddom* [13], e *MBESS* [14], e o *AMOS 18.0* (para análise fatorial confirmatória) e o *SPSS* para Windows, versão 18.0 (para as demais análises).

Aspectos éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás (UFG) aprovou o projeto pelo protocolo n. 003/2008, em conformidade com as Resoluções em vigor 196/466, de 1996/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e autorizou a realização da pesquisa por meio de recursos e ambiente virtual [16].

RESULTADOS

Os resultados obtidos na aplicação do *WHOQOL-Bref/Libras* são apresentados nas Tabelas 1 a 9.

A amostra constituiu-se por 311 surdos que se comunicam por meio da Libras, das cinco regiões brasileiras, incluindo dois estados da região Norte: Pará e Tocantins (3,9%); três da região Nordeste: Bahia, Ceará e Rigo Grande do Norte (1,2%); três da região Sudeste: Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais (8,7%); três da região Sul: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina (10,6%) quatro da região Centro-Oeste: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (75,5%).

Observou-se que houve uma preponderância de respondedores do sexo feminino, estado civil solteiro, sem filhos, nível de escolaridade igual ou superior a 12 anos, vida laboral ativa,

²⁸ Valor próximos de 1 salário mínimo, que, na época, era de R\$ 788,00, em vigor desde 1º de janeiro de 2015, por meio do Decreto Presidencial 8.381, publicado em 30 de dezembro de 2014 (Critério Econômico Brasil, 2003) [15].

renda salarial superior a R\$ 800,00, com média de idade de 36,6 anos (DP 12,34). Do total, 259 (83,28%) surdos participaram à distância, enquanto 52 (16,72%) deles participaram presencialmente, no Laboratório de Informática, sendo que 100% utilizaram a internet. O perfil sociodemográfico da população estudada pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da população surda que se comunica pela Libras (n = 311)

Característica	n (%)
Idade (Anos)	
18(min) -64(máx.)	36,66 (12,3) **
Sexo	
Masculino	140 (45,0)
Feminino	171 (55,0)
Situação conjugal	
Casado	131 (42,1)
Não casado	180 (58,0)
Status de Trabalho	
Não	104 (33,4)
Sim	207 (66,6)
Renda mensal*	
< R\$ 800,00	133 (42,8)
> R\$ 800,00	178 (57,2)
Nº de filhos	
Sem filhos	179 (57,6)
Com filhos	132 (42,5)
Anos de estudo	
0 a 11 anos	130 (41,8)
12 anos ou mais	181 (58,2)
Estado de saúde***	
Doentes	116 (37,3)
Saudáveis	195 (62,7)

*Valor aproximado aos do salário mínimo brasileiro de 2015 **Média (dp) *** autodeclarado

Consistência interna

Os valores alcançados pelo alfa de cronbach são apresentados na Tabela 2 e estão entre 0,450 e 0,873. O valor geral é considerado satisfatório, mas, individualmente, o domínio social apresentou valor aquém do esperado (0,450).

Tabela 2 – Consistência interna dos domínios por alfa de cronbach do WHOQOL-Bref/Libras da população amostral surda que usa libras (n=311)

Domínio/ Fator	Alfa de Cronbach	Número de itens
Físico ^(a)	0,641	7
Psicológico ^(a)	0,705	6
Social ^(a)	0,450	3
Ambiental ^(a)	0,710	8
<i>Overall-Bref</i> ^(a)	0,873	26

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global).

Fonte: Dados da pesquisa.

Estabilidade temporal

Foi utilizado o teste e reteste, com 52 participantes, para verificar a estabilidade temporal do instrumento, aconteceu em intervalo de 15 dias. As médias por domínios obtidas antes e depois indicam estabilidade temporal (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação entre os escores por Domínio do WHOQOL-Bref – Libras da população amostral surda (n = 52)

Domínio/Fator	Média (DP)		d (IC95%)	CCI ^(a) (IC95%)
	Teste	Reteste		
Físico ^(a)	64,42(13,59)	64,49(13,70)	-,009	0,830**(-2,30;2,16))
Psicológico ^(a)	69,87(13,55)	69,07(15,00)	0,097	0,835** (-1,49;3,09)
Social ^(a)	72,11(14,08)	69,87(15,93)	0,192	0,694** (1,00;5,49)
Ambiental ^(a)	61,60(12,07)	62,62(13,08)	-0,143	0,839**(-3,00;0,96)
<i>Overall-Bref</i> ^(a)	75,00(75,0; 87,5) (c)	75,00(62,5; 75,0) (c)	-0,038 ^(b)	0,774 (-020;0,13)

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis). Nível de significância *p <0,05, ** p ≤ 0,001. df= grau de liberdade; d=tamanho do efeito.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 4 são apresentados os coeficientes de correlação entre os dados do teste e reteste. Percebe-se que esses coeficientes apresentaram valores elevados (acima de 0,7), o que é altamente significativo e satisfatório. Pode-se observar que o domínio ambiental é o que apresenta uma melhor correlação.

Tabela 4 – Coeficiente de correlação dos escores dos diferentes domínios entre o teste e o reteste do WHOQOL-Bref/Libras da população amostral surda que usa libras (n = 52)

Domínio	Coeficiente de correlação	p*
Físico ^(a)	0,827	<0,001
Psicológico ^(a)	0,838	<0,001
Social ^(a)	0,703	<0,001
Ambiental ^(a)	0,842	<0,001
Overall-Bref ^(a)	0,773	<0,001

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global).

Fonte: Dados da pesquisa.

Validade de construto

A validade do construto do WHOQOL-Bref/Libras foi analisada em relação ao estado de saúde. Para isso, foram comparados os escores médios de cada domínio e do Overall-Bref entre os grupos saudáveis e doentes. Os escores médios dos domínios Físico, Psicológico e Social foram significativamente mais altos nos indivíduos surdos saudáveis em relação aos doentes (Tabela 5).

Tabela 5 – Validade de construto do WHOQOL-Bref/Libras em relação ao estado de saúde da população amostral surda que usa libras (N=311)

Domínio/Fator	Doente		
	Não (n=195)	Sim (n=116)	df = 309
	Média (DP)	Média (DP)	d (IC 95%)
Físico ^(a)	68,99 (12,52)	60,96 (13,26)	0,627 (0,391; 0,864)
Psicológico ^(a)	72,88 (12,42)	66,81 (14,49)	0,459 (0,224; 0,693)
Social ^(a)	73,24 (13,85)	66,81 (16,66)	0,430 (0,196; 0,664)
Ambiental ^(a)	61,81 (13,01)	58,80 (13,21)	0,229 (-0,002; 0,461) ^(b)
Overall-Bref ^(a)	75,00(75,0; 87,5) ^(c)	75,00(62,5; 75,0) ^(c)	- 0, 286 (-0,40; -0,16)

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global).

^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. df= grau de liberdade; d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

Validade discriminante

a) Em relação à idade

O grupo mais jovem (com idade até 40 anos) não apresentou escores médios diferentes do mais velho (com idade acima de 40 anos) em relação a qualquer um dos domínios do WHOQOL-Libras (Tabela 6).

Tabela 6 – Validade discriminante do WHOQOL-Bref/Libras para variável “idade”

Domínio/Fator	Idade (anos)		df = 309
	18-40 (n =205)	41-64 (n = 106)	
	Média (MP)	Média (MP)	d
Físico ^(a)	66,88(13,21)	64,28 (13,53)	0,195
Psicológico ^(a)	71,46(13,49)	68,98 (13,52)	0,184
Social ^(a)	72,52(15,13)	67,61 (15,05)	0,325
Ambiental ^(a)	61,17(12,99)	59,75 (13,44)	0,107
Overall-Bref ^(a)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	75,00(62,5;75,0) ^(c)	0,097 ^(b)

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global). ^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

b) Em relação aos anos de estudo

Os anos de estudo estiveram associados a maiores escores médios em todos os domínios do WHOQOL, isto é, indivíduos surdos com mais de 11 anos de escolaridade apresentam maiores escores nos domínios Físico e Psicológico em relação a indivíduos com 11 ou menos anos de escolaridade (Tabela 7).

Tabela 7 – Validade Discriminante do WHOQOL-Bref/Libras para variável “anos de estudos”

Domínio/Fator	Anos de estudo		df = 309 d
	12 ou mais (n=181)	0-11 (n=130)	
	Média (MP)	Média (MP)	
Físico ^(a)	63,02 (12,89)	68,13 (13,31)	0,389
Psicológico ^(a)	67,21 (13,78)	73,06 (12,83)	0,442
Social ^(a)	68,26 (16,92)	72,69 (13,69)	0,293
Ambiental ^(a)	58,87 (13,47)	61,99 (12,78)	0,239
Overall-Bref ^(a)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	0,052 ^(b)

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global). ^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

Na variável “anos de estudo”, o nível de significância $p < 0,05$ evidenciou-se para o Domínio Psicológico e o nível de significância $p \leq 0,001$, para os Domínios Físico, Social, Ambiental.

c) Em relação ao sexo

Os escores médios dos diferentes domínios do WHOQOL para a variável sexo apresentaram diferenças estatisticamente significativas no Domínio Físico (Tabela 8).

Tabela 8 – Validade Discriminante do WHOQOL-Bref/Libras para a variável “sexo”

Domínio/Fator	Sexo		df = 309 d
	masc (n=140)	feme (n= 171)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Físico ^(a)	69,46 (12,70)	63,15 (13,24)	-0,544
Psicológico ^(a)	72,67 (13,57)	68,93 (13,30)	-0,262
Social ^(a)	75,00(66,6;83,3)	75,00(66,6;75,0)	0,084 ^(b)
Ambiental ^(a)	61,78 (13,92)	59,79 (12,44)	-0,151
Overall-Bref ^(a)	75,00(75,0;87,5) ^(c)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	0,118 ^(b)

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global). ^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen. d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

d) Em relação à renda

Em relação à variável renda, os indivíduos surdos com renda mensal superior a R\$ 800,00 apresentaram maiores escores apenas no domínio Físico do WHOQOL (Tabela 9).

Tabela 9 – Validade discriminante do WHOQOL-Bref/Libras para a variável “renda”

Domínio/Fator	Renda Mensal ^(r)		
	> R\$ 800,00 (n=178)	< R\$ 800,00 (n=133)	df = 309
	Média (DP)	Média (DP)	d
Físico ^(a)	68,43 (12,77)	62,73 (13,48)	0,436
Psicológico ^(a)	71,70 (13,54)	69,17 (13,44)	0,187
Social ^(a)	75,00(66,6;83,3)	75,00(66,6;75,0)	-0.009 ^(b)
Ambiental ^(a)	61,90 (12,74)	59,07 (13,56)	0,216
Overall-Bref ^(a)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	75,00(62,5;87,5) ^(c)	-0,029 ^(b)

^(a) WHOQOL-Bref/Libras: fatores congruentes com os encontrados no projeto original (amostra global). ^(b) variável sem distribuição normal com valores de d calculado pelo d Cliff. Os demais com valor de d calculado por Cohen; d=tamanho do efeito. ^(c) Mediana (1º e 3º quartis).

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as duas variáveis observadas nas Tabelas 8 e 9, houve significância estatística para sexo e renda. Para o nível de significância $p < 0,05$ evidenciou-se na variável “sexo” os Domínios Físico e Psicológico; já para o nível de significância $p \leq 0,001$ na variável “renda” o Domínio Físico.

Análise Fatorial Confirmatória

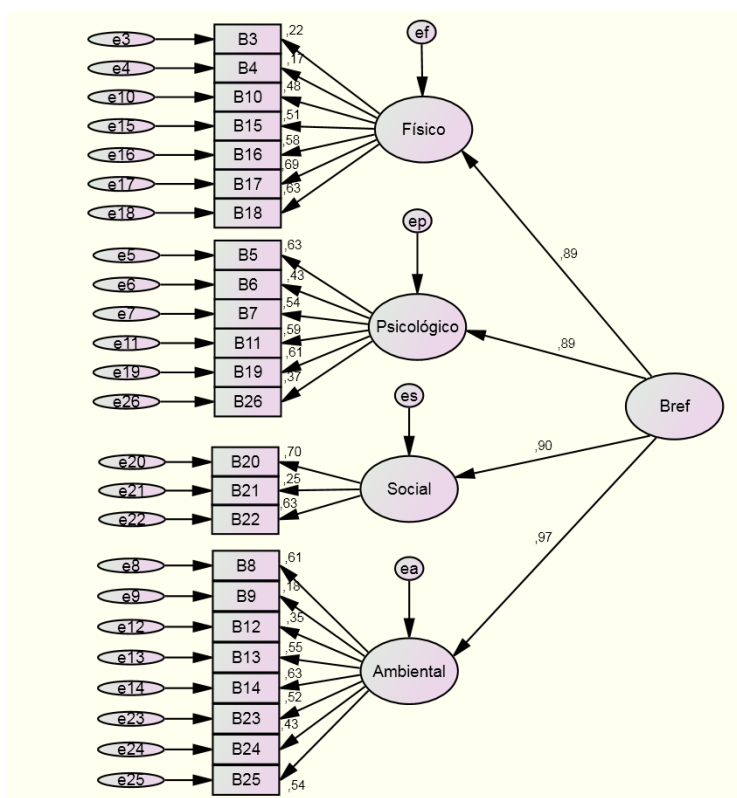
A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do WHOQOL-Bref/Libras foi realizada com o programa SPSS AMOS –*Analysis of Moments Structures* (IBM SPSS) [17] a partir da amostra de 311 surdos. Foi realizada utilizando os 26 itens como *variáveis observadas* do modelo; os quatro domínios (Físico, Psicológico, Social e Ambiental) foram *variáveis latentes*. Para avaliar o ajuste do modelo foram utilizados o índice de Chi-quadrado sobre graus de liberdade (CMIN/DF) para obter um valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra; o índice de ajuste normalizado (NFI), presumindo que as variáveis mensuradas são completamente independentes; o índice de ajuste comparativo (CFI), que considera a complexidade do modelo

e a raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA) e representa, de forma mais adequada, o quão bem um modelo se ajusta à população.

O CFI comparou o modelo hipotético, que contém quatro dimensões correlacionadas, com o que ocorre ao aplicar o instrumento na amostra em questão, considerando-se que para esse índice o valor adequado seja de 0,9. Foi encontrado um CFI = 0,718, inferior ao esperado, e os valores para CMIN/DF= 3,224; NFI= 0,642; RMSEA= ,085.

A Figura 1 representa um modelo fatorial dos itens que compõem o instrumento (variáveis observadas) e suas dimensões (variáveis latentes). Nela é possível observar todos os efeitos padronizados de cada item, para cada domínio. A maioria dos itens apresenta coeficiente de correlação igual ou superior a 0,40. Apenas dois itens nos domínios Físico e Ambiental e um item no domínio Social e Psicológico apresentaram saturação inferior a 0,4.

Figura 2 – Modelo de análise fatorial confirmatória obtida com os itens da escala de qualidade de vida do WHOQOL-Bref/Libras da população amostral surda que usa libras (N = 311)



DISCUSSÃO

Este estudo contribui de forma significativa com a pesquisa em saúde das pessoas surdas, pois demonstra que a versão do WHOQOL-Bref/Libras apresenta características psicométricas fundamentais satisfatórias (validade de construto, validade discriminante, confiabilidade teste-reteste e consistência interna). Isto é particularmente importante, visto as diferenças entre a modalidade de produção de uma língua oral de uma língua de sinais.

O coeficiente alfa de cronbach demonstrou valores satisfatórios para os domínios Físico, Psicológico, Ambiental e Overall-Bref (somatória dos 26 itens). O domínio Social apresentou um valor insatisfatório (0,450). Isso pode ser explicado por ser o coeficiente alfa de cronbach um teste altamente sensível ao tamanho e número de itens por fator [18]. Os valores mais baixos encontrados na maioria dos estudos de validação desse instrumento foram no domínio Relações Sociais. Provavelmente esse pior desempenho também se deveu ao desempenho do item 21 (“Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual? ”). Se esse item fosse retirado, o valor do coeficiente alfa de cronbach passaria a 0,621. Na validação da Brasileira, esse coeficiente também apresentou os valores mais baixos de consistência interna [19]. Em estudo realizado para avaliar o WHOQOL-Bref em uma amostra da população geral do Sudão também foi encontrado um valor baixo muito próximo ao WHOQOL-Bref/Libras [20].

Quanto à Estabilidade Temporal, analisada na confiabilidade teste-reteste pelo Coeficiente de Correlação de Pearson e pelo Teste t, o WHOQOL-Bref/Libras apresentou pouca variação nas médias entre os dois momentos, com altos coeficientes de correlação entre as duas medidas em todos os domínios. Assim, a análise permitiu concluir que o WHOQOL-Bref/Libras é um instrumento estável ao longo do tempo, quando as condições do indivíduo permanecem aproximadamente as mesmas.

A capacidade discriminativa do WHOQOL-Bref/Libras foi verificada nas variáveis idade, sexo, renda e nível de escolaridade. Na variável idade não foram descobertos valores significantes. Não foi encontrado qualquer estudo em que tenha sido pesquisado a qualidade de vida de indivíduos surdos em relação a essas variáveis. Quando comparados com os dados normativos do WHOQOL em uma amostra randomizada de base populacional no sul do Brasil algumas semelhanças foram encontradas [21].

Assim como na amostra populacional, entre os surdos houve melhor qualidade de vida em todos os domínios nos indivíduos com maior número de anos de estudo. Indivíduos doentes, tanto da amostra de base populacional como de surda, apresentaram piores escores de qualidade de vida em todos os domínios, com exceção do domínio Social entre a amostra surda. Valor

inferior encontrado no domínio social, se deve ao fato do alfa de cronbach ser altamente sensibilidade ao número de itens que compõe o domínio.

Diferentemente da amostra de surdos, na amostra de base populacional indivíduos do sexo masculino brasileiros, apresentavam melhores escores nos diferentes domínios de qualidade de vida^[19].

Em relação à idade, apenas os indivíduos bem jovens (até 29 anos) da amostra de base populacional demonstraram melhores escores em alguns domínios do WHOQOL. Os demais estratos não apresentaram. Na amostra surda, não houve diferença em relação à idade.

Como a forma de estratificar em relação ao nível socioeconômico foi diferente entre os dois estudos, a comparação tornou-se difícil. No presente estudo com a amostra surda, foi avaliado pela renda. Já no estudo de base populacional de Cruz et al [21], essa variável foi avaliada por uma medida de classe econômica [15]. Surdos com renda maior apresentaram maiores escores no domínio Físico, sendo iguais nos demais domínios. Quando foi utilizado o critério renda no estudo de base populacional, houve uma associação entre classe social mais alta e melhores escores em todos os domínios do WHOQOL. Utilizamos o estudo de Cruz et al. [19] para comparar com os dados do presente estudo, já que é o estudo que oferece maior possibilidade de comparação. No entanto, existem diferenças metodológicas importantes entre os dois estudos. Primeiro, trata-se de uma amostra randomizada de base populacional do sul do Brasil, enquanto o presente estudo foi realizado a partir de uma amostra por conveniência. Segundo, a amostra do estudo de Cruz é composta exclusivamente de indivíduos que falam a Língua Portuguesa e não são surdos, enquanto o presente estudo é exclusivamente de pessoas surdas que responderam uma versão do WHOQOL em Língua Brasileira de Sinais.

Análise Fatorial Confirmatória também foi utilizada para aferir a validade de construto do WHOQOL-Bref/Libras testando sua estrutura. Para NFI e CFI espera-se valor $\geq 0,09$, GFI superior a 0,90 e para RMSEA valores abaixo de 0,08 são considerados desejáveis; valores abaixo de 0,06 geralmente indicam um ajuste razoável ao modelo [10].

O CFI comparou o modelo hipotético que contém quatro dimensões correlacionadas com o que ocorre ao aplicar o instrumento na amostra em questão, considerando-se que para esse índice o valor adequado seja de 0,9. Foi encontrado um CFI = 0,718, inferior ao desejado. Enquanto os valores para CMIN/DF= 3,224; NFI= 0,642; RMSEA= ,085.

Embora essas análises apresentem um bom suporte para a utilização do WHOQOL-Bref/Libras, novas pesquisas precisam ser realizadas, uma vez que a validação de um instrumento se faz pelo contínuo processo em busca de aperfeiçoamento.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, não foi possível utilizar outros instrumentos em língua de sinais que permitissem analisar a validade convergente do WHOQOL-Bref/Libras com outras medidas de qualidade de vida ou qualquer outro construto (como, por exemplo, uma escala de depressão). Isso se deve ao caráter pioneiro desse projeto. Espera-se que a metodologia desenvolvida para este estudo permita que outros instrumentos possam ser vertidos para a língua brasileira de sinais. Outra possível limitação é a de que a amostra deste estudo é de conveniência e, com isso, potencialmente não representativa da população de surdos brasileira. No entanto, como o objetivo deste estudo é descrever as características psicométricas do instrumento, e não traçar um perfil da população surda do país, essa limitação não parece ser relevante para os propósitos deste estudo. A disponibilização do WHOQOL-Bref/Libras poderá ser uma importante ferramenta para projeto ambicioso que envolva uma parcela significativa da população surda do país.

Um novo passo em relação à maior compreensão do desempenho da versão em língua de sinais do WHOQOL-Bref em relação ao instrumento em português poderia ser a aplicação em uma amostra bilíngue (que dominasse ambas, a língua oral – português – e a língua brasileira de sinais).

CONCLUSÃO

Os dados obtidos com o uso do software do WHOQOL-Bref/Libras permitem concluir que o WHOQOL-Bref/Libras tem propriedades psicométricas adequadas de confiabilidade e validade, tornando-se a única opção, até o momento, para a avaliação de qualidade de vida em indivíduos surdos que utilizam a língua brasileira de sinais.

Sua utilização pode permitir a busca de dados que sirvam de base para o planejamento de ações na área da saúde, propiciando aos surdos mais oportunidades de assistência e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico (2012)**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm. Acesso em: 21 maio. 2015.
- [2] SÁ, N. R. R. L. (2002). **Cultura, poder e educação de surdos** (p. 48). Manaus: EDUA.

- [3] BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2010.
- [4] CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. (2005). Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. **Revista Escola Enfermagem**, USP, 39(4), 417-422.
- [5] BRASIL. **Lei n. 10.436**, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. <http://www.mec.gov.br/legis/pdf/lei10436.pdf>.
- [6] FLECK, M. P. A., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**, 34(2), 178-183.
- [7] CHAVEIRO, N. et al. (2013). *Instruments in Brazilian Sign Language for assessing the quality of life of the deaf population*. **Rev. Saúde Pública**, 47(3), 616-623.
- [8] FLECK, M. P. A. (2008). **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed.
- [9] SKEVINGTON, S. M., LOFTFY, M.; O'CONNELL, K. (2004). *The World Health Organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the WHOQOL Group*. **Quality of Life Research**, 13, 299-310.
- [10] THOMPSON, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications*. Washington: **American Psychological Association**.
- [11] R CORE TEAM (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- [12] TORCHIANO, M. (2016). **Effsize**: Efficient Effect Size Computation. R package version 0.6.1. <http://CRAN.R-project.org/package=effsize>.
- [13] ROGMANN, J. J. University of Hamburg, Department of Psychology and Germany (2013). **Orddom**: Ordinal Dominance Statistics. R package version 3.1. <http://CRAN.R-project.org/package=orddom>.
- [14] KELLEY, K. (2016). **MBESS**: The MBESS R Package. R package version 4.0.0. <http://CRAN.R-project.org/package=MBESS>.
- [15] CRITÉRIO ECONÔMICO BRASIL (2003). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. www.abep.org/novo/default.aspx.
- [16] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996

- [17] ARBUCKLE, J. L. (2005). *AMOS 6.0: User's guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- [18] STREINER, D. L. (2003). *Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency*. **J. Pers Assess**, 80(1), 99-103.
- [19] FLECK, M. P.A., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. **Rev Bras Psiquiatr**, 21, 19-28.
- [20] OHAERI, J. U. et al., (2007). *Confirmatory factor analytical study of the WHOQOL-BREF: experience with Sudanese general population and psychiatric samples*. **BMC Med Res Methodol**, 7, 37.
- [21] CRUZ, L. N. et al., (2011). *Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample*. **Qual Life Res**, 20(7), 1123-9.

ANEXO E – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO 2

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- Full-Length Original Articles (must include a 250-word structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of structured abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

Full-Length Original Articles

Original articles are a maximum of 4,000 words, exclusive of a 250-word structured abstract, figures, tables, and references. We are particularly interested in studies that utilize patient-reported outcomes, focusing on clinical and policy applications of quality-of-life research; showcasing quantitative and qualitative methodological advances; and / or describing instrument development.

Brief Communications

Brief communications are a maximum of 1,500 words, exclusive of a 200-word structured abstract, up to 2 figures, up to 3 tables, and 25 references. Any topic can be submitted as a brief communication, but all manuscripts that report cross-cultural adaptations of existing measures will only be considered for publication as brief communications in Quality of Life Research. If a paper of this type provides substantially new methodological and/or substantive knowledge (e.g., a superior method of cross cultural adaptation, more thorough evaluation of the original instrument being adapted, multi-language or multi-country comparisons, etc.), authors should include a letter with their submission justifying the need for a full length report. All cross-cultural translation articles should include information in the abstract and manuscript text that summarize how psychometric characteristics of the new translation compares to the original tool.

Other Types of Articles

The journal also publishes commentaries and editorials; reviews of the literature; reviews of recent books and software advances; and abstracts presented at the annual meeting of the International Society of Quality of Life Research conference. These articles should be as long as needed to convey the desired information, and no more than 4,000 words in length. To the extent that it is possible, a structured abstract is appreciated.

Language

We appreciate any efforts that you make to ensure that the language usage is corrected before submission using standard United States or United Kingdom English. This will greatly improve the legibility of your paper if English is not your first language.

1.1.1. Manuscript Submission

1.1.1.1 Manuscript Submission

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

1.1.1.2 Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

1.1.1.3 Online Submission

Please follow the hyperlink “Submit online” on the right and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

1.1.2. Title page

1.1.2.1 Title Page

The title page should include:

- The name(s) of the author(s)
- A concise and informative title

- The affiliation(s) and address(es) of the author(s)
- The e-mail address, telephone and fax numbers of the corresponding author

1.1.1.1 Abstract

Please provide a structured abstract of 150 to 250 words which should be divided into the following sections:

- Purpose (stating the main purposes and research question)
- Methods
- Results
- Conclusions

1.1.1.2 Keywords

Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes.

1.1.2. Text

1.1.2.1 Text Formatting

Manuscripts should be submitted in Word.

- Use a normal, plain font (e.g., 10-point Times Roman) for text.
- Use italics for emphasis.
- Use the automatic page numbering function to number the pages.
- Do not use field functions.
- Use tab stops or other commands for indents, not the space bar.
- Use the table function, not spreadsheets, to make tables.
- Use the equation editor or MathType for equations.
- Save your file in docx format (Word 2007 or higher) or doc format (older Word versions).

Manuscripts with mathematical content can also be submitted in LaTeX.

- [LaTeX macro package \(zip, 182 kB\)](#)

1.1.2.2 Headings

Please use no more than three levels of displayed headings.

1.1.2.3 Abbreviations

Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter.

1.1.2.4 Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

1.1.2.5 Acknowledgments

Acknowledgments of people, grants, funds, etc. should be placed in a separate section on the title page. The names of funding organizations should be written in full.

1.1.3. Scientific style

- Please always use internationally accepted signs and symbols for units (SI units).
- Generic names of drugs and pesticides are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

1.1.4. References

1.1.4.1 Citation

Reference citations in the text should be identified by numbers in square brackets. Some examples:

1. Negotiation research spans many disciplines [3].
2. This result was later contradicted by Becker and Seligman [5].
3. This effect has been widely studied [1-3, 7].

1.1.4.2 Reference list

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should

only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list. The entries in the list should be numbered consecutively.

- **Journal article**
Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.
- **Article by DOI**
Kreger, M., Brindis, C.D., Manuel, D.M., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learned in systems change initiatives: benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1007/s10464-007-9108-14.
- **Book**
Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.
- **Book chapter**
O’Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men’s and women’s gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.
- **Online document**
Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., & Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf. Accessed 25 June 2007.

Journal names and book titles should be italicized.

For authors using EndNote, Springer provides an output style that supports the formatting of in-text citations and reference list.

- [EndNote style \(zip, 3 kB\)](#)

1.1.1. Tables

- All tables are to be numbered using Arabic numerals.
- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.
- Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

1.1.2. Artwork and Illustrations Guidelines

1.1.3. Electronic Supplementary Material

1.1.4. Does Springer provide English language support?

1.1.5. Ethical Responsibilities of Authors

1.1.6. Compliance with Ethical Standards

1.1.7. Disclosure of potential conflicts of interest

1.1.8. Research involving human participants and/or animals

1.1.9. Informed consent

1.1.10. After acceptance

ANEXO F – COMITÊ DE ÉTICA

REGISTRO DAS ATIVIDADES
UFG

UFG

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 003/2008

Goiânia, 05/03/2010.

INVESTIGADORES RESPONSÁVEIS: Prof.^a Neuma Chaveiro

TÍTULO: "Impacto da perda auditiva sobre a qualidade de vida das pessoas surdas que usam a Língua Brasileira de Sinais"

Área Temática: *Grupo III*

Local de Realização: *Associação dos Surdos de Goiânia*

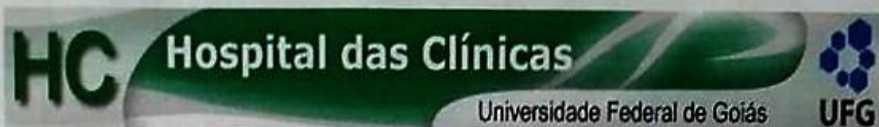
DOCUMENTO(S) ANALISADO(S):

- Relatório do desenvolvimento da pesquisa;
- Solicitação de autorização, com justificativa, para inclusão do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida DIS-QOL (Sigla para o projeto da OMS-Qualidade do Cuidado e Qualidade de Vida para Pessoas com Incapacidades Intelectuais e Físicas Viver Integrado, Inclusão Social e Participação como Usuários de Serviços);
- Termo de consentimento livre e esclarecido contendo a informação da aplicação do novo instrumento de avaliação.

Comunico-lhes que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal/HC/UFG, **analisou e aprovou** os documentos acima referidos e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes, portanto, este CEPMHA/HC/UFG autoriza a solicitação acima referida.

Lembramos que é obrigatório o envio de relatórios semestrais detalhados do andamento da pesquisa.


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG



PROTOCOLO CEP/HC/UFG N° 003/2008

Goiânia, 09/05/2014

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Fonoaudióloga: Neuma Chaveiro

Orientador: Dr. Celmo Celso Porto

Co-Orientadora: Dra. Maria Alves Barbosa

Meistrandas: Adriano Ribeiro de Freitas e Soraya Bianca Reis Duarte

TÍTULO: Impacto da perda auditiva sobre a qualidade de vida das pessoas surdas que usam a língua brasileira de sinais.

TÍTULO MODIFICADO PARA: Aplicação e validação das versões em língua brasileira de sinais dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida da OMS-WHOQOL-BREF E WHOQOL-DIS.

Área Temática: Grupo III

DOCUMENTO(S) ANALISADO(S):

- Documento solicitando e justificando alteração na metodologia;
- Racional da emenda esclarecendo o que foi modificado e os motivos da modificação;
- Protocolo emendado contemplado as modificações;
- Termo de consentimento livre e esclarecido contemplado as modificações.

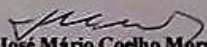
COMENTÁRIOS:

A pesquisadora responsável solicita parecer deste Comitê para alterar a metodologia. O participante acessará o site <http://www.medicina.ufg.br/qualidadedevida> para responder os instrumentos OMS-WHOQOL-BREF E WHOQOL-DIS. Os participantes serão selecionados a partir do banco de dados (e-mail) fornecido pela Associação de Surdos de Goiânia.

CONCLUSÃO:

Consideramos que a proposta da pesquisadora não implica em riscos para os participantes, e consideramos aceitável sua justificativa, portanto, este CEP/HC/UFG manifesta-se pela aprovação do documento acima citado. Recomendamos que o nome e telefones de Neuma Chaveiro seja citado no TCLE.

SITUAÇÃO: Documento aprovado.


 Farm. José Mário Coelho Moraes
 Coordenador do CEP/HC/UFG

ANEXO G – WHOQOL-BREF (VERSÃO EM PORTUGUÊS)

WHOQOL-BREF Versão em Português

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS – Brasil

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

EXEMPLO					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
Você recebe dos outros o tipo de apoio de que precisa? <i>Por exemplo, você recebe o tipo de ajuda de que necessita de outras pessoas?</i>	1	2	3	4	5

Neste item, a questão tem um exemplo. Você deverá circular o número que melhor corresponde à sua opinião sobre o tipo de apoio (ou ajuda) que você recebeu de outras pessoas nas últimas duas semanas.

Assim, você circularia o número 2 se o apoio (ou ajuda) que você tivesse recebido atendesse muito pouco às suas necessidades, como está a seguir:

EXEMPLO	☹		☺	☺	
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
Você recebe dos outros o tipo de apoio de que precisa? <i>Por exemplo, você recebe o tipo de ajuda de que necessita de outras pessoas?</i>	1	2	3	4	5

Por outro lado, você circularia o número 1 se o apoio que você tivesse recebido nas últimas duas semanas não atendesse de maneira alguma às suas necessidades.

Por favor, leia cada questão pense sobre seus sentimentos e circule o número que representa a melhor resposta para você em cada questão.

É possível que você ache útil olhar para as “carinhas” (*smile*), utilizando-as como um guia visual para as escalas numeradas. Elas também estão disponíveis em cartões independentes.

Se você desejar algum auxílio para escrever as respostas no formulário, peça para alguém fazer isso por você.

Por favor, pense sobre sua vida **nas duas últimas semanas**: As primeiras duas questões perguntam sobre sua vida e sua saúde de uma forma geral.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1G	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2G	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem se sentido capaz ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou quão satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO