



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima numa População de Surdos

Igor Zara Ferreira Alves de Castro Moreira

Coimbra, 2010



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima numa População de Surdos

Dissertação de Mestrado em Psicologia,
área de especialização em Psicologia do
Desenvolvimento, apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra e
realizada sob a orientação da Professora
Doutora Margarida Pedroso de Lima

Igor Zara Ferreira Alves de Castro Moreira

Coimbra, 2010

Dedicatória

*À minha mulher
por estar presente
em todos os momentos*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, pela sua orientação, disponibilidade, dedicação e partilha do seu saber.

À minha mulher por toda a motivação e apoio incondicional.

Aos amigos, por todo o apoio nos momentos difíceis.

Aos Dirigentes das Instituições envolvidas neste estudo, pelo interesse e colaboração prestados.

A todos os Surdos, pela disponibilidade no preenchimento dos questionários.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	I
------------------	---

Parte I – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO 1 – SURDEZ	5
1. Propriedades do Som	5
2. Estrutura e Funcionamento do Mecanismo da Audição	6
3. Caracterização da Surdez	7
4. Surdez e Indivíduo Surdo sobre uma Perspectiva Histórica	15
5. Consequências da Surdez no Desenvolvimento	22
6. Surdez, Inteligência e Afectividade	29
7. Surdez e Apoio Parental	33
8. Realidade Actual da Surdez	35
CAPÍTULO 2 – SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA	40
1. Paradigma Patogénico	41
2. Paradigma Salutogénico	41
3. Modelo do Sentido Interno de Coerência	47
4. Sentido Interno de Coerência e Características Sócio-Demográficas	53
5. Sentido Interno de Coerência e Auto-Estima	56

Parte II – Enquadramento Empírico

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA	61
1. Objectivos e Hipóteses de Investigação	61
2. População e Amostra	62
2.1. Selecção da Amostra	62
2.2. Caracterização Geral da Amostra	66
3. Operacionalização das variáveis	68
3.1. Instrumentos e Medidas Utilizados	69
3.1.1. Instrumento para Recolha de Dados Sociodemográficos	69
3.1.2. Questionário de Orientação para Viver	70

3.1.3. Escala de Auto – Estima de Rosenberg	71
4. Procedimentos Formais e Éticos na Recolha de Dados.....	72
5. Análise Estatística Utilizada.....	73
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	74
1. Análise descritiva.....	74
1.1. Análise descritiva do Sentido Interno de Coerência	74
1.2. Análise descritiva da Escala de Auto-Estima	79
2. Análise das correlações.....	81
CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
1. Interpretação e Implicações.....	82
2. Limitações	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	103

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Representação esquemática das divisões anatómicas do mecanismo da audição e os seus papéis funcionais. Fonte: Dallos, 1973 e Gray, 1980 cit in Zemlin, W. R. (2005).	7
Ilustração 2: A saúde como um espaço de convergência de várias dimensões num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima. Fonte: Nunes, 1999.....	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Itens da variável SIC-Capacidade de Compreensão (Nunes, 1999)	50
Quadro 2: Itens da variável SIC-Capacidade de Gestão (Nunes, 1999)	51
Quadro 3: Itens da variável SIC-Capacidade de Investimento (Nunes, 1999) .	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da Amostra.....	66
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	66
Tabela 3: Caracterização da amostra relativamente à variável idade	67
Tabela 4: Caracterização da amostra relativamente à variável fonte de rendimento.....	67
Tabela 5: Caracterização da amostra relativamente à variável conforto na habitação	68
Tabela 6: Estatística descritiva relativa ao Questionário de Orientação para Viver	74
Tabela 7: Pontuações obtidas no Questionário de Orientação para Viver	75
Tabela 8: Capacidade de Compreensão	76
Tabela 9: Pontuações obtidas na Sub-escala Capacidade de Compreensão	76
Tabela 10: Capacidade de Gestão	77
Tabela 11: Pontuações obtidas na Sub-escala Capacidade de Gestão.....	77
Tabela 12: Capacidade de Investimento	78
Tabela 13: Pontuações obtidas na Sub-escala Capacidade de Investimento .	78

Tabela 14: Valores obtidos na Escala de Auto-estima	79
Tabela 15: Pontuações obtidas na Escala de Auto-Estima	80
Tabela 16: Matriz de intercorrelações entre a variável independente, variável dependente e variáveis sociodemográficas.....	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pontuações obtidas no Questionário de Orientação para Viver	75
Gráfico 2: Pontuações obtidas na sub-escala Capacidade de Compreensão..	77
Gráfico 3: Pontuações obtidas na sub-escala Capacidade de Gestão.....	78
Gráfico 4: Pontuações obtidas na sub-escala Capacidade de Investimento	79
Gráfico 5: Pontuações obtidas na Escala de Auto-Estima	80

RESUMO

Na sociedade actual dominada pelos media o indivíduo Surdo enfrenta desafios crescentes muitas vezes vividos como acontecimentos stressantes com implicações na sua Auto-Estima. A sua Surdez não lhe permite apreender a informação da mesma forma que o ouvinte, resultando numa diferente forma de observar a sociedade e de interagir com esta. Neste sentido, é que nesta dissertação se estudam as implicações do Sentido Interno de Coerência (relacionado com a resiliência à adversidade) e da Auto-Estima em Surdos. Com este objectivo aplicou-se um questionário de dados sociodemográficos, o Questionário de Orientação para Viver (Antonovsky, 1987; versão Portuguesa, Nunes, 1999) e a Escala de Auto-Estima (Rosenberg, 1965; versão Portuguesa, Simões e Lima, 1992). A amostra compreende 102 Surdos, que frequentam o Centro de Integração Profissional da Associação de Surdos do Porto, com uma média de idades de 27 anos. Os resultados sugerem que os Surdos da amostra possuem valores de Sentido Interno de Coerência e de Auto-Estima ligeiramente acima da média das escalas. Observando-se uma correlação significativa entre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima, onde à medida que aumenta o Sentido Interno de Coerência aumenta igualmente a Auto-Estima dos Surdos. Relativamente à relação entre o Sentido Interno de Coerência e as variáveis sociodemográficas, verificou-se correlações significativas ao nível do género e das habilitações literárias.

Palavras-Chave: Sentido Interno de Coerência; Auto-Estima; Surdos

ABSTRACT

In today's society dominated by media Deaf individual faces growing challenges often experienced as stressful events with implications for their self-esteem. His deafness does not allow you to grasp the information in the same way that the listener, resulting in a different way of looking at society and interact with it. In this sense, is that this dissertation we study the implications of the Internal Sense of Coherence (related to resilience to adversity) and Self-Esteem in Deaf. For this purpose we applied a sociodemographic questionnaire, the Life Orientation Questionnaire (Antonovsky, 1987; Portuguese version, Nunes, 1999) and Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965; Portuguese version, Slater and Lee, 1992). The sample includes 102 Deaf, who attend the Center for Professional Integration of Deaf Association of Porto, with a mean age of 27 years. The results suggest that the Deaf sample have values of Internal Sense of Coherence and Self Esteem slightly above average ranges. Observing a significant correlation between the Internal Sense of Coherence and Self-Esteem, where as you increase the Internal Sense of Coherence also increases the Self-Esteem of Deaf. Regarding the relationship between the Internal Sense of Coherence and the sociodemographic variables, there is significant correlation in terms of gender and educational qualifications.

Keywords: Internal Sense of Coherence; Self-Esteem; Deaf

RÉSUMÉ

Dans la société d'aujourd'hui dominé par les médias personne sourde face à des défis de plus en plus souvent vécu comme des événements stressants avec des implications pour leur estime de soi. Sa surdité ne vous permet pas de saisir l'information de la même manière que l'auditeur, ce qui entraîne d'une manière différente de regarder la société et d'interagir avec lui. En ce sens, est que cette thèse, nous étudions les implications du sens interne de la cohérence (par rapport à la résilience à l'adversité) et estime de soi chez les sourds.   cette fin, nous avons appliqué un questionnaire sur les données sociodémographiques, la Vie Orientation Questionnaire (Antonovsky, 1987; version portugaise, Nunes, 1999) et Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965; version portugaise, Slater et Lee, 1992). L'échantillon compte 102 personnes sourdes, qui fréquentent le centre pour l'insertion professionnelle des sourds Association de Porto, avec un âge moyen de 27 ans. Les résultats suggèrent que l'échantillon sourds ont des valeurs de sens interne de cohérence et de l'estime de soi légèrement au-dessus varie en moyenne. L'observation d'une corrélation significative entre le sens interne de cohérence et de l'estime de soi, ce qui augmente à mesure que le sens interne de la cohérence augmente l'estime de soi des personnes sourdes. En ce qui concerne la relation entre le sens interne de la cohérence et les variables socio-démographiques, il y avait une corrélation significative en termes de sexe et de qualifications.

Mots-clés: Sens de la cohérence interne, l'estime de soi; Sourds

INTRODUÇÃO

O presente estudo debruçou-se sobre o indivíduo Surdo, no que respeita ao seu Sentido Interno de Coerência e à sua Auto-Estima. O indivíduo Surdo apresenta mais dificuldades que o ouvinte no seu desenvolvimento, não dispondo, ao longo da sua vida e principalmente na sua infância, da mesma informação que os ouvintes, uma vez que a não percebe nem a apreende.

A Surdez é caracterizada como um problema sensorial não visível, que acarreta dificuldades na detecção e percepção dos sons, podendo originar consequências negativas no ser humano. Note-se, que a presença de qualquer alteração auditiva na primeira infância compromete o desenvolvimento da criança, nos aspectos cognitivos, sociais e culturais, além de comprometer os aspectos linguísticos, uma vez que existe um período crítico para a aquisição da linguagem (Sclair-Cabral, 1988).

A definição de Saúde preconizada pela OMS (1997) caracteriza-a como sendo um estado físico, psicológico e social de completo bem-estar, que implica não só a ausência de doença e de comportamentos de risco, mas também a qualidade de vida.

O Sentido Interno de Coerência, tomado como uma variável independente e não como mais uma maneira para medir a saúde de um indivíduo, é um constructo que engloba factores sociais e que, consequentemente, se aproxima da compreensão da saúde como algo muito mais global.

Recentemente, o conceito de Sentido Interno de Coerência – do inglês *sense of coherence* – foi catapultado para o âmbito da promoção da saúde, inserindo-o nas grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção de saúde mental do século XXI (Organização Mundial de Saúde, 1997).

O Sentido Interno de Coerência do indivíduo define-se como, uma orientação global, que define a capacidade com a qual o indivíduo, com um firme sentimento de confiança, enfrenta os estímulos emanados dos meios interno ou externo da sua existência, como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão), onde o indivíduo tem ao seu

alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão) e que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo (capacidade de investimento) (Antonovsky, 1987).

A vida compreende a presença de acontecimentos interpretados como stressores que afectam o grau de coerência interna, num contexto em que a saúde do indivíduo não implica somente a ausência de doença, mas a garantia de um máximo de funcionalidade pessoal. O indivíduo efectua uma reavaliação das suas prioridades, no que se refere aos, aspectos sociais, interpessoais e ocupacionais, e às preocupações com factores como a saúde e limitações físicas, a partir dos seus acontecimentos de vida. Na condição de um Sentido Interno de Coerência elevado, estão favorecidas as condições para uma Auto-Estima positiva, de boas condições de saúde física e psicológica, e de consequente qualidade de vida.

Rosenberg (1965) define a Auto-Estima como a avaliação que a pessoa efectua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afectiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma.

Assim, a Auto-Estima é um juízo positivo de si próprio, mas este pressupõe a existência de consciência e de auto-conhecimento. Portanto, a Auto-Estima é a consciência do valor pessoal em diferentes domínios, trata-se de um conjunto de atitudes e de crenças que nos permitem enfrentar a realidade e o mundo (Duclos, 2006).

O presente estudo debruçou-se sobre o valor do Sentido Interno de Coerência e da Auto-Estima numa amostra de Surdos. Assim, propusemo-nos a descrever o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima de uma amostra de Surdos, a analisar a relação entre o seu Sentido Interno de Coerência e a sua Auto-Estima e a perceber a influência das variáveis sociodemográficas no Sentido Interno de Coerência dos Surdos.

Este estudo começa por apresentar um enquadramento teórico, assente na revisão bibliográfica, onde aborda no capítulo um a problemática da Surdez numa perspectiva mais geral como as propriedades do som e em que medida este é percebido pelo indivíduo, até à estrutura e funcionamento do mecanismo

da audição. Após caracterizar a Surdez, o primeiro capítulo do enquadramento teórico faz uma breve resenha histórica da Surdez e do indivíduo Surdo. Sobre uma perspectiva do desenvolvimento da pessoa Surda, os restantes pontos deste primeiro capítulo abordam as problemáticas das consequências da Surdez, a inteligência e afectividade na Surdez, o apoio parental na Surdez e ainda reflecte sobre a realidade actual da Surdez.

No que respeita ao segundo capítulo do enquadramento teórico, e após uma revisão da literatura, este debruça-se sobre o conceito de Sentido Interno de Coerência, analisando os paradigmas patogénico e salutogénico tendo por base o Sentido Interno de Coerência. O modelo deste novo conceito é analisado e observa-se a relação das características sociodemográficas com o Sentido Interno de Coerência. Analisa-se igualmente a relação entre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima com base na bibliografia existente.

Relativamente à segunda parte deste estudo, esta corresponde ao enquadramento empírico, sendo abordado no primeiro capítulo os objectivos e delineadas as hipóteses do presente estudo, a caracterização da amostra é exposta, bem como é feita a operacionalização das variáveis. Neste estudo e no segundo capítulo, para a recolha dos dados da nossa amostra, utilizou-se os instrumentos, o Questionário de Orientação para Viver (Antonovsky, 1987; versão Portuguesa, Nunes, 1999) e a Escala de Auto-Estima (Rosenberg, 1965; versão Portuguesa, Simões e Lima, 1982). Foi ainda construído um questionário de forma a recolher os dados sociodemográficos da nossa amostra. De seguida, procedeu-se à análise descritiva e correlacional das variáveis em estudo. No terceiro capítulo, procedeu-se à discussão dos resultados, apresentando-se também as limitações e as considerações finais.

Parte I – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO 1 – SURDEZ

No início do século XVIII, o filósofo inglês George Berkeley perguntava se uma árvore que caía produzia ruído quando não havia ninguém por perto para ouvi-lo. Desde esse momento, as discussões sobre som e audição iniciam-se com a mesma pergunta. Esta pergunta foi indicada apenas para chamar a atenção para a natureza dupla do som. Desta forma, um físico pode dizer que, ao cair, a árvore dissipa energia, criando uma agitação que se propaga no ar, uma onda sonora, enquanto o psicólogo pode retorquir com a ideia que essa agitação que se propaga precisa primeiro de ser percebida para que possa ser chamada de som (Zemlin, 2005).

Assim, antes de passar para a estrutura e funcionamento do mecanismo da audição, o ponto seguinte irá reflectir sobre algumas propriedades básicas do som.

1. PROPRIEDADES DO SOM

A unidade de medida de frequência de um som é um Hertz (Hz) e corresponde a um ciclo por segundo. Assim, o ar sem perturbação pode ser considerado em estado de equilíbrio, ou seja, com excepção do movimento presente e aleatório das partículas de ar e das variações da pressão atmosférica, a densidade das partículas de ar permanece relativamente constante ao longo do tempo. No entanto, quando uma força externa age sobre elas, as mesmas podem deslocar-se para mais perto (compressão) ou mais longe (rarefacção) do que quando estão em estado de equilíbrio. Assim, como o ar é um fluido, tende a fluir de regiões de maior pressão para regiões de menor pressão. Uma vez que o ar possui propriedades inerciais, quando colocado em movimento, tende a continuar em movimento até que a energia transmitida se tenha dissipado. Desta forma, por exemplo, depois que a agitação das partículas de ar for iniciada por uma forte batida de palmas, uma camada de ar comprimido mover-se-á para fora em todas as direcções, comprimindo o ar à frente, com ar rarefeito arrastando-se atrás. Note-se que as

partículas de ar agitadas apresentam um pequeno movimento para a frente e para trás, transmitindo a sua energia para as partículas à sua frente, enquanto as que estão atrás voltam ao estado de equilíbrio. Portanto, é a agitação, e não as partículas de ar, que se movimenta em forma de onda pelo ar. Desta forma, o som pode ser considerado como um fluxo de potência ou uma transferência de energia de um lugar para outro (Zemlin, 2005).

2. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO MECANISMO DA AUDIÇÃO

A orelha responde a uma ampla gama ou variedade de frequências, a orelha apenas não regista a baixa frequência causada pelas contracções musculares e pelo sangue a circular pelas veias e artérias próximo do mecanismo auditivo. A orelha alcança também sons agudos de frequência muito elevada. Assim, considera-se que a zona de audibilidade esteja entre 15 ou 16 Hz e cerca de 20.000 Hz. Contudo, em grande parte dos adultos, o limite superior da amplitude de frequência fica perto de 14.000 ou 15.000 Hz, nas crianças pequenas o limite superior de audição excede 20.000 Hz. A orelha tem também uma grande capacidade de discriminação sonora, podendo detectar pelo menos 1.000 tons sonoros diferentes e, em frequências inferiores a 1.000 Hz, pode detectar mudanças de apenas 3 Hz (Zemlin, 2005).

Entretanto, de acordo com Francone et al (1990), a orelha também possui uma capacidade extraordinária de detecção de diferentes níveis de intensidade sonora, uma vez que, dentro da faixa total de intensidade à qual a orelha pode responder com segurança, um ouvinte pode detectar mais de 250 níveis diferentes de intensidade, os quais são naturalmente percebidos como mudanças de volume/intensidade. Estes autores dizem que o número de diferenças perceptíveis dentro da faixa dinâmica de audição chega quase a 250.000 diferenças perceptíveis.

O mecanismo da audição, do ponto de vista dos anatomistas e fisiologistas, divide-se em três partes: orelha externa, média e interna. Essa divisão baseia-se nas relações anatómicas entre as diferentes estruturas do sistema auditivo. No entanto, do ponto de vista funcional, o sistema auditivo

pode ser dividido apenas em orelha externa e orelha interna (Francone et al, 1990) (Ilustração 1).

Divisão anatômica	Orelha externa (lóbulo da orelha e meato auditivo externo)	Orelha média (membrana timpânica e ossículos auditivos)	Orelha interna (sistema vestibular e cóclea)
Estruturas			
Forma de transmissão da energia	Acústica (onda longitudinal)	Vibração mecânica e acústica	Movimento ondulatório hidrodinâmico
Função	Protecção, ressonância, transmissão	Pareamento da impedância, transformação da energia, protecção limitada	Transdução da energia mecânica e hidrodinâmica em impulsos neurais

Ilustração 1: Representação esquemática das divisões anatômicas do mecanismo da audição e os seus papéis funcionais. Fonte: Dallos, 1973 e Gray, 1980 cit in Zemlin, W. R. (2005).

3. CARACTERIZAÇÃO DA SURDEZ

Uma vez que a Surdez surge a partir de um défice auditivo, justifica-se a continuação da clarificação de alguns conceitos relativos ao funcionamento do mecanismo da audição, de forma a tornar mais evidente as consequências que surgem quando se iniciam alterações auditivas.

Como já referido, o aparelho auditivo é constituído por três partes que se relacionam entre si e que se chamam de orelha externa, média e interna.

No que concerne à orelha externa esta abarca o pavilhão auricular e o canal auditivo externo, esta estrutura não é apenas um receptor de sons mas também é uma estrutura dinâmica, uma vez que tem um efeito de convergência das ondas no meato auditivo externo realizada pela configuração do pavilhão auricular e pelas angulações do próprio canal auditivo externo (Melo, 1989).

Relativamente à orelha média, esta é constituída pelo tímpano e pela cadeia ossicular (martelo, bigorna e estribo). A orelha média caracteriza-se como sendo um adaptador da impedância onde a membrana timpânica recebe as vibrações acústicas e transmite-as aos ossículos por intermédio da apófise do martelo que lhe está ligada, enquanto o estribo está ligado à janela oval. Os músculos do martelo e do estribo funcionam como peças protectoras da orelha. No entanto, a relação entre o tímpano e a janela oval intervém de modo a diminuir a perda de energia na passagem para a orelha interna. A relação entre a curta apófise do martelo e a longa apófise da bigorna tem a função de amplificação. Por sua vez, a caixa do tímpano contém ar e comunica com as vias aéreas superiores através da Trompa de Eustáquio. A extremidade da Trompa de Eustáquio é constituída por músculos na orofaringe, que permitem com que a pressão da caixa do ar da orelha seja igual à do exterior (Melo, 1989).

No que concerne à orelha interna, esta é principalmente um analisador temporal donde se inicia um código neuro-fisiológico que vai ser reanalisado nas estruturas complexas das vias auditivas (Melo, 1989). A orelha interna é constituída por um órgão de audição (cóclea ou caracol), órgãos de equilíbrio (utrículo e sacúlo) e canais semi-circulares. A cóclea é formada, na parte interior, por quatro células sensoriais (filamentos muito pequenos do diâmetro de um cabelo que vibram à passagem do ar) e encontra-se cheia de um líquido chamado endolinfa. De cada lado do canal coclear existe, igualmente um meio líquido que contém a perilinfa. É através do movimento destes líquidos que origina a transformação das ondas mecânicas em energia eléctrica, nas fibras nervosas (Engström e Engström, 1976).

Entretanto, estes impulsos eléctricos são transmitidos aos núcleos e aos centros auditivos do cérebro já que existe ligação da cóclea, através dos nervos coleares, até ao córtex cerebral. Aqui, o som vai ser interpretado, depois de ter passado por varias etapas no seu processo de transmissão. No

entanto, a condução do som pode ser efectuada de duas maneiras distintas, a primeira é por via óssea, através dos ossos do crânio, particularmente da mastóide e a segunda e mais importante é por via aérea. Assim, na condução aérea, os sons penetram no ouvido, através do ouvido externo, pelo pavilhão que os recolhe e pelo canal auditivo externo que transforma as ondas esféricas em ondas planas. Para que todo este processo aconteça com normalidade é necessário existir vácuo no canal auditivo, desta forma a membrana timpânica que se encontra ao fundo do canal auditivo externo recebe as vibrações acústicas e transmite-as aos ossículos, por intermédio da apófise do martelo, que lhe está ligada. Por sua vez, através de uma série de mecanismos acústicos, a propagação do som é transmitida à cadeia ossicular onde cada elemento desempenha um papel específico. Em seguida, chega à orelha interna, onde se encontra o órgão de Corti, contendo células sensoriais e de suporte situadas sobre a membrana basilar. As células sensoriais transformam as ondas mecânicas em impulsos eléctricos, ao nível das células sensoriais e ao nível do nervo auditivo (Melo, 1989).

Definição de Surdez

Através do conhecimento do funcionamento da audição e da constituição da orelha humana, pode-se então, classificar e caracterizar a Surdez.

Desta forma, segundo Nunes (1998), pode-se dizer que a audição é o meio pelo qual o indivíduo entra em contacto com o mundo sonoro e com as estruturas da língua que possibilitam o desenvolvimento de um código estruturado, próprio da espécie humana. Para este autor, a língua oral é o principal meio de comunicação no homem, e a audição participa realmente nos processos de aprendizagem de conceitos básicos, como a leitura e a escrita. A audição apresenta assim uma grande influência nas relações interpessoais, as quais irão permitir um saudável desenvolvimento social e emocional.

Desta forma, a Surdez é caracterizada como um problema sensorial não visível, que acarreta dificuldades na detecção e percepção dos sons, originando consequências negativas no ser humano. Note-se, que a presença

de qualquer alteração auditiva na primeira infância compromete o desenvolvimento da criança, nos aspectos cognitivos, sociais e culturais, além de comprometer os aspectos linguísticos, uma vez que, existe um período crítico para a aquisição da linguagem (Scliar-Cabral, 1988).

É de realçar ainda, a existência de uma diferença terminológica entre vários autores no que se refere à definição de Surdez, enquanto Jiménez et al (1997) e Nunes (1998) utilizam os termos Hipoacúsia e Surdez, Kirk e Gallagher (1991) e Ysseldyke e Algozzine (1995) optam por fazer uma distinção entre deficiência auditiva e Surdez.

Segundo, Ysseldyke e Algozzine (1995), Surdez significa uma deficiência auditiva tão grave que a criança é deficiente no processamento de informação linguística através da audição, com ou sem amplificação, o que afecta negativamente a performance educacional da criança. Por outro lado, estes autores, referem-se à deficiência auditiva, como sendo uma deficiência na audição, permanente ou temporária, que afecta negativamente a performance educacional da criança, mas que não se inclui na definição de Surdez.

Entretanto, de acordo com Jiménez et al (1997), deve-se adicionar o grau de perda auditiva, guardando o termo de Surdez para perdas auditivas iguais ou superiores a 90 decibéis (dB).

Aspectos Fundamentais da Surdez

Segundo Ysseldyke e Algozzine (1995), a Surdez é, geralmente, representada do ponto de vista médico-audiológico, atendendo a três aspectos principais: causa, tipo e grau.

Causa

No que concerne às causas possíveis de originar Surdez, elas estão organizadas nos seguintes grupos: Surdez hereditária ou genética; Surdez congénita; Surdez adquirida (Vieira, 1998).

Segundo Kirk e Gallagher (1991), apenas trinta por cento de indivíduos Surdos têm surdez de origem hereditária. Portanto, esta percentagem de indivíduos Surdos diz-nos que a maioria dos Surdos são filhos de pais ouvintes e também que uma grande parte dos Surdos tem filhos ouvintes. Estes autores, consideram também as formas de Surdez autossómica dominante, geralmente progressivas e pós-locutórias, e as formas de Surdez autossómica recessiva, que representam cerca de setenta e cinco a oitenta por cento dos casos.

Por sua vez, a Surdez congénita, surge durante a gestação e não se deve directamente a factores genéticos e/ou factores hereditários. Assim, os problemas podem ser de natureza viral, bacteriana e tóxica, afectando o feto através da mãe. Desta forma, entre diversos aspectos salienta-se a Rubéola Materna, principalmente, quando afecta a mãe durante os primeiros três meses de gravidez (Kirk e Gallagher, 1991).

Segundo Melo et al (1986), a Rubéola materna provoca lesões específicas ao nível da cóclea, com curva tonal com melhoria nos agudos, ou provoca lesões que podem afectar qualquer zona do sistema nervoso auditivo, estes autores salientam ainda que a Rubéola materna é uma causa possível de vários outros problemas (visuais, auditivos, cardíacos ou neurológicos). Estes autores, apontam como causas víricas, a Toxoplasmose e a Papeira, no que respeita, a factores de natureza bacteriana, o principal é a Meningite que pode ser responsável por cerca de 9 por cento dos casos de Surdez, a Meningite é uma doença que afecta o sistema nervoso central e que resulta, geralmente, numa Surdez de tipo neurossensorial.

Observa-se ainda, causas tóxicas para a Surdez, muito devido à ingestão de medicamentos ototóxicos, entre os quais se incluem muitos antibióticos. A ototóxicidade deriva da própria composição do medicamento, que provoca anomalias bioquímicas e não necessariamente da sua sobredosagem. Nestes casos, a lesão cóclear é irreversível, bilateral e em alguns casos total (Ysseldyke e Algozzine, 1995).

Relativamente à Surdez adquirida, esta pode iniciar-se no momento do parto ou em qualquer outro momento da vida do ser humano. Contudo, a idade do início da Surdez, torna-se relevante, uma vez que, uma Surdez pré-locutória, isto é, manifestada antes da aquisição da linguagem, terá consequências bem mais graves do que uma Surdez pós locutória, porque está

em causa, o período essencial do desenvolvimento normal da linguagem (geralmente, o limite para o desenvolvimento normal da linguagem situa-se nos 36 meses de idade) (Jimenez et al, 1997; Nunes, 1998).

De acordo com Melo et al (1986) a anóxia neo-natal é também um dos factores que pode provocar Surdez adquirida e aponta o resultado final da falta de oxigénio, provocada por um certo número de causas possíveis, entre as quais a oxigenação inadequada do sangue materno, complicações anestésicas, separação prematura da placenta, má circulação do sangue através do cordão umbilical, oxigenação deficiente devida à forma severa de doença cardíaca cianótica ou ventilação pulmonar deficiente, entre outros.

Ainda, dentro do período pré-locutório, pode aparecer a Icterícia neo-natal, nomeadamente a Eritrolastose Fetal, que surge da passagem na placenta do anti-corpo materno activo contra os antigénios dos glóbulos vermelhos da criança, levando a um aumento da sua destruição. Pode-se observar também uma deficiência auditiva, causada por Icterícia neo-natal, que pode provocar alterações a nível coclear, a nível do tronco cerebral e alterações corticais (Melo et al, 1986).

A Icterícia neo-natal encontra-se, muitas vezes relacionada à incompatibilidade sanguínea que aparece quando a mãe que tem sangue Rh negativo gera uma criança com sangue Rh positivo. Desta forma, se não existir tratamento durante o período de gestação, a mãe desenvolve anti-corpos que poderão passar para o feto, destruindo as células de Rh positivo, contribuindo assim como mais uma causa possível do aparecimento da Surdez (Kirk e Gallagher, 1991).

Importa salientar, que entre os vários factores apresentados para o aparecimento da Surdez, acresce a prematuridade e o baixo peso à nascença e a possibilidade de ter existido traumatismos obstétricos. Entretanto, outro factor importante para o aparecimento da Surdez é a persistência de otites, principalmente as otites agudas, que se traduzem por uma inflamação da orelha média provocada por várias bactérias. Assim, verifica-se que a otite pode provocar fortes danos na membrana timpânica, sendo a lesão mais frequente a perfuração do tímpano, reduzindo assim a zona de vibração. Portanto, a perda auditiva pode ser considerável, se o ramo vertical da bigorna for parcial ou totalmente destruído (Melo et al, 1986).

Desta forma, resumem-se os indicadores de risco para o aparecimento da Surdez nos recém-nascidos, bebês e crianças. Para o aparecimento da Surdez em recém-nascidos (do nascimento até 28 dias), pode-se resumir os indicadores de risco em: infecção congénita (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes); peso ao nascimento inferior a 1500 gramas; anomalias craniofaciais (malformações do pavilhão auricular, meato acústico externo, ausência de filtrum nasal e implantação baixa da raiz do cabelo); Hiperbilirrubina; medicação ototóxica por mais de cinco dias (aminoglicosídeos ou outros, associados ou não a diuréticos de alça); Meningite bacteriana. Quanto aos indicadores de risco em bebês (de 29 dias até dois anos de idade), observa-se: preocupação dos pais/responsáveis com relação a audição, fala, linguagem e/ou atrasos de desenvolvimento; Meningite bacteriana e outras infecções associadas à perda auditiva neurossensorial; traumatismo craniano associado à perda da consciência ou fractura craniana; estigmas associados a síndromes que incluam perda auditiva neurossensorial e/ou condutiva, medicações ototóxicas (agentes quimioterápicos ou aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça); otite média persistente ou recorrente com secreção durante pelo menos três meses. Entretanto, os indicadores de risco para crianças (de 29 dias até três anos de idade) incluem: histórico familiar de perda auditiva na infância; infecções congénitas (Citomegalovírus, Rubéola, Sífilis, Herpes ou Toxoplasmose), neurofibromatose tipo II e distúrbios neurovegetativos; otite média persistente ou recorrente com efusão; deformidades anatómicas e outros distúrbios que afectam a tuba auditiva (Papas, 1993; Elssman et al., 1987; Mauk et al, 1991).

Portanto, a triagem auditiva neonatal é o procedimento inicial de avaliação da audição, direccionando para eventuais procedimentos a serem utilizados. Assim, quanto aos recém-nascidos, que apresentam sintomas indicadores de uma possível Surdez, devem ser encaminhados para diagnóstico, que deve acontecer até aos três meses de vida, com a intervenção na Surdez a ocorrer aos seis meses de idade. Pode-se ainda observar que geralmente a identificação da Surdez ocorre após os seis meses de idade, sendo que, nos berçários normais a média de idade de identificação da Surdez situa-se nos 16 meses, enquanto que para os bebês das unidades de cuidados

intensivos neonatais, a identificação acontece nos 12,6 a 13 meses (Weber e Diefendorf, 2001).

Tipo

Outro aspecto a considerar na classificação da Surdez é o tipo de Surdez, dividindo-se em três níveis diferentes. O primeiro tipo de Surdez é a Surdez de transmissão ou condução: quando existe uma lesão na orelha externa (pavilhão auditivo e canal auditivo) ou na orelha média (tímpano e ossículos), esta lesão pode ter como causas um acúmulo de cerúmen ou um corpo estranho no canal auditivo externo, bem como a não formação ou malformação do canal auditivo externo. Neste tipo de Surdez a condução óssea é em princípio normal, e a percepção da fala não está muito perturbada, assim o máximo da perda auditiva, situa-se nos 60 dB. O segundo tipo de Surdez é a Surdez neuro-sensorial ou de percepção: quando existe uma lesão no ouvido interno ou nas vias e centros nervosos. As consequências desta lesão são bastante graves, uma vez que, afecta a capacidade de descodificação do som. Esta situação conduz a uma perda auditiva muito acentuada, pois, o sujeito com este tipo de Surdez, não consegue ouvir a sua própria voz. O terceiro tipo de Surdez, é a Surdez mista: quando a lesão está localizada na orelha média e interna, estando afectados os componentes de transmissão e percepção (Filho, 1994).

Grau

A terceira característica a ter em conta na caracterização da Surdez é o grau de Surdez.

O grau de Surdez é aplicado com base no índice de Fletcher, que considera a partir da via aérea, a média do limiar auditivo nas frequências 500, 1000 e 2000 Hz (Nunes, 1998).

A escala auditiva do ouvido normal vai dos 20 Hz até aproximadamente aos 20000Hz, contudo, para a percepção da fala as frequências fundamentais são de 250 Hz a 4000 Hz. Quando a audição é normal, situando-se dentro das frequências de 250 Hz a 4000 Hz, a fala desenvolve-se normalmente. Portanto,

a audiometria tonal recai nestes valores, determinando a perda auditiva em decibéis (dB), sendo o bel definido como uma unidade de medida relativa, não dimensional, empregue em acústica para expressar o quociente entre duas potências ou intensidades, ou entre uma determinada potência e outra potência de referência. Assim, no caso do aparelho auditivo humano, a mínima potência de som que pode ser distinguida do silêncio corresponde ao valor de 0 dB, podendo a audição normal encontrar-se entre os -10 dB e os +10 dB (Jiménez et al, 1997).

Uma vez efectuada a descrição dos vários factores utilizados para descrever a Surdez (causa, tipo e grau), verificou-se, que a conjugação destes factores provoca diferentes consequências, logo, a necessidade de respostas educativas e/ou reabilitativas diferentes.

Portanto, o ponto seguinte incidirá sobre a história da Surdez ao longo dos tempos e também sobre o desenvolvimento da educação dos Surdos, uma vez que é pela educação dos Surdos que estes se conseguirão integrar na sociedade e adaptarem-se às suas constantes exigências. Assim, pretende-se neste ponto contextualizar a Surdez e o indivíduo Surdo segundo uma perspectiva histórica.

4. SURDEZ E INDIVÍDUO SURDO SOBRE UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Os Surdos no Egipto

De acordo com Lang (1996), no Egipto, os Surdos eram adorados como deuses, os Egípcios acreditavam que transmitiam mensagens secretas dos deuses ao Faraó, que por sua vez as transmitia ao povo. Este autor diz que, os Surdos serviam de intermediários entre os deuses e os Faraós, era uma estratégia de os faraós imporem o seu poder ao povo, justificado por pessoas especiais que tinham ligações aos deuses. Portanto, os Surdos por serem vistos como seres estranhos com uma forma diferente de comunicar, a população em geral temia-os e respeitava-os.

Os Surdos na Palestina

Cerca de 1000 a.C. aparecem as primeiras referências aos Surdos na história judicial, com a Lei Hebraica (Talmude), esta lei faz a distinção sobre: os que são Surdos e Mudos; os que são só Surdos; os que são só Mudos, assim, conforme a categoria a que pertenciam, tinham direitos e restrições específicas, principalmente relacionadas com a posse de propriedades e o casamento. Entretanto, mais tarde a civilização romana adoptou esta lei. Estas leis defendiam os indivíduos Surdos de serem ameaçados pela sociedade, no entanto, negavam a participação total nos rituais dos templos judaicos (Lane, 1984).

Os Surdos na Grécia

Segundo Cleve (1987), na antiga civilização grega, os Surdos eram vistos como incompetentes, pois pensavam que o pensamento só se desenvolvia com a linguagem e para os gregos a linguagem só se desenvolvia com a fala, uma vez que a fala não se desenvolvia sem a audição, quem não ouvia não falava e não pensava, não podendo receber educação. Este autor, diz que esta forma de pensamento pode ser confirmada com Aristóteles em 355 a.C, este dizia que os indivíduos que nasciam Surdos, por não terem linguagem eram incapazes de raciocinar. Entretanto, os indivíduos Surdos como não possuíam linguagem não eram humanos, mas se perdiam a audição mais tarde e falavam já se encontravam integrados na sociedade.

Os Surdos na antiga civilização Grega eram também considerados como indivíduos sem direitos, porque não eram úteis à sociedade e diversas vezes eram condenados à morte. Eram marginalizados simultaneamente com os doentes e os deficientes mentais. Contudo, Sócrates em 360 a.C., dizia que era natural e aceitável os Surdos comunicarem usando as mãos, a cabeça e outras partes do corpo, por não possuírem audição (Cleve, 1987).

Os Surdos em Roma

Os Romanos foram muito influenciados pelos Gregos, portanto a sua visão dos Surdos era muito semelhante à dos Gregos, uma vez que também viam o Surdo como um ser imperfeito e impróprio de pertencer à sociedade. Cerca de 529 d.C., o imperador Justiniano criou uma lei que impossibilitava os Surdos de possuírem propriedades, impedindo-os de celebrar contratos e escrever testamentos. Esta lei era chamada de código Justiniano e era influenciada pela lei Hebraica (Talmude), é constituída por cinco categorias diferentes de Surdos: os que nasciam Surdos e mudos; os que ficavam Surdos e mudos durante a sua vida; os que nasciam Surdos mas não ficavam mudos; os que ficavam Surdos durante a vida mas sem perderem a fala; os que eram só mudos (Lane, 1984).

Assim, verifica-se que na sociedade Romana os que nasciam Surdos e mudos não tinham direitos nem obrigações, não podendo ter propriedades nem celebrar contratos, portanto, como não podiam ter propriedades nem títulos monetários, as heranças a que tinham direito passavam para os parentes mais próximos. No entanto, os Surdos que falavam tinham direitos legais e podiam ter propriedades, casar e efectuar testamentos. Nota-se portanto, que a fala era o factor decisivo para o enquadramento legal dos indivíduos Surdos (Lane, 1984).

Os Surdos na Idade Média

Do ponto de vista da Igreja Católica, até à Idade Média, esta acreditava que a alma dos Surdos não era imortal, uma vez que os Surdos não diziam os sacramentos, e até ao século XII não se podiam casar. Em 700 a.c. Jonh de Beverley, um arcebispo Inglês, ensinou um Surdo a falar, constituindo assim o primeiro documento acerca da tentativa de ensinar um indivíduo Surdo a falar, opondo-se às ideias de Aristóteles que defendia que os Surdos não poderiam ser educados. Alguns autores consideram assim, Jonh de Beverley, como sendo o primeiro educador de Surdos da história (Cleve 1987).

Os Surdos na Idade Moderna

No século XIV, Bartolo della Marca d'Ancona (1314-1337), escritor italiano, marca a primeira informação sobre a possibilidade do Surdo poder aprender através da língua gestual ou da língua oral. Mais tarde no século XVI, Girolamo Cardano (1501–1576), matemático, médico e filósofo italiano, notou que os Surdos deveriam receber instrução, mesmo os Surdos nascidos com Surdez profunda, poderiam ser ensinados a ler e a escrever sem o uso da fala (Cleve, 1987).

Por sua vez, é com Pedro Ponce de León, visto como o primeiro professor de Surdos, que se inicia a verdadeira educação de Surdos a nível mundial. Pedro Ponce de León, viveu num mosteiro beneditino em Oña, Espanha e o seu trabalho serviu de base a vários educadores de Surdos. Pedro Ponce de León edificou uma escola para Surdos em San Salvador Monasterio, em Madrid. Empregou grande parte da sua vida a educar Surdos, filhos de nobres, ensinando-os a falar, ler, escrever, rezar e a conhecer as doutrinas do cristianismo. Ponce de León, desenvolveu um alfabeto manual que ajudava os Surdos a soletrar as palavras (Lang, 1996).

Entretanto, no século XVI, Juan Pablo Bonet (1579–1629) nascido na vila de El Castellar, em Saragoça, Espanha, interessou-se pelo trabalho de Ponce de León e em 1620, publicou um livro com o título, *Redução das Letras e Arte para Ensinar a Falar os Mudos*, onde se anunciava como inventor da arte de ensinar o Surdo a falar, este livro foi o primeiro tratado, à escala mundial, sobre fonética espanhola e geral. O método de Bonet dizia que seria mais fácil para o Surdo aprender a ler, se cada som fosse representado por uma forma visível invariável: o alfabeto manual (dactilologia). Portanto, o maior contributo de Bonet foi a publicação do seu livro, que atraiu as atenções de todos os intelectuais da Europa para a educação dos Surdos, uma vez que o seu método inspirou os principais pensadores do método oralista como Jacob Rodrigues Pereira, Aman e Wallis (Cleve, 1987).

Entretanto, Charles Michel de L'Épée nascido em França, em 1712, teve a grande capacidade de ter reconhecido que a Língua Gestual existia, desenvolvia-se e servia de base comunicativa essencial entre Surdos, assim os Surdos teriam acesso à palavra de Deus (Cuxac, 1980).

Desta forma, Cuxac (1980), diz que através dos gestos que os Surdos já dominavam, L'Épée explicava conceitos abstractos, utilizando a língua gestual para ensinar a escrita, mas não a considerava uma língua com gramática. Este autor, refere que L'Épée construiu um sistema em que usava a Língua Gestual na ordem gramatical do francês, e que incluía gestos inventados para palavras francesas, que não eram representadas na Língua Gestual. Desta forma, os Surdos conseguiam ler e escrever qualquer texto em francês gramaticalmente correcto, quando ditado em Língua Gestual. O sistema foi chamado de Sinais Metódicos e envolvia um grande número de gestos e foi usado até 1830.

Pode-se resumir a contribuição de L'Épée para a educação dos Surdos em alguns pontos essenciais, tais como: a criação do Instituto Nacional de Surdos – Mudos em Paris, que foi a primeira escola para Surdos do mundo; a atribuição aos Surdos do estatuto de humanos, ao reconhecer a existência da sua língua; a passagem da educação individual para a educação colectiva; a constatação de que o tempo que se perdia a ensinar um Surdo a falar, devia ser aproveitado para educá-lo, pois era invulgar o Surdo que se conseguia exprimir claramente por via oral; as demonstrações a nobres, filósofos e educadores, comunicando em Língua Gestual, e os Surdos respondendo por escrito. As propostas efectuadas por L'Épée ficaram descritas como sendo o Método Francês (Lane, 1984).

Entretanto, Jacob Rodrigues Pereira, nascido em Espanha em 1715, foi um educador de Surdos que utilizava gestos mas sempre defendeu a oralização para os Surdos. Usava o alfabeto manual para o ensino da fala, este método consistia na ideia de que cada configuração da mão designava, ao mesmo tempo, a posição e o movimento dos órgãos da fala adequado para a produção do som e também as letras que a escrita precisava para representar o som (Lang, 1996).

Na mesma altura, de acordo com Cleve (1987), Heinicke, professor de Surdos alemão, ficou conhecido como um dos maiores defensores do oralismo. O seu método era, primeiramente baseado no ensino da escrita, porém, Heinicke achou insuficiente para preencher as necessidades de todos os seus alunos, então iniciou-se a ensinar os Surdos através do método da língua oral.

Heinicke desenvolve assim três estudos sobre o ensino de Surdos, apresentando o seu novo método chamado Oralismo. Heinicke, concluiu que

os Surdos deviam primeiro aprender a falar e depois a escrever, tal como as crianças ouvintes, achando que ensinando-se aos Surdos as coisas concretas, as abstractas seriam mais fáceis de ensinar. As propostas de Heinicke ficaram descritas como o Método Alemão (Cleve, 1987).

Assim, observou-se duas tendências muito diferentes na educação dos Surdos durante o século XVIII, a primeira era representada pela obra de L'Épée, que defendia a educação dos Surdos baseada na Língua Gestual, e o objectivo da escola, era a preparação intelectual do aluno para a cidadania, a segunda tendência, que teve como maior defensor o alemão Henicke, dizia que os objectivos das escolas de Surdos era principalmente ensinar a fala de modo a que o aluno conseguisse integrar na sociedade ouvinte a qual lhe ensinaria o que o Surdo necessitaria.

Em 1880 realizou-se o Congresso Internacional de Milão onde um grupo de ouvintes educadores de Surdos, determinaram excluir a Língua Gestual do ensino de Surdos e colocou como principal objectivo das escolas de Surdos, o ensino da fala, desde esse instante, aplicou-se a tendência oralista na educação de Surdos em todo o mundo no final do século XIX e na maior parte do século XX (Cuxac, 1989).

Com a revolução industrial surge um grande desenvolvimento tecnológico e científico onde a área da Surdez tem um enorme desenvolvimento. Assim, observa-se durante a primeira metade do século XX, em consequência da evolução técnica e científica no tratamento da Surdez, que a educação dos Surdos fosse influenciada pelo Oralismo, uma vez que se adapta com a visão da Surdez como passível de ser corrigida (Chomsky, 2000).

Contudo, a cura da Surdez não se verifica, apesar dos grandes avanços na medicina que permitem recuperar a audição, ainda que parcialmente, em algumas situações. Acrescendo ainda o facto de aparecerem situações de insucessos do Método Oralista, como o exemplo observado em Itália e em França, de Surdos que depois de alguns anos a serem ensinados através do Método Oralista, estes indivíduos Surdos apresentaram um progresso muito reduzido. Este facto já tinha sido observado em 1910, quando Binet e Simon realizaram uma avaliação sistemática da educação de Surdos e concluíram que a educação através do Método Oralista não possibilitava que estes Surdos

discutissem ideias com estranhos ou tivessem uma conversa fluida (Chomsky, 2000).

Assim, durante o século XX até a década de setenta, o método oralista foi a forma dominante de educação do Surdo porém a Língua de Sinais continuava a ser utilizada pelos Surdos tanto nas escolas como entre os Surdos na sua vida social. Com o desenvolvimento tecnológico e científico surgem novas tentativas de tratar a Surdez, o implante coclear é o mais relevante. O implante coclear aplicou-se em crianças apenas no início dos anos 80, em França e nos E.U.A., devido à pouca divulgação dos riscos e pela necessidade de intervir na fase crítica da aquisição da linguagem. Cedo se chegou à conclusão de que o implante coclear fosse acompanhado do ensino da Língua Gestual, pelo menos durante os primeiros anos de vida, assegurando assim o desenvolvimento cognitivo fundamental para o equilíbrio psíquico dos Surdos. Também notou-se, que a aprendizagem da Língua Verbal seria mais eficiente após uma boa aprendizagem linguística através da Língua Gestual, e que a Língua Gestual podia ser inserida logo no primeiro ano de idade, quando a criança se encontra capaz de aprender uma estrutura linguística, isto muito antes da reabilitação (através de implante coclear) assegurando o seu possível fracasso e permitindo prevenir o isolamento, favorecendo um desenvolvimento mental e social equilibrado (Moura, 2000).

Entretanto, são relevantes novos investigadores na área da Surdez, Stokoe (1960), destaca-se por ter sido bastante reconhecido internacionalmente como o criador do ensino da linguística das línguas gestuais para Surdos.

Stokoe (1960), afirmava na sua teoria, que o início da linguagem humana começara com o gesto e que os padrões sintácticos das línguas modernas poderiam ter derivado da estrutura gramatical intrínseca aos manuais gestuais icónicos. Este autor, observou, que a Língua Gestual utilizada pelos Surdos americanos era considerada um código visual corrupto para a língua falada, ou um embuste elaborado, desta forma, as Línguas Gestuais eram eliminadas dos programas educacionais para estudantes Surdos a favor de um ensino baseado na articulação da fala e da leitura labial.

Entretanto, Stokoe (1960), elaborou uma proposta dizendo que a Língua Gestual era uma língua humana totalmente formada, da mesma forma que as

línguas faladas. Stokoe debruçou-se na divisão de um sistema descritivo para a Língua Gestual, culminando no primeiro estudo linguístico moderno de uma Língua Gestual.

Este e outros estudos efectuados por Stokoe foram bem acolhidos pela comunidade linguística e pelos educadores de Surdos, contribuindo estes estudos para que actualmente a Língua Gestual seja reconhecida como uma língua apropriada para a instrução e educação de estudantes Surdos.

5. CONSEQUÊNCIAS DA SURDEZ NO DESENVOLVIMENTO

Na base da Surdez encontra-se uma perda auditiva muito marcada, o que provoca uma menor exposição à informação e ao mundo envolvente, ora este aspecto tem várias implicações.

De acordo com Bouton (1977), este autor, diz que o facto de ouvir não representa apenas a possibilidade de adquirir a linguagem, mas talvez muito mais a de tomar conhecimento do mundo que nos cerca, uma vez que o nosso conhecimento resulta das informações fornecidas pelos sentidos, nomeadamente a visão e a audição. Portanto o Surdo fica privado a nível auditivo, de um conjunto de informações do quotidiano que cercam constantemente o ouvinte.

Logo a privação desta informação poderá provocar desconfiança e insegurança, pois o Surdo experimenta os acontecimentos que podem ocorrer sem previsão ou explicação. Assim, a inexistência de previsibilidade e explicação dos acontecimentos poderá causar no Surdo sentimentos de insegurança e impotência face aos acontecimentos de vida, podendo o Surdo não aprender a estabelecer correctas relações de causa-efeito. Portanto, ao não ser possível para o Surdo dominar inteiramente o ambiente que o rodeia, poderá acostumar-se a viver num mundo incompreensível adoptando os comportamentos por mimetismo visual (Bouton, 1977).

Note-se o exemplo de uma actriz Surda que refere que as suas recordações de infância são muito confusas, uma vez que existia para esta actriz uma sequência de imagens sem relação entre si, como se fossem sequências de um filme montados umas atrás das outras e repletos de espaços

vazios. Este facto deve-se à ausência de uma linguagem estruturada que atribua um sentido ao observado e que permita evocar a imagem mesmo quando esta não está presente (Laborit, 2000).

O sentido da visão tem um papel fundamental na comunicação do Surdo, no entanto ao contrário do que por vezes é referido, as limitações num sentido não implicam a superioridade dos restantes sentidos, note-se que actualmente está comprovado que um órgão não possui a capacidade de aumentar as suas performances funcionais. O fenómeno da compensação de um sentido estará provavelmente relacionado num patamar mais elevado da cadeia hierárquica das operações cognitivas, ao nível da percepção (Antunes e Ricou, 1998).

Entretanto, de acordo com Morrow-Lettre (1991), a leitura labial enfatizada pelas perspectivas oralistas revela ser um meio importante na recepção comunicacional, a leitura labial é então a forma de compreender a palavra pela interpretação dos movimentos articulatórios visíveis do interlocutor.

Portanto, o Surdo passaria a observar as palavras em vez de as ouvir, contudo existe uma série de circunstâncias que impedem uma total eficácia na leitura labial, como por exemplo: não é possível diferenciar visualmente, sons produzidos com o mesmo ponto e modo de articulação e que diferem apenas num traço mínimo distintivo, não visível, como o vozeamento (por exemplo: p/b); a coarticulação influencia a visibilidade da maioria dos sons articulados, conduzindo a que visemas (visema é a imagem visual da postura dos órgãos articulatórios durante a emissão do fonema) facilmente identificados, quando isolados, não se tornem distinguíveis em combinação; os diferentes ritmos e modos de falar, exigem uma adaptação constante e constituem um problema no momento de mudança de interlocutor; a leitura labial não consegue traduzir, de forma clara aspectos da fala como a entoação, o ritmo e a melodia; existe uma necessidade constante de visualizar bem os lábios de quem fala, nem sempre sendo possível devido a características dos interlocutores e do ambiente; a leitura labial implica uma boa capacidade de memória para dados visuais contínuos; é necessário uma boa capacidade de imitação e facilidade para encontrar correspondência nos seus órgãos articulatórios, o que por vezes não existe, principalmente em Surdos que sofram de dispraxia; o tempo de

produção é muito curto havendo necessidade de uma grande concentração visual sobre o emissor, impedindo outras acções em simultâneo, assim como uma rápida capacidade de descodificação (Melo et al, 1986; Morrow-Lettrre, 1991; Lima, 2000).

Assim, de forma a superar as dificuldades descritas no parágrafo anterior, prevê-se como solução o desenvolvimento da linguagem escrita, entendida como comportando todo o material linguístico escrito que vai permitir a descodificação através da leitura (linguagem receptiva) e não especificamente os aspectos grafo-motores ou expressivos (Morrow-Lettrre, 1991).

Ainda no domínio da recepção da comunicação, é habitual considerar outras formas como a representação gráfica, expressão corporal e gestual, ainda que desempenhando um papel menor, podem apoiar pontualmente o Surdo na descodificação das mensagens. Todavia, os problemas do Surdo ao nível da comunicação não são apenas ao nível dos aspectos receptivos/compreensivos, mas prolongam-se à produção da linguagem. Note-se, que as alterações na produção da linguagem não resultam de perturbações nos órgãos fonadores, mas sim das limitações receptivas que impedem uma correcta imitação. Desta forma, ao nível da memorização (no apelo de informação, ou do léxico para articular a expressão espontânea), onde entram em consideração a selecção de palavras e a sua mobilização activa no discurso, o Surdo apresenta diferentes dificuldades devido à limitação do seu vocabulário. As palavras apresentam também uma tendência para se restringirem ao contexto em que surgiram, devido à dificuldade de generalização. O Surdo, por vezes reconhece a palavra sem a conseguir utilizar de forma espontânea no seu discurso oral, este facto leva à existência de um léxico pouco variado, com a repetição de vários termos que se relacionam (Fernandes, 2003).

Entretanto, ao nível do discurso oral, o Surdo tem tendência a exprimir, directamente, as ideias em função das suas necessidades, não respeitando as regras morfo-sintáticas da Língua, levando o Surdo a considerar que conseguiu comunicar as suas intenções, pondo em segundo plano a correcção linguística. Assim, o discurso oral tem por base uma componente visual, sendo constituído por pequenas partes visuais em que cada uma apresenta uma unidade e uma

vida própria, sem relação entre si. Este facto poderá estar relacionado com a natureza diferente das representações mentais dos Surdos que, baseando-se em imagens, seria muito rica, ao nível interno, mas seguidamente teria enormes dificuldades em transformar-se em verdadeiras representações mentais, dada a inexistência de linguagem (Antunes e Ricou, 1998).

De acordo com Melo et al, (1986), pode-se dizer que o discurso oral dos Surdos caracteriza-se por:

1. produções geralmente curtas;
2. proposições quase sempre declarativas com uma estrutura de frase simples;
3. ausência de ligação entre as diversas frases devido à inexistência de subordinação e coordenação;
4. omissão de grupos sintácticos ou alteração da sua posição no interior da frase;
5. ausência de elementos de ligação, sobretudo preposições e conjunções;
6. falta de concordância entre os diferentes elementos, por exemplo, sujeito e predicado, determinante e nome;
7. existência quase exclusiva de três tempos verbais (passado, presente e futuro), relacionados com a dificuldade na noção de tempo, em virtude da sua ligação com a maturação do sistema nervoso auditivo;
8. quase inexistência de modos verbais e ausência da voz passiva;
9. regularização ou generalização analógica onde aprendida uma regra de construção ela é aplicada a todos os casos.

Em relação à semântica, nota-se:

1. predominância de substantivos e quase ausência de adjectivos e advérbios;
2. palavras com o significado ligado, exactamente a um referente muito concreto;
3. deficiente utilização do conceito em diferentes contextos, com dificuldade no acesso à generalização.

No que respeita à pragmática, nota-se:

1. rigidez de funcionamento;
2. dificuldade na interacção comunicativa;

3. predominância de monólogos e atenção centrada sobre si próprio;
4. dificuldade em seguir conversas com mais do que um interlocutor;
5. confusão quando o tema da conversa muda rapidamente;
6. dificuldade em interpretar e ajustar-se ao feedback dos interlocutores

Por sua vez, segundo Wamae e Kang'ethe-Kamau, (2004), a fala dos Surdos tem como principais características os seguintes aspectos:

1. vozes demasiado agudas ou graves com flutuações de timbre;
2. intensidade de voz mal controlada;
3. falta de ritmo com extrema dificuldade em manter o tempo certo para cada produção fonética;
4. dificuldade na capacidade respiratória e fonatória, com respiração muito irregular, onde os movimentos do diafragma são mal coordenados, assimétricos e arrítmicos, resultando num importante débito de ar e na necessidade de inúmeras inspirações intermédias;
5. dificuldade ou ausência de acentuação com deformações na melodia, acento temporal e dinâmico;
6. dificuldades articulatórias com omissões, quedas de fonemas ou substituição por outros. Estas características revelam portanto que o Surdo dificilmente terá uma linguagem oral igual à do ouvinte.

De acordo com Wamae e Kang'ethe-Kamau (2004), o que se torna relevante para o Surdo é a importância da comunicação oral na compreensão do mundo e na expressão de ideias, pensamentos e sentimentos. Logo a Surdez interfere muito com aspectos cognitivos, psicomotores e afectivos, e a maior ou menor precocidade do diagnóstico da Surdez, diminui muitas das consequências mais negativas da perda auditiva.

Desta forma, segundo Silva et al (2003), o Surdo pode ter capacidade intelectual igual ao ouvinte se adquirir e internalizar uma língua desde muito cedo, assim a aquisição precoce da Língua Gestual pode desempenhar um papel preponderante no desenvolvimento do Surdo. Para o autor, este facto torna-se relevante no caso de Surdos filhos de pais Surdos, nos quais a comunicação gestual foi implementada desde o início, desta forma a existência de um sistema simbólico permitiu o desenvolvimento de diferentes processos de pensamento. Este autor, diz que no Surdo o desenvolvimento afectivo é muito influenciado pela construção da linguagem e principalmente pelas falhas

que podem existir no processo de construção da linguagem, este facto torna-se mais relevante nos Surdos que não têm uma primeira língua estruturada, quer se trate de Língua Oral ou Língua Gestual.

Assim, a afectividade no Surdo pode estar comprometida, desde a gestação, pois, actualmente, está comprovado que o som desempenha um papel importante na base dos afectos e este som é possível de ser detectado pelo feto no último trimestre de gravidez. O Surdo fica assim impossibilitado de reconhecer precocemente a voz da mãe, e mais tarde os ruídos normais da sua casa, comprometendo a geração de estados afectivos e emocionais que permitem ao bebé ouvinte não sentir-se sozinho, mas rodeado num meio para o qual dispõe de mecanismos de defesa. Portanto, o facto de ouvir dá ao Surdo a possibilidade de antecipar acontecimentos, logo de responder a estes acontecimentos de forma mais estruturada. Este processo não acontece no bebé Surdo, uma vez que ele só vai aperceber-se das pessoas e acontecimentos quando estes se encontram no seu campo visual, aumentando a sua sensação de perda na ausência visual da mãe, comprometendo assim o seu sadio desenvolvimento (Antunes e Ricou, 1998).

Entretanto, segundo Silva (2003), poderá existir dificuldades de interacção entre mãe-filho com a reacção da família à descoberta do problema de Surdez, modificando as perspectivas do filho perfeito. Existe assim uma forma de luto do filho perfeito, que é vivenciado pela família, e que passa pela negação até à aceitação, bem como por um novo rumo no identificar das possibilidades do seu filho.

É possível ainda identificar algumas especificidades nas reacções parentais à Surdez, de acordo com (Valmaseda, 1987), o processo de luto na Surdez, é uma crise de identidade e de vínculo que passa por uma sequência de acontecimentos:

1. inadequação, raiva (pela violação de expectativas, pela perda de controle e da liberdade pessoal);
2. culpa (os pais pensam ter feito algo que causou a Surdez);
3. vulnerabilidade (medo pelo reconhecimento da sua vulnerabilidade);
4. confusão (estágios iniciais de aprendizagem são, geralmente confusos e ameaçadores).

Uma das fases mais importantes que a família do Surdo atravessa é a atitude na comunicação para com o Surdo, desta forma existe um frequente quebrar dos laços comunicacionais que se tinham construído antes do conhecimento do problema de Surdez, então os pais ao terem presente a Surdez do filho, depositam neste sentimentos de tristeza, culpa e falta de à vontade em brincadeiras com o filho Surdo. Este facto origina um sentimento de incapacidade dos pais, tendo estes a tendência de depositar nos outros a educação do seu filho Surdo, esta desresponsabilização dos pais cria um afastamento momentâneo, numa das mais importantes etapas de desenvolvimento da criança Surda (Valmaseda, 1987).

Um importante campo de influência dos pais na criança Surda é o da aquisição de regras e valores sociais. Assim, na criança ouvinte, a linguagem tem um papel muito importante para a transmissão destas regras e valores sociais, acontecendo de forma quase imperceptível levando a uma rápida integração comportamental na criança. No entanto, na criança Surda, a informação recebida é fragmentada e por isso alguns dos valores que traduzem concepções morais, filosóficas e outras tornam-se estanques, uma vez que a criança Surda apresenta dificuldades na capacidade de abstracção. Resultando assim, em comportamentos desajustados, instáveis e agressivos que são em parte resultado da dificuldade em exprimir de forma correcta, as suas emoções devido à falta de linguagem verbal. Note-se ainda, que a linguagem revela através de marcas entonatórias e de acentuação, os estados de animo do interlocutor, principalmente variações de proibição ou autorização, no entanto o Surdo não tem acesso a este tipo de informação regulando-se apenas na informação visual, especificamente nas expressões mímicas e corporais (Antunes e Ricou, 1998).

Segundo Antunes e Ricou (1998), observa-se uma atitude muito protectora dos pais da criança Surda, aceitando-se comportamentos algo desajustados. Assim, os pais da criança Surda parecem ter receio de estabelecer regras, alegando a deficiência do filho Surdo, dificultando a percepção correcta das normas sociais. Para estes autores, observa-se também, a dificuldade dos pais em explicarem os motivos de determinados comportamentos sociais, levando a que o Surdo não os compreendam e não os integrem. Então, a relação de pais ouvintes e filhos Surdos vai ficar

fortemente condicionada a apenas aspectos levianos e funcionais, e consecutivamente a consciência do papel do Surdo no grupo familiar tem repercussões no comportamento social.

Na adolescência e juventude advém a consciência de si próprio e da sua identidade, observando-se nesta fase a criação de grupos quase sempre de Surdos, este facto deve-se principalmente à facilidade de comunicação na utilização da Língua Gestual. A construção da identidade do Surdo acontece também, quando o ambiente familiar, escolar e social percebe o Surdo como um indivíduo com especificidades linguísticas e culturais próprias (Silva, 2003).

Assim, o desenvolvimento do Surdo encontra-se quase sempre comprometido pela sua deficiência, tornando-se relevante notar na relação entre inteligência e afectividade na Surdez.

6. SURDEZ, INTELIGÊNCIA E AFECTIVIDADE

A falta de domínio de uma língua causa, como já referido anteriormente, grandes dificuldades a nível cognitivo, afectivo e para o convívio dos Surdos nesta sociedade oral. Estas dificuldades dos Surdos fundamentam-se na ideia de que é a fala que vai possibilitar ao indivíduo, seja ouvinte ou Surdo, o desenvolvimento cognitivo e as relações sociais nas quais os aspectos afectivos e emocionais vão-se lentamente estruturando. Igualmente, na história da educação dos Surdos a fala adquire um papel muito relevante. Desde os tempos da antiguidade a fala estava directamente relacionada à capacidade de pensar, e os Surdos teriam que desenvolver a fala de forma a integrarem-se na sociedade de ouvintes. Assim, a dificuldade do Surdo em entender a Língua Oral era motivo para comportamentos de agressividade, agitação motora e nervosismo (Myklebust, 1975).

Myklebust (1975), refere estudos que consideravam o nível geral da inteligência da criança Surda inferior à da ouvinte. Assim, para este autor a Surdez causa alterações que afectam o cérebro e levam à diminuição do nível cognitivo. No entanto, as doenças (como a Meningite e a Rubéola, que podem causar Surdez) bem como os factores genéticos, originam défices cognitivos tanto em Surdos como em Ouvintes. Deste modo, este autor observa igual

incidência de défices cognitivos nos dois grupos, independentemente do facto de ser Surdo ou ouvinte.

Entretanto, o problema da relação entre Surdez e inteligência envolve algumas questões em volta da natureza do desenvolvimento mental e da capacidade intelectual.

Myklebust (1975), diz que é possível que as experiências não verbais tenham um papel fundamental no desenvolvimento mental da criança Surda, desta forma a grande questão para este autor está na conexão entre linguagem e inteligência, portanto conclui que se a linguagem tem um papel importante nos processos psicológicos e de aprendizagem, parece óbvio que a linha de evolução mental e das funções intelectuais da criança Surda não percorre de igual modo a da criança ouvinte.

Por outro lado, segundo Marchesi (1995), este autor diz que a criança percebe o mundo também mediante a linguagem, que se transforma numa parte fundamental do desenvolvimento cognitivo da criança. A linguagem serve então para planejar e regular a acção humana, desta forma a criança Surda pode ter capacidade intelectual idêntica à da ouvinte, se adquirir e internalizar uma língua desde pequena.

Verifica-se em relação à inteligência, que até 1980, os testes eram praticamente os únicos instrumentos de avaliação do indivíduo e os resultados eram generalizados, como se o Surdo tivesse características próprias de personalidade e défices de inteligência. De forma a avaliar o nível de inteligência, o teste mais utilizado era o Weschsler Intelligence Scale for Children (WISC), sendo muito usado com crianças Surdas no Estados Unidos (Sullivan, 1992).

Pode observar-se, que neste teste excluía-se os subtestes verbais, sendo aplicados unicamente os subtestes de execução, os quais consistem em medição não verbal da habilidade cognitiva, no entanto estes testes eram administrados verbalmente. Entretanto, os testes psicológicos que dependem da linguagem verbal para avaliar a inteligência são válidos para constatar as dificuldades de linguagem da criança com Surdez e não exactamente para considerar a sua inteligência. Surgiram então estudos em que se faziam alterações na forma de administrar o teste, utilizando-se a Língua de Sinais, o

que resultava em níveis de Quociente de Inteligência significativamente mais elevados (Sullivan, 1992).

Nota-se portanto, que a criança Surda pode apresentar dificuldades na aquisição do conhecimento, dado que a capacidade de receber informação encontra-se muito comprometida, porque a maior parte da informação é transmitida por meios que utilizam a Língua Oral. Contudo, a dificuldade na Língua Oral também pode ser responsabilizada pelo facto de que grande parte dos Surdos falha na formulação de hipóteses de raciocínio sobre proposições porque são habilidades intelectuais nas quais a linguagem tem um papel fundamental. Desta forma, nos estudos que tinham por base as ideias formuladas por Piaget, os Surdos, em comparação aos ouvintes, eram avaliados como possuindo um pensamento mais ligado àquilo que era directamente percebido, mais concreto e com menor capacidade de pensamento abstracto e hipotético (Marchesi, 1995).

No aspecto emocional e como já referido anteriormente, Souza (1986) diz que relativamente à época em que predominava o método oral, diferentes autores, investigadores das características de personalidade do Surdo, apontavam para traços afectivos como imaturidade, agressividade, impulsividade, irritabilidade fácil, falta de preocupação com os outros e dificuldade de empatia.

Mais tarde, de acordo com Lane (1992), refere que o conjunto de características atribuídas aos Surdos em relação aos aspectos emocionais e comportamentais, resultantes da avaliação psicológica, referem igualmente os Surdos como sendo considerados agressivos, imaturos, impulsivos, com falta de iniciativa, possessivos, rígidos, teimosos, desconfiados, emocionalmente perturbados, facilmente irritáveis, temperamentais, sem sentimentos e com a personalidade pouco desenvolvida.

Contudo, Lane (1992), diz que existem diferenças de observação dos resultados das características de personalidade dos Surdos por parte de alguns autores, assim enquanto uns autores vêem os Surdos como agressivos outros vêem como ingénuos, outros astutos, imparciais, explosivos e tímidos, teimosos e submissos, desconfiados e confiantes.

Entretanto, estudos mais recentes dizem que os princípios gerais que regem o desenvolvimento devem ser, no caso das crianças Surdas os mesmos

que os das crianças ouvintes. Portanto, os problemas afectivos e psicológicos atribuídos aos Surdos, podem começar na falta de comunicação dentro do contexto familiar nos primeiros anos de vida. Assim, esta falta de comunicação familiar, vai depender de como a família reage à Surdez e como consegue elaborar o luto do filho perfeito, alterando todas as expectativas em relação a ele (Skliar,1997).

Segundo Skliar (1997), a observação de famílias cujos pais eram Surdos mostrou uma melhor aceitação dos filhos Surdos bem como a aprendizagem desde cedo da Língua Gestual, apresentando melhor performance académica, melhores habilidades para a aprendizagem da Língua Oral e Escrita, níveis de leitura idênticos aos do ouvinte, uma identidade equilibrada, não apresentando problemas sociais e afectivos na mesma percentagem que filhos Surdos de pais ouvintes.

Brill (1977) estudou a relação entre linguagem e inteligência num grupo de quarenta e cinco crianças Surdas, filhas de pais Surdos e demonstrou que elas tinham um coeficiente intelectual superior, o que não se verificava com crianças Surdas, filhas de pais ouvintes. Este autor concluiu que, os resultados evidenciados devem-se à oportunidade que as crianças Surdas, filhas de pais Surdos tiveram ao aprenderem a língua Gestual desde cedo. Portanto, a aquisição de um sistema de símbolos possibilitou às crianças desenvolver os diferentes processos de pensamento.

De acordo com Lacerda (1996), baseando-se em Vygotski, diz que, o Surdo não se vê imerso num mundo de silêncio, o Surdo só percebe o que o rodeia indirectamente, como resultado da sua vivência social o que acaba reflectindo nele mesmo, assim os Surdos vivem a sua Surdez diferentemente segundo as suas experiências, portanto, o que torna a vida da criança Surda mais difícil não é o próprio défice mas o modo como as pessoas reagem à sua Surdez.

Estudos realizados em escolas para crianças Surdas, dizem que o desenvolvimento da criança Surda, incluindo o desenvolvimento da coordenação motora, encontra-se um pouco abaixo da sua idade cronológica, devido a factores orgânicos (perda auditiva) e factores psicogênicos (instabilidade emocional). Observando-se nas crianças Surdas dificuldades na organização da linguagem e na aprendizagem do vocabulário, possuindo uma

expressão oral muito reduzida recorrendo a muita explicação para compreenderem a informação transmitida (Skiliar,1997).

Por sua vez, Behares (1993), diz que o Surdo é basicamente como o ouvinte, no entanto o facto de um número reduzido de Surdos obterem sucesso pelo método oral e os objectivos pedagógicos não serem alcançados satisfatoriamente contribui para que o Surdo seja visto como incapaz. Para o autor, este facto pode ser observado no meio educacional, que faz uma imagem do Surdo considerando algumas características intrínsecas à Surdez, e não como consequência de uma falha ou fracasso do método utilizado na sua educação.

Recentemente com a utilização do uso de sinais na educação do Surdos, nota-se uma diferença em relação ao que a literatura refere e no que se observa. Assim, os Surdos adquirem competências na linguagem, principalmente através da Língua de Sinais, possibilitando um desenvolvimento semelhante ao do ouvinte (Skiliar, 1997).

7. SURDEZ E APOIO PARENTAL

A família desempenha um papel decisivo no desenvolvimento da criança Surda, torna-se portanto importante observar mais atentamente, os mecanismos do comportamento parental em relação à Surdez.

Assim, é de notar que cerca de noventa por cento das crianças Surdas são filhos de pais ouvintes e como já referido, a presença de uma criança Surda numa família de ouvintes interfere com todos os parentes mais chegados. Desta forma a família é forçada a fazer grandes mudanças na sua organização e a relação pais-filho poderá ser afectada. Portanto, poderá existir uma diminuição da quantidade de interacções pais-filho. Entretanto, os pais podem levar algum tempo a aceitarem o diagnóstico, a compreender as implicações e a iniciarem uma mudança de comportamento de forma a adaptarem-se melhor às necessidades do filho Surdo. Observa-se assim, uma grande necessidade dos pais em comunicar com os seus filhos, produzindo nos pais do filho Surdo emoções complexas, que incluem sofrimento, tristeza, confusão, culpa e raiva. Verifica-se, que inicialmente predomina um sentimento

de impotência relativamente à tarefa de educar o filho que está ligada a uma paralisia da acção por parte dos pais. A sensação de estar perdido e sem saída é comum a muitas pessoas que recebem do médico um diagnóstico de Surdez do seu filho, estes sentimentos são frequentemente acompanhados pela sensação de confusão e pânico (Ledeborg e Prezbindowski, 2000).

Conjuntamente com estes sentimentos advêm sentimentos de culpa que leva os pais a procurar continuamente uma causa para a Surdez. Esta culpabilidade é muitas vezes o disfarce de outras preocupações que dizem respeito à forma como os adultos integram o desejo de ter filhos saudáveis, que se identifiquem aos próprios pais. Depois desta fase de sofrimento, os pais entram num período de negação, como uma forma de defesa para o sofrimento passado e tentam negar ou diminuir o diagnóstico indo ao encontro de outro diagnóstico ou outras opiniões. Na fase seguinte os pais começam a admitir e a aceitar o facto do seu filho ser Surdo e reorganizam o seu estilo de vida, contudo, este reconhecimento e acção construtiva é um processo que percorre toda a vida e está em constante transformação à medida que as situações se modificam (Lorent, 1996).

Os pais dos filhos Surdos, irão passar por níveis de stress muito superiores aos de outros pais, pois são confrontados com inúmeros factores difíceis de gerir e que requerem uma grande capacidade de adaptação (Costa, 2000).

Portanto, segundo estes autores, o factor primordial no desenvolvimento da criança Surda é a comunicação, assim alguns problemas comportamentais da criança Surda, que os pais descrevem como frustrantes tanto para eles como para a criança Surda, parecem ser resultado de barreiras comunicacionais. Estas barreiras surgem da falta de conhecimento do sistema comunicativo adequado. Assim, parece ser importante os pais de crianças Surdas reconhecerem o mais cedo possível a importância da comunicação na redução dos problemas de comportamento.

8. REALIDADE ACTUAL DA SURDEZ

Segundo Delgado-Martins (1985), a situação actual da problemática da Surdez em Portugal, de acordo com o Relatório dos Apoios Educativos de 2002/03, a nível nacional, de um total de 38 396 sujeitos identificados como tendo Necessidades Educativas Especiais, de âmbito prolongado, apenas 1866 apresentavam problemas de audição. Para este autor, no que respeita à área de intervenção da Direcção Regional de Educação do Norte, o número de sujeitos com Surdez moderada, severa e profunda apoiados neste período situava-se em 607 indivíduos Surdos, correspondendo a cerca de cinco por cento do total de alunos com Necessidades Educativas Especiais, de carácter prolongado (10 480).

Observa-se assim, que a Surdez é uma deficiência de alta intensidade mas com baixa incidência.

Segundo Colôa (2003), verifica-se a nível nacional, por distribuição etária, que a grande percentagem de alunos com Surdez seguidos pelo Núcleo de Necessidades Educativas Especiais, se situa na faixa da escolaridade obrigatória, entre os 6 e 15 anos (1 239 alunos) seguindo-se a população entre os 16 e os 18 anos (269 alunos). Segundo este autor, nota-se que a faixa de intervenção precoce na Surdez, dos 0 aos 2 anos, é bastante reduzida (44 alunos), apontando possivelmente para um diagnóstico tardio da Surdez.

No que concerne ao modo de comunicação usado, os dados apontam para que cerca de trinta e dois por cento dos alunos Surdos seguidos nas Necessidades Educativas Especiais utilizam principalmente a Língua Oral e somente doze por cento a Língua Gestual. No entanto essa utilização é muito rudimentar já que, ao nível pré-escolar, a maioria dos alunos Surdos que utilizam a Língua Oral, usam palavras isoladas, e os alunos Surdos que utilizam a Língua Gestual na sua maioria empregam gestos isolados. Estes resultados denotam que os alunos Surdos não dominam competências comunicativas básicas, com consequências negativas para o seu desenvolvimento (Delgado-Martins, 1985).

Este facto, deve-se também à deficiente formação, em Língua Gestual, da maioria dos profissionais de educação e também ao reduzido número de intérpretes de Língua Gestual Portuguesa (Reis e Oliveira, 2000).

Entretanto, existe actualmente algum investimento ao nível das Unidades de Apoio a Surdos, mas existem ainda muitos alunos Surdos que não se encontram inseridos dentro desta estrutura, relativamente a estes alunos Surdos, a nível nacional, observa-se que têm apenas três horas semanais de apoio em Língua Gestual sendo portanto insuficiente. Observa-se também, que um grande número de alunos Surdos tem apenas uma hora semanal de apoio em Língua Gestual, aumentando portanto as dificuldades de comunicação destes alunos Surdos (Reis e Gil, 2003).

No que respeita à inserção escolar, observa-se segundo dados de 2003, a nível nacional, que a maioria dos alunos Surdos se encontra nos segundo e terceiro ciclos (trinta e sete por cento) sendo que este valor encontra-se próximo do que ocorre no primeiro ciclo (trinta e seis por cento). Nota-se ainda que cinquenta e seis por cento dos alunos Surdos estão inseridos apenas em turmas só de ouvintes e apenas vinte e seis por cento frequentam turmas com outros alunos Surdos (Côloa, 2003).

Segundo Reis e Gil (2003), o conjunto de alunos que não estão inseridos na Unidade de Apoio a Surdos, quarenta e dois por cento é portadora de Surdez média, trinta e quatro por cento é portadora de Surdez severa e vinte e quatro por cento de Surdez profunda.

Ricou et al (1999), constataram a necessidade de criação de espaços especializados, dentro do Serviço Nacional de Saúde, onde as pessoas possam ter oportunidade de falar sobre as suas angústias e dificuldades, sobretudo aquelas com maiores dificuldades de expressão no contexto dos cuidados de saúde. Assim, estes autores notam a inexistência de formação específica no contacto com pessoas Surdas, ao nível do atendimento nos cuidados de saúde, por parte do pessoal administrativo até ao pessoal médico. Estes autores, observaram também, a existência de uma falta de informação dos Surdos, sobre as características da deficiência auditiva, principalmente relacionado com o grau de perda auditiva e ao tipo de Surdez. Parece também evidente para os autores, que os Surdos não possuem um conhecimento objectivo sobre as diferentes perspectivas de reabilitação existentes,

observando-se uma clara tendência para o não recurso aos diferentes serviços disponíveis. Este facto pode ser constatado, nos indivíduos que sofrem de Surdez congénita os quais não optaram pelo recurso a outras técnicas de reabilitação que não a prótese auditiva, e mesmo estes não o fazem de uma forma efectiva.

A tendência actual revela que o recurso aos serviços de saúde privados na área da Surdez, é de cerca de trinta e cinco por cento contra os cinquenta por cento dos serviços de saúde públicos, o que, tomando em consideração o baixo nível socioeconómico dos indivíduos Surdos reflectidos nestas percentagens, mostra que na área da Surdez existe um grande recurso aos serviços de saúde privados. Este facto poderá estar relacionado com a percepção na qualidade de atendimento ser superior nos serviços privados. Aliás, a importância desta constatação é acrescida, uma vez que, relativamente ao esclarecimento prestado no que respeita às características da deficiência, bem como, à resolução do problema, observa-se uma clara superioridade junto dos Surdos que recorreram aos serviços de saúde privados. Assim, constata-se que a informação sobre as características da Surdez é reduzida, bem como a reabilitação é deficiente. Portanto, a percepção de melhores resultados nos serviços privados, poderá ficar a dever-se principalmente à melhoria do atendimento, uma vez que se verifica uma grande falta de informação junto dos indivíduos Surdos (Ricou et al, 1999).

Assim, um tratamento mais personalizado, com o estabelecimento de uma relação profissional mais próxima, bem como uma maior disponibilidade para atenuar as angústias do Surdo, parece ser essencial para criar um clima de confiança e segurança diminuindo as angústias decorrentes da falta de audição, seja esta adquirida ou congénita (Arfouilloux, 1980).

De acordo com Koch et al (1997), provavelmente a existência de equipas multidisciplinares na reabilitação dos Surdos ainda está longe de ser uma realidade, apenas assim, poderá fazer sentido que indivíduos confrontados com a falta de audição não tenham conhecimento sobre a importância do papel a desempenhar pelos diferentes profissionais de saúde nesta área. Portanto é evidente, que só uma equipa multidisciplinar formada por Médicos Otorrinolaringologistas, Psicólogos, Audiometristas, Terapeutas da Fala, Assistentes Sociais, Médicos de Clínica Geral e Enfermeiros

especializados, poderão dar uma resposta efectiva no sentido de minorar as consequências devastadoras que a perda de audição implica para o indivíduo.

Entretanto, em alguns países, como os Estados Unidos e o Reino Unido, a reabilitação dos Surdos é efectiva e eficiente, existindo estruturas que possibilitam que os Surdos atinjam níveis de diferenciação equivalentes aos indivíduos que ouvem, em Portugal tal não se verifica. A situação dos Surdos em Portugal pode ser observada através do nível de ensino atingido, sendo que são poucos os Surdos que atingiram um nível de ensino superior, uma vez que a maioria tem apenas o ensino obrigatório (Ricou et al, 1998).

A realidade dos Surdos em Portugal, não se explica por uma menor capacidade dos Surdos Portugueses, mas sim às deficientes estruturas e organizações que se dedicam ao ensino desta população. Note-se que, apesar do excelente trabalho desempenhado pelas Associações de Surdos, não existe um movimento aglutinador, a nível nacional, que permita que a comunidade Surda se una com o objectivo de obterem uma melhor formação e integração na sociedade Portuguesa (Melo, 1998).

Assim, segundo Nunes e Rodrigues (1998), a escolha de qualquer tipo de reabilitação será sempre um problema para os pais que se depararam com a Surdez dos seus filhos, desta forma os pais adoptam o conceito de autonomia familiar e constituem-se os legítimos representantes da criança Surda, escolhendo o método de reabilitação a utilizar.

A situação actual do Surdo, pressupõe equacionar a construção de um real bilinguismo que passa pela exposição o mais precoce e natural possível da criança Surda a modelos Surdos (pares e adultos) de forma a que a aprendizagem da Língua Gestual seja encarada como a primeira Língua, agindo como factor importante no desenvolvimento do Surdo.

Para isso, tem de existir uma alteração do apoio à família dos Surdos principalmente quando os pais são ouvintes, de maneira a que estes possam fazer uma escolha consciente dos modelos comunicativos e da inserção educativa. O apoio à família dos Surdos deve englobar também a formação contínua no domínio da Língua Gestual para que as interacções familiares sejam mais adequadas. Note-se ainda, a importância de recursos humanos eficientes e capazes na formação em Língua Gestual.

Pode-se concluir que, no sentido de reduzir as consequências da Surdez, é fundamental, em primeiro lugar, efectuar um esclarecimento claro das possibilidades de reabilitação existentes. Esse esclarecimento deverá ser pró-activo, ou seja, deverá resultar de um processo de mútuo conhecimento entre a equipa de reabilitação, o Surdo e a sua família. Este facto poderá originar uma redução das barreiras comunicacionais entre o Surdo e o ouvinte, permitindo ao Surdo exercer a sua autonomia de uma forma livre e esclarecida (Nunes e Rodrigues, 1998).

CAPÍTULO 2 – SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA

Capacitar o cidadão para lidar com os acontecimentos de vida stressantes é uma preocupação que dirigirá as políticas de saúde do próximo milénio. Relativamente à saúde pública, a prevenção das reacções adversas de natureza física e mental, resultantes do stress causado pelos acontecimentos de vida, representa um passo importante na humanização e qualidade dos serviços prestados (WHO, 1997).

Assim, recentemente o conceito de Antonovsky (1987), o Sentido Interno de Coerência, foi transferido para o âmbito da promoção da saúde, inserindo-o nas linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção de saúde mental do século XXI. A importância das conclusões envolvendo o Sentido Interno de Coerência do indivíduo, levou à introdução do conceito nos documentos da Organização Mundial de Saúde e nas linhas orientadoras das macro-políticas de promoção da saúde mental do século XXI (WHO, 1997).

Assim, de acordo com Nunes (1999), o conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo que facilitam a resolução de problemas e a gestão do stress da vida, desempenhando uma acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

Surge deste contexto o Paradigma Patogénico, que implicou o desenvolvimento das ciências que têm como objecto de estudo a saúde. O conceito de saúde evolui a partir de uma vaga ausência de doença e um incompleto bem-estar, mostrando as profundas limitações do Paradigma Patogénico e insistiu na necessidade de uma estrutura teórica baseada no bem-estar por forma a compreender melhor o real significado do conceito de Saúde. Assim, o Paradigma Salutogénico nasce lentamente como uma proposta alternativa de saúde, resultado do desenvolvimento em simultâneo de vários construtos, entre eles, o *locus of control* (Rotter, 1966), *social interest* (Crandall, 1984), *personality hardiness* (Kobasa, 1979 e Coopersmith, 1967), *potency* (Bensira, 1985), entre outros (Nunes, 1999).

Os construtos enumerados pretendem compreender a gestão do stress e a manutenção da saúde.

1. PARADIGMA PATOGÉNICO

A influência do modelo bio-médico estruturado pelo paradigma patogénico acentua o anormal e disfuncional. Portanto, a orientação patogénica progride para a descoberta daquilo que leva ao aparecimento da doença. Assim, esta compreensão permite descobrir formas de combater e prevenir as doenças. Na génese deste paradigma, está a assunção de que as doenças são causadas por agentes físicos, bioquímicos, microbiológicos, sociais e psicológicos, tendo várias teorias desenvolvido esta noção básica. Recentemente, o paradigma patogénico encontra a sua importância na determinação dos factores de risco e apresenta como base conceptual o conceito de *homeostase* do organismo. Sendo que o organismo humano mantém-se numa condição estável pela acção de vários mecanismos de regulação complexa. Esta estabilidade pode estar comprometida pela acção de agentes patogénicos que inviabilizam a acção dos mecanismos de regulação (Cannon, 1939).

2. PARADIGMA SALUTOGÉNICO

Completando a compreensão da *saúde* do paradigma patogénico, o paradigma salutogénico emerge através de publicações científicas nas áreas da medicina, sociologia e psicologia.

Desta forma, é com Super (1955), que se encontra uma das mais antigas referências do paradigma salutogénico ao fazer a distinção entre a higiologia e a psicopatologia.

Segundo Rotter (1954), dando ênfase à *aprendizagem social*, pode também ser considerado como um dos precursores do pensamento salutogénico, assim como White (1959), com o conceito de *motivação competente*, que mais tarde foi desenvolvido por Deci (1975), numa concepção intrínseca motivacional enfatizando a competência e a autodeterminação.

Contudo, é devido a Antonovsky que se desenvolve este novo paradigma, que auxilia a saúde e os acontecimentos de vida stressantes fora do determinismo bio-médico, constituindo-se assim, o Modelo Salutogénico. O

modelo Salutogénico de Antonovsky representa um modelo alternativo ao modelo patogénico. Contrariamente ao modelo patogénico, o modelo salutogénico procura os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social (Nunes, 1999).

Salutogénese e Stressores

A teoria do Stress está associada à teoria dos acontecimentos de vida, que analisa os diferentes efeitos que os elementos stressores provocam nos indivíduos, estes são responsáveis pelo desencadear de respostas que têm em si elementos prejudiciais ou favoráveis à promoção da saúde dos indivíduos Selye (1974).

Segundo Selye (1974), a síndrome geral de adaptação assenta na concepção de *homeostase*: este conceito enquadra-se no modelo biomédico de saúde e doença, segundo o qual o indivíduo é essencialmente saudável, sendo agredido por agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida inadequados e perigosos.

Assim, perde-se a *homeostase* do organismo, necessitando o indivíduo de ser curado e alvo da intervenção do profissional de saúde, para reencontrar esse equilíbrio. Entretanto, o sucesso de uma boa estratégia de *coping* depende da capacidade de mobilização dos três tipos de respostas (comportamental, emocional e cognitiva). Certos indivíduos reagem melhor ao mesmo acontecimento stressante do que outros, sendo o estado geral de saúde dos elementos de um grupo etário diferentemente afectado pelo mesmo estímulo. Considera-se, habitualmente, a noção de saúde através desta perspectiva bio-médica, na qual o conceito de doença é omnipresente. No entanto, como revelou Lazarus, o stress é uma doença social, e foge ao enquadramento bio-médico tradicional que rege a saúde (Lazarus, 1997).

De acordo com Monroe (1982), uma das características da investigação relacionada com o stress é, sem dúvida, a ênfase colocada na relação que se estabelece entre os acontecimentos de vida causadores de stress e o seu impacto sobre a doença.

No entanto, embora a relação entre o stress e a doença seja estatisticamente significativa, é consistentemente baixa. Assim, observa-se que somente nove por cento da variância é explicada pela correlação existente entre estes acontecimentos e a doença (Taylor, 1986).

Com o resultado desta evolução, extinguiu-se a ideia, de que a ausência de elementos stressantes era condição base para uma boa saúde mental. Foram, então, refinados os modelos que estudam o stress, sendo incorporados o conceito de vulnerabilidade diferenciada e a influência de vários recursos de resistência como *stress buffers* (Korotkov, 1993, Carmel, 1991).

Desta forma, na última década verifica-se um distanciamento relativamente ao estudo das relações directas entre os acontecimentos de vida e a doença, dando-se mais ênfase ao estudo das variáveis que influenciam a força e a direcção da relação que existe entre o stress e a saúde. Estas variáveis preventivas e auto-reguladoras passaram a chamar-se de *moderadores de stress, recursos, ou variáveis tampão (buffer variables)*, como já se referiu anteriormente, como exemplos, o optimismo, o locus de controlo, a personalidade robusta ou o sentido de humor, sendo incluído também o Sentido Interno de Coerência, por alguns autores neste grupo de variáveis (Korotkov, 1993, Carmel, 1991).

Segundo Antonovsky (1987), o ser humano encontra-se num estado de *desequilíbrio dinâmico hetero-estático*, salientando a predominância da condição patológica da humanidade ao acentuar, com base num quadro de estatísticas, que um terço ou a maioria da população de uma sociedade industrial é caracterizada por uma condição mórbida, e por isso definida clinicamente ou epidemiologicamente como *normal*.

Fried (1982), introduziu a tipologia tricotómica de stress:

1- stress agudo: consequência de crises ou acontecimentos de vida stressantes que afectam indivíduos ou populações com uma premência que exige uma resposta imediata;

2- stress crónico-catastrófico: resultante de condições stressantes crónicas que afectam grupos populacionais;

3- stress endémico: caracterizado por uma condição de mudanças abundantes e constantes, solicitações, ameaças ou privações, usualmente de pouco impacto mas acompanhando os acontecimentos do dia a dia.

Entretanto, Fried (1982) deu ênfase às diversas origens do stress endémico nos factos de ordem económica, política, social, físico-ambiental, psicológica e fisiológica, salientando o seu papel cumulativo e o impacto consequente, reflectindo-se em alterações do comportamento social.

Antonovsky (1979), colocou-se nesta linha de pensamento salientando que, mesmo as pessoas com uma vida desafogada e com ambientes optimizados são expostas a stressores. Por exemplo, o acidente, que é imanente a todas as sociedades independentemente das precauções que se tomem, tem o seu reflexo não só nas vítimas directas, mas também sobre aqueles que sobrevivem ou aqueles que lhes são mais chegados, sendo assim afectados pelo stress psicossocial.

Assim, Antonovsky (1979) refere que estava consciente do impacto que as condições de vida podem ter sobre certos grupos que constituem, pela sua condição, a maior parte dos habitantes da terra, pesquisando aqueles que são atingidos pela pobreza e pela marginalização, como por exemplo, os negros norte-americanos, as mulheres sobreviventes aos campos de concentração nazi, ou ainda os judeus vivendo na miséria extrema antes do estabelecimento do estado de Israel. Este autor salientou a capacidade que demonstravam estes indivíduos ao encontrar *coerência interna* na sua vida, apesar das perdas às quais tinham estado sujeitos. Chegando este autor à conclusão, da omnipresença dos agentes stressores na condição humana, e à sua inevitável consequência destruidora.

No entanto, assiste-se à capacidade de resistência dos indivíduos envolvidos e à compreensão que sustenta a sobrevivência do ser humano, bem como a capacidade de sobrevivência (Antonovsky, 1979). Este facto levou Antonovsky à definição dos Recursos Generalizados de Resistência.

Recursos Generalizados de Resistência

Os Recursos Generalizados de Resistência (RGR) oferecem ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da acção e pela possibilidade de fazer um balanço positivo ou negativo da sua acção. Os

Recursos Generalizados de Resistência facilitam a gestão dos agentes stressores que afectam o indivíduo, articulando o sentido da sua existência e o sentido dos acontecimentos que desencadeiam o desenvolvimento de um Sentido Interno de Coerência forte (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987), descreve alguns Recursos Generalizados de Resistência que facilitam a gestão da tensão numa situação de stress, estes podem ser agrupados em várias dimensões:

1. RGR físicos ou bioquímicos;
2. RGR materiais (recursos monetários, status, etc.);
3. RGR cognitivos (inteligência, conhecimento, etc.);
4. RGR emocionais (auto-conceito, ego, etc.);
5. RGR interpessoais (apoio social, etc.);
6. RGR macro socioculturais, construídos com base nas soluções oferecidas pela cultura e estrutura social (pertença política, convicção religiosa, etc.).

Portanto, de acordo com Antonovsky (1987), a existência dos indivíduos, através de um conjunto de comportamentos concretos, construída a partir de experiências de sucesso relacionadas com diversas situações, manifesta-se então por uma maior ou menor capacidade de compreensão, de gestão e de investimento.

Assim, os Recursos Generalizados de Resistência, bem como os recursos específicos de resistência (RER) estão apenas potencialmente disponíveis, cabendo ao indivíduo activá-los face aos stressores e patogenes. Assim, as pessoas com um forte Sentido Interno de Coerência estão mais aptas a manifestar compressão e conhecimento para explorar os recursos que dispõem. São as experiências específicas da vida, às quais Antonovsky chama recursos generalizados da resistência, que determinam o Sentido Interno de Coerência. Portanto, os Recursos Generalizados de Resistência são um conjunto de recursos que permitem aos sujeitos compreender o seu mundo, organizá-los e estruturá-los de acordo com o seu Sentido Interno de Coerência. Estes são também, uma fonte de estimulação à execução de comportamentos adaptativos, levando à definição de estratégias de coping (Antonovsky, 1987).

Da Entropia para a Negantropia

Segundo Antonovsky (1987), a antítese saúde e doença deve ser entendida como um espaço num contínuo com dois limites: disfuncionalidade/funcionalidade (ilustração 1) e no qual existe um conjunto de factores/dimensões que influenciam a posição do sujeito no contínuo.

É proposto, no lugar do modelo homeostático de saúde do paradigma patogénico (baseado na busca dos factores que conduzem à doença), um modelo no qual são procurados os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com a saúde que tem, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social. Assim, em vez de elementos distintos, a saúde e a doença são integradas num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus pólos (Antonovsky, 1987).

Sustentando o constructo de Antonovsky (1987) encontra-se o modelo entrópico de saúde. Neste modelo, a saúde é resultante da acção estratégica do sujeito na gestão de recursos internos na negantropia; isto é, na acção estratégica de recursos no sentido da diminuição da desordem. São então colocadas em evidência as predisposições do indivíduo (por exemplo, hereditárias, sociais), que associadas aos Recursos Generalizados de Resistência, são responsáveis pela regulação das perturbações patogénicas, que levam os indivíduos à situação de doença e morte. Assim, passa-se de um modelo patogénico, em que os agentes patogénicos são combatidos pela defesa orgânica interna onde também são questionados os hábitos e estilos de vida como causas próximas da doença ou morte, para o modelo salutogénico.

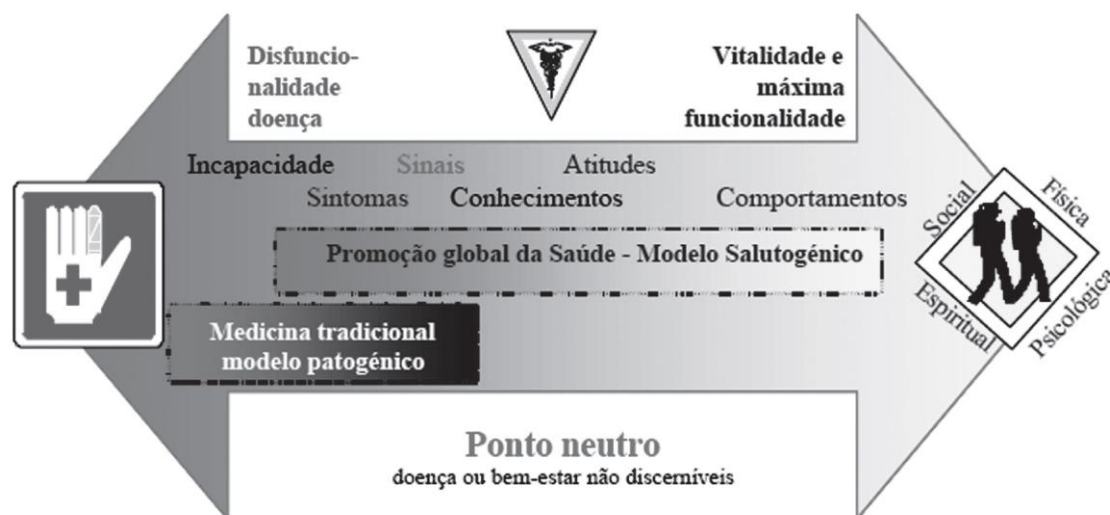


Ilustração 2: A saúde como um espaço de convergência de várias dimensões num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima. Fonte: Nunes, 1999.

3. MODELO DO SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA

Elementos caracterizadores

De acordo com Antonovsky (1987), os elementos caracterizadores do seu modelo de análise, apresenta seis pontos essenciais:

1. Superação do reduativismo da etiologia da doença e passagem a uma consideração da experiência totalizadora da vida do indivíduo; rejeição da classificação dicotómica (pessoas saudáveis e doentes) e estabelecimento de um contínuo multidimensional: disfuncional/funcional;

2. Em vez de procurar as causas da doença (nos stressores) é importante questionar acerca dos factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no contínuo, rumo ao extremo da saúde.

3. Nunca se poderão anular os factores ansiolíticos da vida quotidiana, mas é possível reduzir o seu impacto. Torna-se importante averiguar o que reveste positivamente um factor ansiolítico, deixando de considerar os stressores como naturalmente negativos passando a ser considerados como revestidos de consequências saudáveis;

4. Procurar captar os factores que são susceptíveis de influenciar negantropicamente um organismo no seu ambiente;

5. Ultrapassar o redutivismo da categorização e procurar nos casos desviantes a inspiração de uma compreensão alargada do bem-estar do indivíduo;

Definição e Componentes

Antonovsky (1979) desenvolve o conceito de Sentido Interno de Coerência (sense of coherence - SIC) como constructo central do modelo salutogénico, referindo-se a uma orientação global expressa pelos sujeitos relativamente ao seu contexto interno e externo.

O contexto cultural, social e histórico, assim como as experiências de vida são bases fundamentais nos diferentes graus do sistema interno de coerência dos sujeitos (Heiman, 2004).

De acordo com Antonovsky (1984) cada indivíduo encontra-se num contínuo, a partir de uma estrutura cognitivo, emocional e social, que ele designa por Sentido Interno de Coerência (SIC). Assim, o Sentido Interno de Coerência, não se refere a um tipo específico de estratégias de coping, mas aos factores, que nas diferentes culturas funcionaram como estratégias de coping.

Para Antonovsky (1984), o Sentido Interno de Coerência do indivíduo define-se como, uma orientação global, que define a capacidade com a qual o indivíduo, com um firme sentimento de confiança enfrenta os estímulos emanados dos meios internos ou externo da sua existência, como estruturados, predictíveis e explicáveis (capacidade de compreensão), onde o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão) e que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo (capacidade de investimento) (Antonovsky, 1984).

Desta forma, a capacidade de compreensão, refere-se à maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. A capacidade de gestão, refere-se à

percepção que o indivíduo desenvolve acerca dos recursos pessoais ou sociais, que estão ao seu alcance, para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Assim, quanto mais elevado o sentido de gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e menos considera a vida como adversa. Por último, a capacidade de investimento, refere a capacidade de sentido que o sujeito retira dos acontecimentos de vida, e por isso encontra razão para neles investir a sua energia e interesse (Antonovsky, 1984).

O Sentido Interno de Coerência, assume assim um carácter cognitivo, afectivo e informacional que permite ao indivíduo recuperar a ordem e coerência, ao integrar positivamente, esse acontecimento na sua experiência de vida.

Operacionalização

A elaboração teórica do conceito apresentado por Antonovsky, o Sentido Interno de Coerência, surgiu a partir do desenvolvimento de cinquenta e uma entrevistas aprofundadas que Antonovsky desenvolveu junto de indivíduos que tinham passado por acontecimentos de vida bastante desorganizadores. Assim, tentando compreender como estes indivíduos percebiam a sua própria experiência de vida, Antonovsky desenvolveu várias centenas de itens, abrangendo para além das três componentes do seu conceito (compreensão, gestão, investimento) a noção de Recursos Generalizados de Resistência (Antonovsky, 1987).

Entretanto, depois da análise dos itens elaborados numa primeira fase do seu estudo qualitativo, Antonovsky construiu o *Questionário Orientação para Viver*, composto por vinte e nove itens, exprimindo-se a resposta sobre um referencial semântico posicionado entre duas frases de referência, para medir o Sentido Interno de Coerência com as seguintes características psicométricas: Elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.84 a 0.93); Validade convergente com o locus de Controlo Interno - Externo ($r = + 0.39$); Validade discriminante com o Sarason Teste de Ansiedade ($r = 0.21$). Completando este quadro teórico de conceptualização, cada uma das componentes do Sentido

Interno de Coerência pode possuir um valor alto ou baixo. Assim é possível encontrar oito tipos de Sentido Interno de Coerência, a que corresponderiam estruturas preditórias diferentes, resultantes do cruzamento das três componentes: Capacidade de Gestão, de Compreensão e de Investimento (Antonovsky, 1987).

As três componentes são expressas através dos itens do *Questionário de Orientação para Viver* representadas nas nos quadros 1, 2 e 3.

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27 a inverterem. O valor do Sentido Interno de Coerência é o resultado da soma de todos os itens.

Quadro 1: Itens da variável SIC – Capacidade de Compreensão (Nunes, 1999)

1. Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não o compreendem?	Nunca tenho essa impressão <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Tenho sempre essa impressão
3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...	...como pessoas estranhas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> ...como pessoas que conhece muito bem
5. Já lhe aconteceu ter ficado surpreendido com o comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?	Nunca aconteceu <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Aconteceu sempre
10. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido...	...cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> ...completamente consistente e previsível
12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Acontece frequentemente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Nunca ou raramente acontece
15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é	Sempre confusa e difícil de encontrar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Sempre fácil e sem dúvidas
17. A sua vida futura será provavelmente...	...cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> ...perfeitamente coerente e previsível
19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?	Muito frequentemente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Muito raramente ou nunca

<p>21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?</p>	<p>Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente</p>
<p>24. Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?</p>	<p>Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca</p>
<p>26. Quando teve de enfrentar algum problema, você geralmente acabou por verificar que...</p>	<p>...avaliou mal a importância do problema 1 2 3 4 5 6 7 ...avaliou correctamente a importância do problema</p>

Quadro 2: Itens da variável SIC – Capacidade de Gestão (Nunes, 1999)

<p>2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que...</p>	<p>...as coisas não iriam ser feitas 1 2 3 4 5 6 7 ...as coisas iriam ser feitas</p>
<p>6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida, contava?</p>	<p>Nunca aconteceu 1 2 3 4 5 6 7 Aconteceu sempre</p>
<p>9. Sente que não é tratado/a com justiça?</p>	<p>Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Raramente ou nunca</p>
<p>13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida:</p>	<p>Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida 1 2 3 4 5 6 7 Nunca há solução para as situações difíceis da vida</p>
<p>18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para...</p>	<p>...afundar-se no problema 1 2 3 4 5 6 7 ...dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver" e vamos em frente</p>
<p>20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:</p>	<p>Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar 1 2 3 4 5 6 7 Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação</p>
<p>23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?</p>	<p>Estou certo que haverá 1 2 3 4 5 6 7 Duvido que haja</p>
<p>25. Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?</p>	<p>Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muitas vezes</p>

<p>27. Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que...</p>	<p>...conseguirá ultrapassar as dificuldades <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...não conseguirá ultrapassar as dificuldades</p>
<p>29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?</p>	<p>Muito frequentemente <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Muito raramente ou nunca</p>

Quadro 3: *Itens da variável SIC – Capacidade de Investimento (Nunes, 1999)*

<p>4. Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?</p>	<p>Muito raramente não me interessa <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Muito frequentemente não me interessa</p>
<p>7. A vida é:</p>	<p>Cheia de interesse <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Absolutamente rotineira</p>
<p>8. Até hoje na vida...</p>	<p>...não consegui nem objectivos nem rumo próprio <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...consegui objectivos e rumo próprio</p>
<p>11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente...</p>	<p>...completamente fascinantes <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...tremendamente aborrecidas</p>
<p>14. Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente...</p>	<p>...sente quão bom é viver <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo</p>
<p>16. Aquilo que você faz diariamente é...</p>	<p>...uma fonte de profunda satisfação e prazer <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...uma fonte de sofrimento e aborrecimento</p>
<p>22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro...</p>	<p>...não terá nem sentido nem objectivo <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...terá pleno sentido e objectivo</p>
<p>28. Com que frequência sente que as coisas que você faz na sua vida diária têm pouco sentido?</p>	<p>Muito frequentemente <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Muito raramente ou nunca</p>

Assim, segundo Antonovsky (1987) a sua matriz original está subjacente à construção dos itens da escala e é caracterizada pela noção de que o Sentido Interno de Coerência é uma orientação global, uma forma de observar o mundo, uma orientação para a acção, mais do que uma resposta a uma situação específica. Portanto, para este autor, os itens da escala referem-se a uma multiplicidade de estímulos ou situações de vida, partindo da hipótese fundamental de que o indivíduo conservará o mesmo nível de Sentido Interno de Coerência.

Antonovsky (1987) utilizou a proposta de desenho de escalas por facetas de Guttman. Baseando-se na noção de espaço cartesiano, Antonovsky especificou como facetas a modalidade, a fonte, a procura e o tempo. Posteriormente, foram definidos os elementos que cada faceta deve incluir. No que respeita à modalidade do estímulo, o inquirido responde a um estímulo que pode ser instrumental, cognitivo ou afectivo. Este estímulo tem uma fonte (origem no meio ambiente) que pode ser interna, externa ou mista. Para Antonovsky, este estímulo coloca diante do sujeito uma solicitação específica que pode ser de natureza concreta, difusa ou abstracta, referenciada (relativamente ao tempo) ao passado, presente ou futuro. Desta forma, cada item é o resultado de uma só combinação particular de cada elemento das quatro facetas do estímulo e uma do Sentido Interno de Coerência.

4. SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Transculturalidade

Actualmente, embora com algumas reservas, pode-se afirmar que o conceito de Sentido Interno de Coerência e seu constructo empírico são transculturais. De facto, mais de 35000 pessoas já preencheram o instrumento de medida do Sentido Interno de Coerência. Em vinte e seis estudos realizados em diferentes países, os valores de consistência interna mantêm-se elevados, nunca sendo estes inferiores a 0.80 (Antonovsky, 1993).

Numa recente revisão da escala de avaliação do Sentido Interno de Coerência, observou-se que esta escala tem sido utilizada em trinta e três línguas diferentes, em trinta e dois países e em quinze versões diferentes do questionário. Em cento e vinte e quatro estudos que utilizaram a versão longa da escala do Sentido Interno de Coerência, composta por vinte e nove itens, obteve-se um alpha de Cronbach que varia entre 0.70 e 0.95. Entretanto, os estudos que utilizaram a versão curta da escala (composta por treze itens) obteve-se um alpha de Cronbach que varia entre 0.70 e 0.92. As correlações

teste-reteste mostram uma estabilidade que varia entre 0.69 e 0.78 no primeiro ano, 0.64 após três anos, 0.42 e 0.45 ao fim de quatro anos, 0.59 e 0.67 em cinco anos e de 0.54 ao fim de dez anos. No entanto, embora aja uma estabilidade ao fim de dez anos, esta não é tão estável como Antonovsky sugeria inicialmente (Eriksson e Lindstrom, 2005).

Pode-se observar igualmente, além destes dados, que os estudos demonstram que o Sentido Interno de Coerência aumenta com a idade e que apresenta uma estrutura multifactorial. Reforçando a ideia de que a Escala do Sentido Interno de Coerência apresenta uma validade e fidelidade adequados, sendo um instrumento útil na avaliação da forma como as pessoas se mantêm saudáveis lidando com os acontecimentos de vida stressantes (Eriksson e Lindstrom, 2005).

Sexo

Antonovsky (1993), salienta que ao longo da sua investigação, o facto de ser homem ou mulher, criança ou idoso, pertencer a um patamar superior ou inferior da estrutura social, não é indiferente à constituição do Sentido Interno de Coerência.

Vários estudos revelam que o impacto dos estímulos stressantes é superior no sexo feminino e que as mulheres reagem mais intensamente do que os homens aos stressores (Haw, 1982, Kessler, 1979).

Segundo um estudo de Slack (1988), embora os homens e as mulheres experimentem um conjunto semelhante de acontecimentos de vida indesejados, a sua relação com estes acontecimentos de vida difere. Este e outros estudos corroboram a ideia de que as diferenças entre mulheres e homens se estabelecem relativamente aos recursos de coping, e logo relativamente ao Sentido Interno de Coerência.

Idade

Relativamente à idade, a teoria proposta por Antonovsky diz que o Sentido Interno de Coerência estabiliza por volta dos trinta anos de idade. Contudo, em dois estudos referenciados por Holmberg et al (2004), no primeiro o Sentido Interno de Coerência aumenta com a idade e no segundo, o Sentido Interno de Coerência correlaciona-se negativamente com esta variável.

Segundo Nilson et al (2000), este autor revelou no seu estudo, que os sujeitos com idade superior apresentavam valores mais elevados de Sentido Interno de Coerência.

Portanto, apesar do número reduzido de estudos nesta área, os resultados são divergentes quanto à relação entre a idade e o Sentido Interno de Coerência.

Estratificação social

Além do sexo e da idade, outra componente fundamental nos estudos dos grupos humanos é a pertença social dos indivíduos.

Assim, de acordo com Hunt (1982), a determinação da classe social é equivalente à determinação do estrato social.

Desta forma, de acordo com Graffar (1956, 1957 e 1966), este autor, empreendeu um esforço na compreensão da pertença social das pessoas através de uma noção mais institucionalizada. Para este autor, a tese fundamental é que a ocupação desenvolvida pelos adultos tem um impacto substancial sobre a sua psicologia e sobre a estratificação social.

É importante referir que o estudo das relações existentes entre a posição na estrutura social e a mortalidade, notabilizou Antonovsky na década de 60, para este autor é no âmbito profissional, do qual deriva a posição na estratificação social, que se desenvolve o Sentido Interno de Coerência ao longo da vida (Antonovsky, 1987).

Vários estudos relacionaram o Sentido Interno de Coerência com a estrutura social, verificando o impacto desta na formação, desenvolvimento e estabelecimento do Sentido Interno de Coerência. Este facto, pode ser

observado no estudo efectuado por Lundberg (1993), após a administração da escala a 3949 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, este autor, reparou que existia uma relação directa e significativa entre um baixo Sentido Interno de Coerência e uma posição inferior na estratificação social.

5. SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA E AUTO-ESTIMA

O modelo salutogénico assume que os “stressores” são omnipresentes e nunca poderão ser completamente eliminados. Vê o ser humano num estado de desequilíbrio dinâmico, importando centrar a atenção nos factores envolvidos no posicionamento da pessoa no contínuo rumo ao extremo da saúde. Este modelo rejeita a classificação dicotómica saúde/doença e tenta superar o redutivismo da etiologia da doença, considerando a experiência totalizadora da vida da pessoa. Portanto, torna-se relevante saber quais os factores que, num ambiente de stress, permitem uma resposta favorável à saúde, quais os factores promotores de saúde (Antonovsky, 1987).

Para Antonovsky (1993), principal teórico do modelo salutogénico, a resposta está no que designou de Recursos Generalizados de Resistência: ego, poder, inteligência, conhecimento, educação, estabilidade cultural, suporte social. Estes recursos levam a experiências de vida que podem estruturar um Sentido Interno de Coerência robusto, uma maneira de fazer face ao mundo que facilita a adaptação com sucesso aos agentes stressores do dia-a-dia. O Sentido Interno de Coerência, é visto como uma orientação global que define a capacidade de um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encarar os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como estruturados, preditíveis e explicáveis (compreensibilidade), considerando ter ao seu alcance os recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (maneabilidade), e sendo essas exigências encaradas como desafios, que merecem o seu investimento (significabilidade). Note-se que o Sentido Interno de Coerência vai sendo estruturado ao longo da vida de cada um, podendo evoluir.

Antonovsky (1993), defende que a robustez do Sentido Interno de Coerência é influenciada por diferentes experiências de vida:

1. consistência; avaliação positiva-negativa que faz de si próprio;
2. participação em decisões consideradas socialmente importantes.

Estas experiências são moldadas pela posição de cada um na estrutura familiar e social, pela própria cultura, pelo trabalho que faz, sexo, etnia, genética, entre outros.

Portanto, o Sentido Interno de Coerência prediz uma série de capacidades do indivíduo que estão implícitas na sua estrutura de personalidade, tais como: capacidade de compreensão, gestão e investimento, as quais ditarão o modo de enfrentar os acontecimentos de vida stressantes. Como adiante se notará, a baixa ou alta Auto-Estima, abarca um conjunto de características que são reveladoras de um saudável desenvolvimento humano, e que tem por base o self. Entretanto, a Auto-Estima de um indivíduo revela a forma como este enfrenta as experiências de vida stressantes, podendo existir assim uma relação entre a Auto-Estima e o Sentido Interno de Coerência.

Rosenberg (1965), refere-se à Auto-Estima como a avaliação que a pessoa efectua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afectiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma.

Segundo De Saint-Paul (1999) a Auto-Estima é a avaliação positiva que a pessoa faz de si, fundada na consciência do próprio valor e da sua importância inalienável enquanto ser humano. Uma pessoa que se estima trata-se com afabilidade e sente-se digna de ser amada e de ser feliz. A Auto-Estima funda-se igualmente no sentimento de segurança que dá a certeza de se poder utilizar o livre arbítrio e as faculdades de aprendizagem para enfrentar, de forma responsável e eficaz, os acontecimentos e os desafios da vida.

Observa-se, ainda, que a Auto-Estima é um juízo positivo de si próprio, mas este pressupõe a existência de consciência e de auto-conhecimento. Portanto, a Auto-Estima é a consciência do valor pessoal em diferentes domínios, trata-se de um conjunto de atitudes e de crenças que nos permitem enfrentar a realidade e o mundo (Duclos, 2006).

Vaz Serra (1986) considera que a Auto-Estima é uma faceta do auto-conceito, considerando o auto-conceito como um construto mais abrangente, que está relacionado com a percepção que o indivíduo tem de si próprio, e com as bases adjacentes à avaliação que efectua do seu próprio comportamento. Este autor refere que, entre os constituintes intrínsecos do auto-conceito, se relaciona a Auto-Estima, e que esta deriva dos processos de avaliação que o indivíduo faz das suas capacidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral, podendo ser conceptualizada como a componente avaliativa e afectiva do auto-conceito, e ser considerada a sua faceta mais importante.

Pelham e Swann (1989), enfatizam os factores cognitivos e afectivos da Auto-Estima, considerando que a sua organização é complexa e está multideterminada. Estes autores, identificam três componentes na Auto-Estima global:

1. Tendência para experimentar estados afectivos positivos e negativos;
2. As concepções específicas de si mesmo, das suas forças e fragilidades;
3. A convicção sobre a importância relativa das auto-imagens positivas sobre si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as auto-imagens reais e ideais de si próprio.

De acordo com Baumeister (1994), a Auto-Estima é a dimensão avaliativa do auto-conhecimento, referindo-se à forma como um indivíduo se auto-avalia. A Auto-Estima pode ser usada para se referir à auto-avaliação de um indivíduo como um todo (Auto-Estima global), ou em relação à avaliação do self em determinada dimensão, ou domínio.

Fox (1998) diz que, no mundo ocidental, o self tem-se tornado o elemento central da existência individual. Tal seria a nossa necessidade de estabelecer e projectar uma identidade única e individual, que tenderia a dominar a maior parte da nossa vida activa. Desta forma, a importância atribuída à Auto-Estima parece derivar do facto de ser uma variável importante para explicar muitas outras variáveis psicológicas.

A investigação do self tem uma longa tradição tendo-se iniciado nos finais do século passado. Combs e Snygg (1959) dizem que, para a maioria dos psicólogos, o self é o ponto central de todo o comportamento do ser humano. Para Willis e Campbell (1992), a maior parte da personalidade de um

indivíduo pode ser inferida através da forma como ele se comporta consigo próprio, estando o comportamento dependente da forma como um indivíduo se percebe a si próprio, da forma como se avalia e se comporta consigo mesmo.

De acordo com Harter (1988), distinguem-se vários tipos de self, dos quais se destacam: o self material, que é uma extensão do próprio sujeito, que contém para além dele a sua família e as suas posses; o self social, que inclui aquilo que os outros pensam de si próprio; o self espiritual; que inclui os desejos e as emoções individuais. Assim, estes diferentes aspectos do self seriam capazes de evocar sensações de Auto-Estima elevadas, e por outro lado, sensações de baixa Auto-Estima e de insatisfação.

A Rosenberg Self-Esteem Scale (ROS ou EAE), é um dos instrumentos mais utilizado para a avaliação da Auto-Estima global. Wylie (1974) cit in Simões e Lima (1992) “considerou elevada a sua fidelidade e impressionante a sua validade de constructo”.

Assim, o presente estudo recorre a esta escala para avaliar a Auto-Estima dos sujeitos com Surdez incluídos na nossa amostra.

Desta forma, observa-se a relevância do presente estudo em pretender determinar se existe uma relação entre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima em indivíduos Surdos, tentando perceber se este grupo da população possui os instrumentos necessários para enfrentar as experiências da vida de forma positiva.

Parte II – Enquadramento Empírico

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

1. OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Os capítulos anteriores relativos à Surdez ao Sentido Interno de Coerência e à Auto-Estima permitiram estruturar um enquadramento teórico-conceptual que fundamenta o estudo empírico que apresentamos de seguida. Assim, tentamos desenvolver uma investigação que nos desse a perceber se, dentro da população com Surdez, se poderia verificar a existência de uma relação entre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima.

Desta forma delineamos os seguintes objectivos:

1. Descrever o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima dos Surdos;
2. Analisar a relação entre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima dos Surdos;
3. Perceber a influência das variáveis sociodemográficas no Sentido Interno de Coerência e na Auto-Estima dos Surdos.

Com base na revisão bibliográfica desenvolvida nos capítulos anteriores, elaboraram-se as seguintes hipóteses:

- H1 - Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Auto-Estima.
- H2 - Quanto maior é o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos maior é o valor da sua Auto-Estima.
- H3 - Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Idade.
- H4 - Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e o Género.
- H5 - Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Situação Conjugal.
- H6 - Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e as suas Habilitações Literárias.

2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

2.1. Selecção da Amostra

Os indivíduos Surdos que são participantes deste estudo foram seleccionados do Centro de Integração Profissional para Surdos.

Centro de Integração Profissional para Surdos

É uma parceria entre a Associação de Surdos do Porto (ASP) e a Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Auditivas do Porto (APECADAP).

A ASP foi constituída em 9 de Agosto de 1995 sucedendo ao Grupo Desportivo Surdos-Mudos do Porto (1951-1974) e, posteriormente, à Delegação do Porto da Associação Portuguesa de Surdos (1974-1995). A ASP é uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) com sede na Rua da Alegria no Porto.

A APECADAP, teve origem na Delegação do Porto da APECDA, fundada em 1979, tendo-lhe sido cedida em 1982, pela Junta de Freguesia de Campanhã, a sede, na Rua das Escolas, que actualmente ocupa. Em 1997 completou um importante passo autonomizando-se da APECDA nacional. Fundou-se a APECADAP, também uma Instituição Privada de Solidariedade Social.

Contexto e Problematização

As instituições parceiras dispõem de vasta experiência no apoio da População Surda do Distrito do Porto e até de todo o Norte do País. Têm, assim, conhecimento directo da realidade da integração profissional dos Surdos que pode ser caracterizada da seguinte forma:

a) Escolaridade pouco consistente: Limitadas no acesso à escolaridade ou integradas nas escolas mas segregadas por um ambiente que as não entendia, as crianças Surdas raramente tiveram oportunidades semelhantes às

crianças ouvintes. Só a partir do Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, se começaram a criar condições nas escolas para receber estas crianças e só recentemente se fixaram, nessas escolas, intérpretes e professores de educação especial em quantidade e qualidade. Durante muitos anos, a APECDA, o Instituto António Cândido e o Instituto Araújo Porto foram as únicas alternativas para a educação de crianças Surdas no Norte do País, sendo a APECDA do Porto a única instituição a integrar estas crianças sistematicamente no ensino regular e pioneira a integrar a Língua Gestual no seu curriculum.

b) Desadequação perante as alternativas de formação profissional: A formação profissional está claramente concebida para a população não deficiente ou, então, para a população com deficiência mental e motora em maior ou menor grau. Duplamente penalizados pela barreira da comunicação e pela deficiente preparação escolar, os surdos revelam-se incapazes de se integrar em classes de formação profissional de alunos ouvintes, não lhes restando qualquer alternativa aceitável. As instituições parceiras deste projecto têm tentado encontrar soluções para este problema tendo a ASP uma experiência assinalável na formação de Monitores de Língua Gestual e, até recentemente, de Intérpretes de Língua Gestual. A APECDA tem programas de reabilitação da escolaridade, principalmente nas disciplinas de Língua Portuguesa e Matemática que também se constituem como um buffer a alternativas mais consistentes.

c) Incapacidade de integração profissional: O acesso ao emprego obedece às mesmas condicionantes das fases anteriores. A barreira da comunicação e a deficiente formação académica e profissional agravam, para este grupo específico, as dificuldades na integração profissional. Funcionalmente capazes de se integrar no aparelho produtivo de uma empresa, os surdos não justificam os apoios à baixa produtividade reservados a outros deficientes. Mas no quotidiano, são segregados socialmente, não entendem as ordens ou a hierarquia da empresa rapidamente entrando em ruptura afectiva, despedem-se ou são despedidos, reforçando uma história pessoal de insucesso.

Objectivos do Centro de Integração Profissional para Surdos (CIPS)

1. Proporcionar de forma recorrente a formação básica indispensável para a integração dos Surdos, nas estruturas regulares de Formação Profissional disponíveis. Os surdos confrontam-se com dificuldades inerentes à sua deficiente formação escolar. Esta dificuldade situa-se não só ao nível dos conteúdos não apreendidos e daqueles apreendidos e entretanto esquecidos por inactividade escolar, mas também ao nível de técnicas de estudo, disciplina e auto-disciplina e atitudes a cultivar.

2. Intermediar a relação com os agentes de Formação Profissional e agentes económicos obviando as dificuldades de comunicação. As instituições parceiras não têm condições para desenvolver actividades de Formação Profissional nem intenção de contribuir para a segregação dos surdos em estruturas específicas. Assim, o CIPS promove a integração dos surdos quer nas instituições regulares de Formação Profissional quer nas Empresas.

3. Conceber, adaptar e publicar teorias adequadas às actividades a desenvolver. Muitas das actividades a desenvolver carecem de um suporte teórico por elaborar. O CIPS pretende ter um papel também nessa área investigando e agindo em simultâneo.

4. Actividades programadas. A prossecução dos objectivos enumerados è servida por um conjunto de vinte actividades que têm como público-alvo, não só os utentes mas também toda a população que os enquadra e que estiver disponível: famílias, técnicos do CIPS e das entidades parceiras, instituições de Formação e Empresas.

a) Actividades para os utentes:

- Curso de Língua Portuguesa;
- Curso Recorrente de Matemática;
- Curso Recorrente de Língua e Linguística Gestual Portuguesa;
- Curso de Desenvolvimento pessoal e social;

- Curso de Eficácia no estudo Acção Formação de Técnicas de procura.
- b) Actividades para as famílias:
- Grupo de apoio familiar
 - Acção Formação de Língua Gestual Portuguesa
- c) Actividades para as entidades parceiras em geral e seus técnicos:
- Prospeção de ofertas de emprego e de lugares de formação profissional
 - Acções de informação e divulgação sobre o CIPS
 - Acção Formação de Língua Gestual Portuguesa
 - Acção Formação «Como criar uma boa relação profissional»
 - Acção Formação «Promoção da Disciplina»
 - Acção Formação «Legislação laboral»
- d) Actividades de investigação e divulgação geral:
- Estudo de perfis profissionais para surdos
 - Criação/adaptação de instrumentos de avaliação vocacional para surdos
 - Estudo diagnóstico dos perfis vocacionais dos beneficiários
 - Folheto de divulgação do CIPS
 - Publicação de textos técnicos

O CIPS apresenta uma nova forma de abordar o problema da formação e integração profissional dos surdos, caracterizada essencialmente pelos seguintes aspectos:

1. Intervenção global sobre o problema

O CIPS considera as diversas componentes da vida dos beneficiários, propondo-se efectuar a ponte entre elas e ainda o reforço de intervenção necessário.

2. Forte interinstitucionalidade

A ASP e a APECDA combinam os seus esforços de uma forma concertada, propondo-se dinamizar um projecto em parceria com escolas, instituições de formação e empresas.

3. Integração da experiência disponível

O CIPS resulta da iniciativa das duas instituições que mais coerentemente têm acompanhado os Surdos do Norte do país nas últimas décadas. Estas instituições possuem uma experiência única e incontornável. Com este projecto potenciam essa experiência e contribuem para a sua sistematização num corpo teórico que sirva de alicerce para novas abordagens.

2.2. Caracterização Geral da Amostra

Tabela 1: Distribuição da Amostra

<i>Local de recolha de dados</i>	<i>População</i>	<i>Amostra</i>
Centro de Integração Profissional para Surdos	238	102

De uma população de 238 sujeitos do Centro de Integração Profissional para Surdos, 102 entraram no nosso estudo.

A caracterização sociodemográfica da nossa amostra é exposta na tabela seguinte.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

<i>Género</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Masculino	60	58,8
Feminino	42	41,2
Total	102	100
<i>Situação Conjugal</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Solteiro/a	90	88,2
Casado/a ou em união de facto	6	5,9
Divorciado/a	6	5,9
Viúvo/a	0	0
Total	102	100

<i>Habilitações Literárias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
3º Ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)	18	17,6
Ensino Secundário (10º - 12º ano)	36	35,3
Ensino Superior	48	47,1
Total	102	100

Com a observação da tabela 2, conclui-se que a nossa amostra apresenta uma percentagem de elementos do género masculino de 58,8%, e uma percentagem de elementos do género feminino de 41,2%.

A maioria dos Surdos referiram ser solteiros (88,2%), 6 Surdos (5,9%) referiram ser casados ou em união de facto, e também 6 Surdos (5,9%) referiram ser divorciados. Não há Surdos viúvos na nossa amostra.

Quanto ao nível de escolaridade, uma parte dos Surdos referiram ter frequentado o Ensino Superior (47,1%), sendo que 35,3% dos Surdos referiram ter frequentado o Ensino Secundário e 17,6% dos Surdos referiram ter frequentado o 3º Ciclo do Ensino Básico.

Tabela 3: Caracterização da amostra relativamente à variável idade

<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
102	20	47	27,52	7,73

A média das idades da nossa amostra é de 27,52 anos, com um desvio-padrão de 7,73, apresentando uma oscilação entre um mínimo de 20 e um máximo de 47 anos (tabela 3).

Tabela 4: Caracterização da amostra relativamente à variável fonte de rendimento

<i>Fonte de rendimento</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Heranças	6	5,9
Rendimentos ou lucros de empresas e propriedades/Altos honorários/Lugares bem remunerados	12	11,8
Vencimento mensal fixo	24	23,5
Remunerações inferiores ao salário mínimo nacional/Pensionistas ou reformados/Vencimentos incertos	18	17,6
Subsídios de beneficência pública ou privada	0	0
Nenhum	42	41,2
Total	102	100

Da observação da tabela 4 depreende-se que 41,2% dos Surdos não apresentam nenhuma fonte de rendimento, 23,5% apresentam um vencimento mensal fixo. 17,6% dos Surdos apresentam remunerações inferiores ao salário mínimo nacional/ pensionistas ou reformados/vencimentos incertos. Os Surdos, com rendimentos ou lucros de empresas e propriedades / altos honorários / lugares bem remunerados, correspondem a 11,8%, sendo que apenas 6 Surdos (5,9%) apresentam como fonte de rendimento heranças. Nenhum Surdo recebe subsídios de beneficência pública ou privada.

Tabela 5: Caracterização da amostra relativamente à variável conforto na habitação

<i>Conforto na habitação</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo o máximo de conforto	12	11,8
Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	36	35,3
Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho, e electrodomésticos essenciais	42	41,2
Casa ou andar degradado, com cozinha e casa de banho	12	11,8
Alojamento impróprio para uma vida decente ou andares desprovidos de todo o conforto.	0	0
Total	102	100

Observando a tabela 5, verifica-se que 41,2% dos Surdos referem viver numa casa/andar modesto/em bom estado de conservação/com cozinha, casa de banho, e electrodomésticos essenciais. Os Surdos que vivem numa casa ou andar bastante espaçoso e confortável correspondem a 35,3%, 12 Surdos (11,8%) vivem numa casa/andar luxuoso, e igualmente 12 Surdos (11,8%) vivem numa casa/andar degradado.

3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tendo em conta a revisão teórico-conceptual que levámos a efeito, os objectivos que se pretendem atingir e as hipóteses de trabalho por nós traçadas, distinguimos três tipos de variáveis: a variável independente que se refere ao valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos, a variável

dependente que diz respeito à Auto-Estima dos Surdos e as variáveis atributo que correspondem às características sociodemográficas. Pretende-se assim conhecer qual o efeito da variável independente sobre a variável dependente, e como estas se relacionam com as características sociodemográficas. Ou seja, qual o efeito do valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos na Auto-Estima dos mesmos.

3.1. Instrumentos e Medidas Utilizados

Neste estudo utilizamos três questionários de auto-resposta (anexo I), o primeiro instrumento recolhia informações sociodemográficas, o segundo instrumento recolhia os dados do valor do Sentido Interno de Coerência e o terceiro instrumento recolhia os dados do valor da Auto-Estima.

Assim, após uma revisão da literatura sobre os instrumentos de medida para avaliar constructos como o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima, seleccionámos respectivamente:

1. Questionário de Orientação para Viver (Antonovsky, 1987; versão Portuguesa, Nunes, 1999);
2. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; versão Portuguesa, Simões e Lima, 1992).

3.1.1. Instrumento para Recolha de Dados Sociodemográficos

Foi elaborado um conjunto de questões com o objectivo de recolher os dados sociodemográficos dos indivíduos da amostra. No início do instrumento eram referidas as razões e o objectivo do estudo, era esclarecida a confidencialidade dos resultados e agradecida a colaboração voluntária. Este questionário de dados sociodemográficos, pretendeu recolher dados ao nível da idade, género, situação conjugal, habilitações literárias, fontes de rendimento e conforto da habitação.

3.1.2. Questionário de Orientação para Viver

Tal como Antonovsky (1987) refere, o Sentido Interno de Coerência do indivíduo é uma orientação global que define a capacidade com a qual o indivíduo com um persistente e dinâmico sentimento de confiança encara:

- 1) os estímulos emanados dos meios internos ou externos como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão - Comprehensibility);
- 2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (capacidade de gestão - maneability);
- 3) que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo (capacidade de investimento - Meaningfulness).

Para proceder à avaliação do Sentido Interno de Coerência, Antonovsky (1987) desenvolveu o Questionário Orientação para Viver, do inglês: *Orientation to Life Questionnaire* (OLQ) – composto por 29 itens, exprimindo-se a resposta sobre um referencial semântico posicionado entre duas frases de referência, para medir o Sentido Interno de Coerência.

Da sua validação para o português (n= 643, Nunes, 1999) encontraram-se os seguintes resultados que reforçam a pertinência transcultural deste constructo:

- Elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de .83 a .90);
- Validade convergente com o Locus de Controlo Interno-Externo (r=+.36);
- Validade convergente com a avaliação subjectiva da saúde (r= +.31);
- Validade discriminante com o Teste de Ansiedade (r=-.27);
- Validade discriminante com o Isolamento (r=-.45);
- Validade discriminante com o traço de stress (r=-.23);
- Consistência e validade interna da escala em situações de re-teste (r=.88).

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27 a inverterem. O valor do Sentido Interno de Coerência – SIC é o resultado da soma de todos os itens. Apresentando um valor total mínimo de 29 e um valor total máximo de 203.

3.1.3. Escala de Auto – Estima de Rosenberg

Segundo Button (1990), Kamal, Blais, Kelly e Ekstrand (1995), Mone, Baker e Jeffries (1995) e Sonstroem, Harlow e Josephs (1994), a escala de Auto-Estima de Rosenberg tem sido das mais utilizadas nos estudos da auto-estima. Recentemente, graças aos avanços nos conhecimentos e aplicação de procedimentos estatísticos, assim como o uso da informática, esta escala tem sido sujeita a reapreciações, nomeadamente, em termos da formulação das suas questões (Greenberg, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003). Inicialmente, esta escala foi construída como uma escala de Gutman, mas com o passar dos anos passou a ser utilizada como sendo de Likert. Este instrumento tem sido sujeito a múltiplas tentativas de validação em vários países. Se é verdade que os resultados têm sido em favor da sua validação, também se verifica que, em alguns países, essa validação não tem sido conseguida (Greenberg et al., 2003).

Esta escala, (*Rosenberg Self - Esteem Scale*), de respostas fechadas, é constituída por dez afirmações (itens), a que o indivíduo deve responder de acordo com as quatro opções seguintes: *concordo muito*, *concordo um pouco*, *discordo um pouco* e *discordo muito*.

Segundo Rosenberg (1989) este inquérito tem quatro vantagens:

1. É de fácil administração, de forma que se podem utilizar amostras suficientes para análises de multivariância;
2. Efectua-se rapidamente, o que é uma vantagem quando se pretende a cooperação efectiva dos indivíduos;

3. Permite classificar numa escala linear, desde os que revelam níveis muito baixos de Auto-Estima, aos que revelam níveis muito altos de Auto-Estima;
4. Todos os itens estão directamente relacionados com a dimensão do fenómeno que se pretende estudar.

No inquérito, os itens “positivos” estão misturados com os itens “negativos” de forma a reduzir a probabilidade deste ser preenchido de forma padronizada, tornando-se assim mais fácil, no tratamento dos dados, detectar e eliminar os inquéritos que não foram preenchidos com honestidade (Rosenberg, 1989).

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg na sua tradução para a população Portuguesa, obteve um alfa de Cronbach de .6337 e um índice de fidelidade teste-reteste de .5996 (Simões e Lima, 1992).

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg apresenta um valor mínimo de 10 e um valor máximo de 40, a cotação é a soma de todos os itens, com os itens 2, 5, 6, 8 e 9 a inverterem.

4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA RECOLHA DE DADOS

Contactámos o Presidente da Associação de Surdos do Porto com o objectivo de esclarecer o âmbito e objectivos da nossa investigação, requisitando também autorização para realizar a recolha dos dados na respectiva instituição (anexo II).

De acordo com a resposta positiva do Presidente da Associação de Surdos do Porto, iniciámos o processo de recolha de dados que decorreu entre Janeiro e Abril de 2010.

Depois do estabelecimento das datas, por telefone, com o responsável da instituição, iniciamos o processo de recolha de dados. Uma vez que se tratava de indivíduos Surdos, o processo de recolha de dados realizou-se com a presença de um tradutor de língua gestual.

Assim, deslocámo-nos às instituições pertencentes à Associação de Surdos do Porto, neste caso ao Centro de Integração Profissional para Surdos

(CIPS), onde administramos os questionários aos indivíduos Surdos, depois de lhes explicarmos a importância e a necessidade do estudo.

A administração dos questionários foi feita em grupo. Cada encontro teve a duração de aproximadamente quarenta e cinco minutos e foram realizados em salas disponibilizadas pela instituição.

No presente estudo foram respeitados os princípios relativos ao direito de auto-determinação, direito à intimidade, direito à protecção contra o desconforto e ao prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

Desta forma, e de um modo geral, a reacção dos inquiridos foi positiva, manifestando satisfação em participar no estudo.

5. ANÁLISE ESTATÍSTICA UTILIZADA

Foram determinadas as frequências as médias e os desvios-padrões para a caracterização da amostra e das variáveis contínuas deste estudo.

Uma vez que a correlação mede a relação entre variáveis (para variáveis quantitativas) ou a ordem dessas variáveis (para variáveis ordinais), foi utilizada a correlação bivariada para determinar o grau de associação entre as variáveis.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa de estatística SPSS Base 10.0 (1999).

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1. ANÁLISE DESCRITIVA

1.1. Análise descritiva do Sentido Interno de Coerência

No que concerne à estatística descritiva do Sentido Interno de Coerência, começamos por apresentar a média e o desvio-padrão (tabela 6) obtidos pela nossa amostra.

Tabela 6: Estatística descritiva relativa ao Questionário de Orientação para Viver

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
QOV	102	90	124	108,58	9,74

O Questionário de Orientação para Viver – Sentido Interno de Coerência – é composto por 29 itens, com um valor total mínimo de 29 e um valor total máximo de 203. Como podemos observar na tabela 6, a nossa amostra apresenta um valor mínimo de 90 e um valor máximo de 124, com uma média de 108.58, e um desvio-padrão de 9,74, o que indica que os Surdos apresentam um Sentido Interno de Coerência um pouco acima da média.

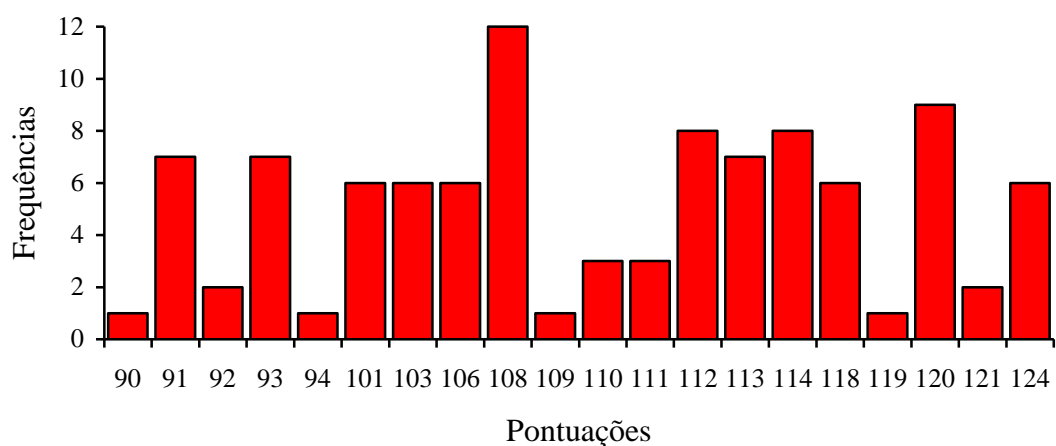
Analisámos também os valores da pontuação máxima e mínima obtidos no preenchimento do Questionário de Orientação para Viver (tabela 7).

Tabela 7: Pontuações obtidas no Questionário de Orientação para Viver

<i>Pontuação</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
90	1	1,0
91	7	6,9
92	2	2,0
93	7	6,9
94	1	1,0
101	6	5,9
103	6	5,9
106	6	5,9
108	12	11,8
109	1	1,0
110	3	2,9
111	3	2,9
112	8	7,8
113	7	6,9
114	8	7,8
118	6	5,9
119	1	1,0
120	9	8,8
121	2	2,0
124	6	5,9

Verifica-se da observação da tabela 7 que a pontuação mínima obtida no preenchimento do questionário foi de 90, sendo que apenas um Surdo obteve esta pontuação. A pontuação mais frequente foi de 108, com 11,8% dos Surdos a obterem esta pontuação. Importa realçar que 5,9% dos Surdos obtiveram a pontuação máxima de 124. Consideramos que o gráfico 1 permite uma melhor leitura da tabela 7.

Gráfico 1: Pontuações obtidas no Questionário de Orientação para Viver



Entretanto, uma vez que o valor global do Sentido Interno de Coerência é a soma dos valores obtidos nas três sub-escalas que estruturam o Questionário de Orientação para Viver (sub-escala da Capacidade de Compreensão, sub-escala da Capacidade de Gestão e sub-escala da Capacidade de Investimento), quanto mais elevada for a pontuação no total das sub-escalas, mais elevado é o Sentido Interno de Coerência dos Surdos.

Consideramos importante analisar as médias, os desvios-padrões e a frequência das pontuações de cada uma das sub-escalas que compõem o Questionário de Orientação para Viver, porque pensamos que esta análise permite um melhor entendimento global do Sentido Interno de Coerência dos Surdos.

Tabela 8: Capacidade de Compreensão

<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
102	25	61	42,63	11,52

Na sub-escala da Capacidade de Compreensão as pontuações oscilam entre um valor mínimo de 11 e um valor máximo de 77. Pela observação da tabela 8, depreende-se que a Capacidade de Compreensão apresenta um valor mínimo de 25, um valor máximo de 61, uma média de 42,63 e um desvio-padrão de 11,52. Os Surdos apresentam assim uma capacidade de compreensão acima da média.

Tabela 9: Pontuações obtidas na Sub-escala Capacidade de Compreensão

<i>Pontuação</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
25	5	4,9
27	5	4,9
29	6	5,9
30	6	5,9
31	5	4,9
33	5	4,9
35	5	4,9
36	5	4,9
42	5	4,9
44	5	4,9
45	5	4,9
46	10	9,8
48	10	9,8
55	5	4,9
58	5	4,9
59	5	4,9
60	5	4,9
61	5	4,9

Observa-se na tabela 9, para a sub-escala da Capacidade de Compreensão, que a pontuação mínima obtida foi de 25 com 5 Surdos a obterem esta pontuação. 19,6% dos Surdos obtiveram pontuações totais de 46 e 48. A pontuação máxima obtida foi de 61 para 4,9% dos Surdos. Consideramos que o gráfico 2 clarifica a leitura da tabela 9.

Gráfico 2: Pontuações obtidas na sub-escala Capacidade de Compreensão

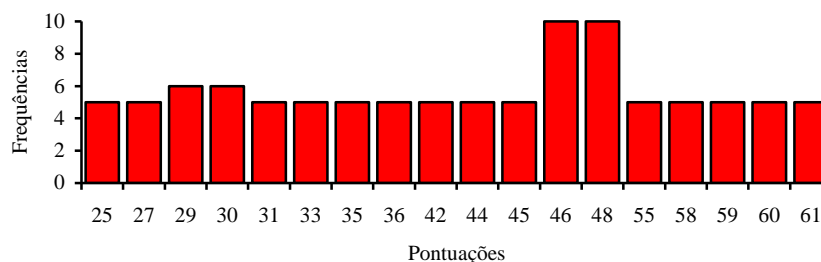


Tabela 10: Capacidade de Gestão

<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
102	20	49	31,60	8,33

Na sub-escala relativa à capacidade de Gestão as pontuações oscilam entre um valor mínimo de 10 e um valor máximo de 70. Constata-se na sub-escala da Capacidade de Gestão, um valor mínimo de 20 e um valor máximo de 49, com uma média de 31,60 e um desvio-padrão de 8,33 (tabela 10). A Capacidade de Gestão dos Surdos situa-se ligeiramente acima da média.

Tabela 11: Pontuações obtidas na Sub-escala Capacidade de Gestão

<i>Pontuação</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
20	5	4,9
22	10	9,8
23	5	4,9
25	6	5,9
26	5	4,9
27	5	4,9
28	10	9,8
29	11	10,8
30	5	4,9
35	5	4,9
36	5	4,9
37	5	4,9
39	5	4,9
40	10	9,8
49	10	9,8

Como podemos observar na tabela 11, a pontuação mínima obtida no preenchimento do questionário para a sub-escala da Capacidade de Gestão foi de 20, sendo que 4,9% dos Surdos obtiveram esta pontuação. 20,6% dos Surdos obtiveram a pontuação de 28 e 29. A pontuação máxima obtida foi de 40 e 49 para 19,6% dos Surdos. O gráfico 3 permite um melhor entendimento dos dados.

Gráfico 3: Pontuações obtidas na sub-escala Capacidade de Gestão

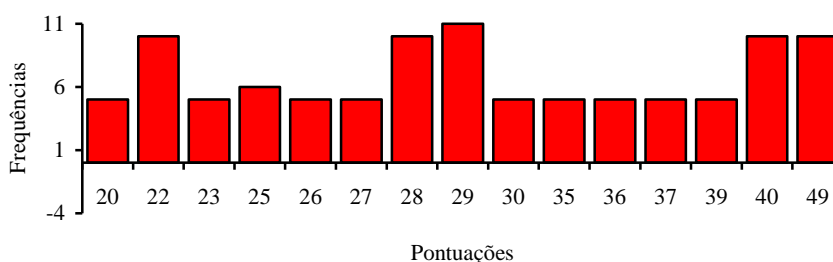


Tabela 12: Capacidade de Investimento

<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
102	14	53	32,87	8,13

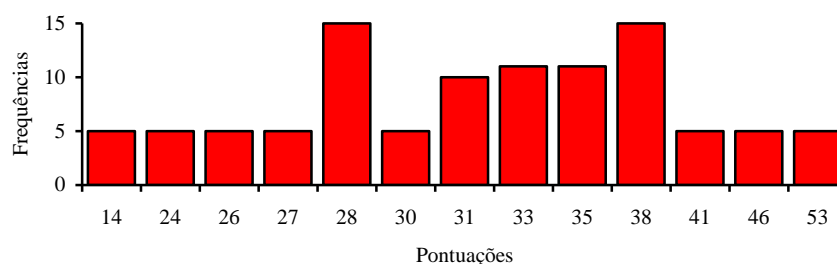
As pontuações oscilam entre um valor mínimo de 8 e um valor máximo de 56 na sub-escala da Capacidade de Investimento. Observa-se na tabela 12, um valor mínimo de 14 e um valor máximo de 53, com uma média de 32,87 e um desvio-padrão de 8,13. Os Surdos têm uma Capacidade de Investimento acima da média.

Tabela 13: Pontuações obtidas na Sub-escala Capacidade de Investimento

<i>Pontuação</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
14	5	4,9
24	5	4,9
26	5	4,9
27	5	4,9
28	15	14,7
30	5	4,9
31	10	9,8
33	11	10,8
35	11	10,8
38	15	14,7
41	5	4,9
46	5	4,9
53	5	4,9

Depreende-se pela observação da tabela 13 referente à sub-escala da Capacidade de Investimento que a pontuação mínima obtida foi de 14. 29,4% dos Surdos obtiveram a pontuação de 28 e 38. A pontuação máxima obtida foi de 53 para 4,9% dos Surdos. Estes resultados são melhor explicados no gráfico 4.

Gráfico 4: Pontuações obtidas na sub-escala Capacidade de Investimento



1.2. Análise descritiva da Escala de Auto-Estima

Relativamente à estatística descritiva, inicialmente mostramos a média, o desvio-padrão e o valor máximo e mínimo obtido pela nossa amostra (tabela 14).

A Escala de Auto-Estima (EAE) foi um instrumento construído por Rosenberg em 1965, inicialmente este instrumento foi desenvolvido como uma medida unidimensional do Conceito de Si geral, a ser administrada a nível escolar (Simões e Lima, 1992).

Para este estudo utilizamos a versão da Escala de Auto-Estima composta por dez itens, com uma cotação de *Concordo Muito* a *Discordo Muito*. Os itens 2, 5, 6, 8 e 9 que compõem a Escala de Auto Estima têm uma cotação invertida. A pontuação obtida é a soma de todos os itens.

Tabela 14: Valores obtidos na Escala de Auto-estima

	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-padrão</i>
EAE	102	15	32	22,84	4,54

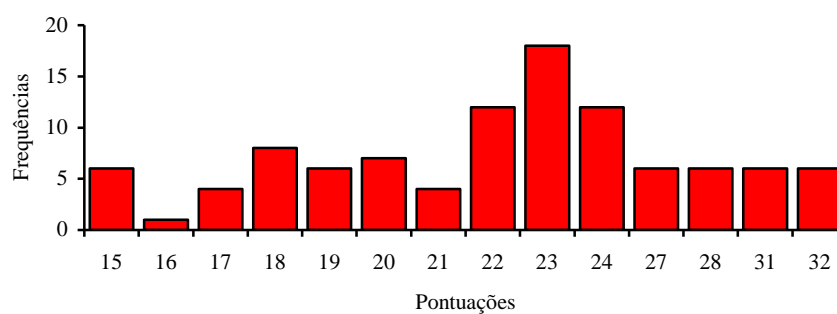
A tabela 14, referente à Auto-Estima dos Surdos, mostra-nos um valor mínimo de 15 e um valor máximo de 32, com uma média de 22,84 e um desvio-padrão de 4,54. O valor médio obtido revela que os Surdos da nossa amostra têm uma Auto-Estima acima da média.

Tabela 15: Pontuações obtidas na Escala de Auto-Estima

<i>Pontuação</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
15	6	5,9
16	1	1,0
17	4	3,9
18	8	7,8
19	6	5,9
20	7	6,9
21	4	3,9
22	12	11,8
23	18	17,6
24	12	11,8
27	6	5,9
28	6	5,9
31	6	5,9
32	6	5,9

As pontuações obtidas na Escala de Auto-Estima da nossa amostra, revelam pela observação da tabela 15 uma pontuação mínima de 15 para 6 Surdos. 41,2% dos Surdos obtiveram uma pontuação de 22, 23 e 24. A pontuação máxima obtida corresponde a 32 para 5,9% dos Surdos. Estes resultados podem ser melhor constatados no gráfico 5.

Gráfico 5: Pontuações obtidas na Escala de Auto-Estima



2. ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES

Tabela 16: Matriz de intercorrelações entre a variável independente, variável dependente e variáveis sociodemográficas

	QOV	EAE	Idade	Género	Situação Conjugal	Habilitações Literárias	Fonte de Rendimento	Conforto na Habitação
QOV	1,00							
EAE	,88 **	1,00						
Idade	-,07	-,24 *	1,00					
Género	-,57 **	-,55 **	,17	1,00				
Situação Conjugal	,12	-,05	,45 **	,17	1,00			
Habilitações Literárias	-,28 **	-,02	-,36 **	,15	-,59 **	1,00		
Fonte de Rendimento	-,16	-,08	-,34 **	,19 *	,10	-,18	1,00	
Conforto na Habitação	-,02	-,07	,14	-,38 **	-,08	-,43 **	-,14	1,00

* Correlação significativa a $p < .05$

** Correlação significativa a $p < .01$

Da análise da tabela 16 verificamos que o Sentido Interno de Coerência se correlaciona significativamente com a Auto-Estima, sendo que à medida que se elevam os valores do Sentido Interno de Coerência aumentam os valores da Auto-Estima. O Sentido Interno de Coerência aparece também correlacionado significativamente com as variáveis sociodemográficas: Género e Habilitações Literárias.

Não se verificam relações estatisticamente significativas entre o Sentido Interno de Coerência e as restantes variáveis sociodemográficas.

Analisamos também as correlações entre a variável dependente, a Auto-Estima dos Surdos e as variáveis sociodemográficas.

Desta forma, pela análise da tabela 16, relativamente à Auto-Estima dos Surdos, esta variável correlaciona-se significativamente com a Idade e com o Género.

Não se verificam relações estatisticamente significativas entre a Auto-Estima e as restantes variáveis sociodemográficas.

CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. INTERPRETAÇÃO E IMPLICAÇÕES

Após a apresentação dos resultados do estudo empírico, fazemos de seguida a discussão dos mesmos, procurando lê-los com base no enquadramento teórico-conceptual, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas.

A interpretação dos resultados e as suas implicações estão estruturados de acordo com os objectivos delineados e hipóteses formuladas no capítulo 1.

No que respeita ao valor do Sentido Interno de Coerência e à orientação global expressa pelos sujeitos relativamente ao seu contexto interno e externo (Antonovsky, 1979), os Surdos que constituíram a nossa amostra apresentaram uma média de 108,58, valor situado sensivelmente acima do meio da escala, sendo o valor máximo do Questionário de Orientação para Viver de 203 e o valor médio de 87.

Como já referido por Heiman (2004) noutros estudos, o valor do Sentido Interno de Coerência, atingido pela nossa amostra de Surdos, talvez denote que estes Surdos apresentam um contexto cultural, social e histórico organizado, onde as suas experiências de vida parecem funcionar como bases fundamentais nos diferentes graus do Sentido Interno de Coerência. Assim, os Surdos da nossa amostra parecem manter as estruturas cognitivas, emocionais e sociais coerentes, apresentando recursos intelectuais, para fazerem face às experiências de vida. Do mesmo modo, para Antonovsky (1987) o Sentido Interno de Coerência não se refere a um tipo específico de estratégias de coping, mas aos factores que nas diferentes culturas funcionaram como optimizadores das estratégias de coping.

O Questionário de Orientação para Viver apresenta uma divisão em sub-escalas. Assim, a nossa amostra de Surdos, na sub-escala da Capacidade de Compreensão apresentou um valor próximo do meio da escala, ainda que acima deste (42,63), este valor está de acordo com o valor global do Sentido Interno de Coerência atingido pela nossa amostra. Logo, os Surdos da nossa amostra apresentam um sentimento de confiança médio ao enfrentar os

estímulos emanados dos meios internos e externos, considerando-os como relativamente estruturados, preditíveis e explicáveis (Antonovsky, 1987).

O valor apresentado pela nossa amostra de Surdos na sub-escala da Capacidade de Gestão foi ligeiramente acima do meio da escala (31,60), denotando, talvez, alguns recursos para gerir os estímulos internos e externos.

Igualmente, o valor da sub-escala da Capacidade de Investimento apresentado pela nossa amostra de Surdos situa-se acima do meio da escala (32,87), talvez revelando algum investimento dos Surdos da nossa amostra, para ultrapassar as situações stressantes. Tal como Antonovsky (1987) refere, são os recursos que os indivíduos têm que irão satisfazer as exigências colocadas pelos estímulos externos e internos (Capacidade de Gestão) e que essas exigências são desafios capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo (Capacidade de Investimento).

Também de acordo com os conceitos de Antonovsky (1987), os Surdos do nosso estudo, no que concerne à Capacidade de Compreensão, talvez apreendam apenas o suficiente dos estímulos intrínsecos e extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. Constatase, igualmente, uma percepção média dos Surdos acerca dos seus recursos pessoais ou sociais, que estão ao seu alcance, para satisfazer as exigências requeridas pela percepção dos estímulos (Capacidade de Gestão). Portanto, talvez quanto mais alta a Capacidade de Gestão dos Surdos, menos estes se sentem atingidos negativamente pelos acontecimentos e menos consideram a vida como adversa. Por último, os Surdos do nosso estudo têm alguma capacidade de sentido dos acontecimentos de vida, encontrando estes uma razão suficiente para investir nestes acontecimentos de vida ($r=108,52$).

Portanto, o valor apresentado pela nossa amostra nas três sub-escalas conduz a um valor global do Sentido Interno de Coerência ligeiramente acima do meio da escala, dizendo-nos que talvez o carácter cognitivo, afectivo e informacional, que permite aos Surdos recuperarem a ordem e a coerência ao integrarem positivamente esse acontecimento na sua experiência de vida, encontra-se de certa forma desenvolvido. Entretanto podemos observar, num estudo realizado por Nunes (1998) com uma amostra de 643 indivíduos, valores ligeiramente acima da média da escala, para o Sentido Interno de Coerência. Do mesmo modo, Nilsson et al. (2000), num estudo efectuado com

1620 indivíduos verificou valores de Sentido Interno de Coerência, ligeiramente acima da média.

De seguida, passamos à análise da Auto-Estima. Os Surdos que constituíram a nossa amostra apresentaram um valor ligeiramente acima do meio da escala de Auto-Estima (22,84), denotando que estes possuem alguma Auto-Estima. Este valor da Auto-Estima dos Surdos da nossa amostra, talvez derive de uma correcta avaliação que estes Surdos fazem das suas capacidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral. Como refere Saint Paul (1999), a Auto-Estima é a avaliação positiva que a pessoa faz de si, fundada na consciência do próprio valor e da sua importância inalienável enquanto ser humano. Portanto, a Auto-Estima assenta num sentimento de segurança que dá a certeza de se poder utilizar o livre arbítrio e as faculdades de aprendizagem para enfrentar, de forma responsável e eficaz, os acontecimentos e os desafios de vida.

Coopersmith (1967) realizou um amplo estudo sobre a Auto-Estima, onde aponta como factores importantes na construção da Auto-Estima: o valor que a criança percebe dos outros em direcção a si, expresso em afecto, elogios e atenção, a experiência da criança com sucessos ou fracassos, a definição individual da criança de sucesso e fracasso, as aspirações e exigências que a pessoa coloca a si mesma para determinar o que constitui sucesso e a forma da criança reagir a críticas ou comentários negativos.

Portanto, os Surdos da nossa amostra parecem ter uma imagem de si próprios positiva e que parece condizer com o valor do Sentido Interno de Coerência.

Tentemos, agora, perceber a influência das variáveis sociodemográficas (idade, género, situação conjugal, habilitações literárias, fonte de rendimento, conforto na habitação) no Sentido Interno de Coerência.

A idade, no nosso estudo, não apresenta uma relação estatisticamente significativa com o Sentido Interno de Coerência ($r = -,07$), entretanto, podemos observar dois estudos referenciados por Holmberg et al (2004), no primeiro o Sentido Interno de Coerência aumenta com a idade e no segundo, o Sentido Interno de Coerência correlaciona-se negativamente com esta variável. Noutro estudo efectuado por Nilson et al (2000), os indivíduos com idade superior apresentavam valores mais elevados de Sentido Interno de Coerência.

No que respeita ao género, esta variável sociodemográfica apresentou uma correlação significativa com o Sentido Interno de Coerência ($r = -,57$), como podemos observar na investigação de Antonovsky (1987), este autor refere que o género não é indiferente à constituição do Sentido Interno de Coerência. Alguns estudos revelam que o impacto dos estímulos stressantes é superior no género feminino e que as mulheres reagem mais intensamente do que os homens aos stressores (Haw, 1982, Kessler, 1984). Outro estudo efectuado por Slack (1988) refere que apesar dos homens e mulheres experimentarem um conjunto semelhante de acontecimentos de vida indesejados, a sua relação com estes acontecimentos de vida diferia. Podemos observar portanto, que as diferenças entre homens e mulheres se estabelecem relativamente ao Sentido Interno de Coerência. Podemos ainda observar, num estudo realizado por Nunes (1998), que os homens apresentaram valores de Sentido Interno de Coerência ligeiramente superiores aos das mulheres. Do mesmo modo, estudos realizados por Nilsson et al (2000) e Holmberg et al (2004) verificaram que os homens apresentam valores mais altos de Sentido Interno de Coerência relativamente às mulheres.

No nosso estudo, não foi observado uma correlação estatisticamente significativa entre a situação conjugal e o Sentido Interno de Coerência ($r = ,12$). Podemos observar, segundo um estudo de Nilsson et al (2000), que os indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos apresentam valor baixos de Sentido Interno de Coerência, no entanto, o estudo realizado por Svartvik et al (2000) não revelou uma correlação significativa entre a situação conjugal e o Sentido Interno de Coerência.

Ao nível das habilitações literárias, esta variável revelou uma correlação estatisticamente significativa com o Sentido Interno de Coerência ($r = -,28$). Assim, estudos realizados por Nilsson et al (2000) e por Holmberg et al (2004) referem não existir relação entre as habilitações literárias e o Sentido Interno de Coerência. No entanto, os estudos realizados por Callahan e Pincus (1995), por Svartvik et al (2000) e por Richardson et al (2001) apresentaram uma correlação significativa entre as habilitações literárias e o Sentido Interno de Coerência.

As restantes variáveis sociodemográficas analisadas referem-se à fonte de rendimento e ao conforto na habitação dos Surdos da nossa amostra, estas

variáveis não mostraram uma correlação significativa com o Sentido Interno de Coerência ($r = -,16$) ($r = -,02$). Contrariamente, num estudo efectuado por Lundberg (1994), este autor revela que uma baixa fonte de rendimento e más condições de habitação têm uma relação directa e significativa com um baixo valor de Sentido Interno de Coerência.

De seguida, apresentamos os resultados referentes às restantes hipóteses de investigação.

No que concerne a H1 – *Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Auto-Estima*, comprovamos a existência de uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Auto-Estima ($r = ,88$) para $p < ,01$. Os Surdos que apresentam um valor do Sentido Interno de Coerência mais elevado são aqueles que possuem maior Auto-Estima. Esta associação é relevante, uma vez que um Sentido Interno de Coerência forte e bem estruturado pode conduzir ao desenvolvimento de uma maior Auto-Estima.

Relativamente a H2 – *Quanto maior é o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos maior é o valor da sua Auto-Estima*, a nossa hipótese foi confirmada, uma vez que existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima ($r = ,88$) para $p < ,01$.

Relativamente a H3 – *Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Idade*, face aos resultados apresentados, a nossa hipótese não foi confirmada, ou seja não comprovamos a existência de uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua idade. Este resultado não nos permite afirmar que o valor do Sentido Interno de Coerência apresenta uma relação com a idade dos Surdos.

No que concerne a H4 – *Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e o seu Género*, comprovámos a existência de uma relação significativa, entre o valor do Sentido Interno de Coerência e o Género dos Surdos ($r = -,57$) para $p < ,01$. De facto, a literatura assinala estas diferenças, como é o caso dos estudos efectuados por Haw, (1982), Kessler, (1984), Slack (1988), Nunes (1998), Nilsson et al (2000) e Holmberg et al (2004).

Em relação a H5 – *Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e a sua Situação Conjugal*, a nossa hipótese não foi confirmada. Este resultado não nos permite afirmar que o valor do Sentido Interno de Coerência apresenta uma relação significativa com a situação conjugal dos Surdos.

No que respeita a H6 – *Existe uma relação significativa entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e as suas Habilitações Literárias*, face aos resultados apresentados a nossa hipótese não foi confirmada, este resultado não nos permite afirmar que o valor do Sentido Interno de Coerência apresenta uma relação significativa com as habilitações literárias dos Surdos.

Após a discussão dos resultados, passamos de seguida a apresentar algumas das limitações deste estudo.

2. LIMITAÇÕES

Uma das limitações do nosso estudo foi a de não estudar de forma aprofundada a relação entre o valor do Sentido Interno de Coerência dos Surdos e o seu estrato social, uma vez que existem alguns estudos nesta área, mas a maioria destes, não são com amostras de Surdos.

O tamanho da amostra foi outra limitação do nosso estudo. Este facto resultou da dificuldade em fazermos mais deslocações a pontos do país mais distantes. Assim, a nossa amostra parece comprometida, devido ao seu reduzido tamanho, uma vez que um maior número de participantes na amostra corresponderia a uma distribuição mais heterogénea e consequentemente a dados mais consistentes.

No que concerne à recolha dos dados, o preenchimento dos instrumentos pode ter sido influenciado pelo facto dos instrumentos serem administrados em contexto de sala de aula no início de acções de formação dos Surdos. Apesar do questionário de recolha de dados ser algo breve, parece que este foi respondido com pouca atenção e reflexão.

Em função das limitações referidas, em investigações futuras seria importante realizar estudos com um grupo de comparação, que incluísse

indivíduos ouvintes numa faixa etária semelhante. Este género de investigação permitiria a comparação dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antonovsky (1987) descreve todo um conjunto de recursos de resistência, que inclui recursos materiais e intelectuais, identidade do ego, estratégias de coping, apoio social, redes sociais, motivação, coesão, controlo, religião, entre muitas outras. Todos estes recursos resultam numa atitude para com a vida de acção preventiva da doença. O modelo salutogénico postula uma determinante específica para a saúde e o bem-estar – O Sentido Interno de Coerência. Se o indivíduo revelar uma alta Capacidade de Compreensão, ele olha os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. Para o seu valor baixo, os indivíduos estão desmunidos quanto à percepção que desenvolvem dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pelas situações stressantes. Quanto mais alto o sentido da Capacidade de Gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e menos considera a vida como antagónica.

Quando é considerada a dimensão da Capacidade de Investimento, se ela é orientada para um valor elevado, os sujeitos retiram dos acontecimentos de vida sentido, e por isso, encontram razão para neles investir a sua energia e interesse. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir recursos para conseguir superar as situações adversas.

O Sentido Interno de Coerência é um constructo recente, complexo e influenciado por inúmeros factores sócio-culturais. É relevante mencionar que, o Sentido Interno de Coerência, tomado como uma variável independente (e não como mais uma maneira para medir *a saúde* de um indivíduo) é um constructo que compreende a saúde como algo muito mais global (definição da saúde da OMS) do que aquilo que o modelo bio-ético apresenta. A ambiguidade e a complexidade do Sentido Interno de Coerência são determinadas pela dificuldade em encontrar uma única definição para este construto. Como vimos anteriormente, este pode conter diversas definições: uma medida de saúde mental; uma variável preditora de saúde; uma medida simples de depressão ou um traço de personalidade.

Ser Surdo em Portugal ainda apresenta grandes desafios para uma saudável inserção em sociedade, os Surdos continuam a ser vistos como indivíduos incapacitados de realizar as mesmas tarefas dos ouvintes, sendo vítimas do estereótipo da Surdez, no entanto, esta diferença acontece porque não têm as mesmas oportunidades de acesso às oportunidades sociais, nomeadamente ao mercado de trabalho que os ouvintes têm.

O Surdo apoia-se maioritariamente em instituições para Surdos que os ajudam a encontrar os mecanismos necessários para uma vida com mais sentido e com menos barreiras. Apesar dos esforços destas instituições, estes recursos não são suficientes para abranger toda a população Surda, acabando esta por apresentar inúmeros problemas psicossociais. A família tem aqui um papel preponderante para minimizar as consequências negativas do facto de ser Surdo, constituindo por isso a base principal do desenvolvimento equilibrado do Surdo. Logo, a família do Surdo também necessita de acompanhamento educacional e psicológico, de forma a reduzir o stress familiar.

O Surdo enfrenta assim enormes desafios, necessitando de grandes recursos intrínsecos e extrínsecos para os ultrapassar. Desta forma, a nossa investigação centrou-se no Sentido Interno de Coerência e na Auto-Estima numa amostra de Surdos.

A nossa investigação evidenciou que os valores do Sentido Interno de Coerência e de Auto-Estima situavam-se ligeiramente acima da média da escala, denotando um suficiente Sentido Interno de Coerência e Auto-Estima da nossa amostra de Surdos.

A relação entre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima também ficou confirmada no nosso estudo, sendo que à medida que aumenta o Sentido Interno de Coerência, aumenta também a Auto-Estima. Logo, um Sentido Interno de Coerência forte origina uma maior Auto-Estima.

Apenas as variáveis sociodemográficas do género e das habilitações literárias mostraram ter influência no Sentido Interno de Coerência.

Nota-se assim, a importância de um apoio à família e ao Surdo o mais cedo possível, de forma a estruturar um Sentido Interno de Coerência capaz de fazer face aos desafios da vida, potenciando uma maior Auto-Estima no Surdo.

Face ao exposto uma das implicações que pode ser retirada deste estudo é a necessidade de se criarem mais condições para que os Surdos e as suas famílias adquiram instrumentos eficazes para os seus processos de desenvolvimento humano, nomeadamente no investimento em mais infra-estruturas com equipas multidisciplinares que abarquem toda a problemática do Surdo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioural Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention* (pp. 114-129). San Francisco: John Wiley and Sons Inc.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Antunes, A. & Ricou, M. (1998). Esfera psicológica na reabilitação auditiva. In R. Nunes (coord.), *Controvérsias na reabilitação da criança Surda* (pp.139-170). Porto: Fundação Eng. António de Almeida.
- Arfouilloux, J. C. (1980). *A entrevista com a criança – A abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Baumeister, R. F. (1994). Self-esteem. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (4, pp. 83-87). San Diego: Academic Press.
- Behars, L. E. (1993). Nuevas corrientes en la educación del sordo: de los enfoques clínicos a los culturales. *Cadernos de Educação Especial*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 1 (4), 20-53.

- Bemsira, Z. (1985). Potency: a stress-buffering link in the coping-stress disease relationship. *Social Science and Medicine*, 21, 397-406.
- Bouton, C. P. (1977). *O desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Moraes Editores.
- Brill, R. G. (1977). Cociente intelectual superior en niños sordos hijos de padres sordos. In P. J. Fine, *La sordera en la 1ª e 2ª infância* (pp. 109-115). Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Carnel, S. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32 (10), 1089-1096.
- Chomsky, N. (2000). *New Horizons in the Study of Language and Mind*. Cambridge: University Press.
- Cleve, J. V. (1987). *Gallaudet encyclopedia of deaf people and deafness*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Combs, A., & Snygg, D. (1959). *Individual behaviour*. New York: Harper.
- Côloa, J. (2003). *Observatório dos apoios educativos – Relatório 2002/2003*. Lisboa: ME-DEB.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Costa, A. V. (2000). Atitudes dos pais de adolescente surdos face à integração sócio-afectiva dos seus filhos. *Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Crandall, J. (1984). Social interest as a moderator of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 164-174.
- Cuxac, C. (1980). L'éducation des sourds en France depuis l'Abbée de l'Épée: aperçu linguistique et historique sur la Langue des Signes Française. *Thèse de Doctorat de 3ème cycle en Linguistique*. Paris: Univ. René Descartes.
- Cuxac, C. (1989). Le Congrès de Milan. In A. Karacostas & L. Couturier (Eds.), *Le pouvoir des signes. Sourds et citoyens*. Paris: INJS.
- De Saint-Paul, J. (1999). *Estime de soi, confiance en soi*. Paris: Inter Éditions.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Academic Press.
- Delgado-Martins, M. R. (1985). Breve Síntese Histórica. In A. Melo & M. R. Delgado-Martins, *A criança deficiente auditiva – Situação educativa em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Elsmann, S., Matkin, N. & Sabo, M. (1987). Early identification of congenital sensorineural hearing impairment. *Hearing Journal*, 40(9), 13-17.
- Engström, H. & Engström, B. (1976). *Estrutura e função do ouvido interno: 1- O órgão de Corti*. Dinamarca: Widex.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59, 460-466.
- Fernandes, E. (2003). *Linguagem e Surdez*. Porto Alegre: Artmed.

- Filho, O. (1994). Deficiência auditiva. In O. Filho & C.H. Campos, *Tratado de otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca.
- Francone, C., Jacob, S. W. & Lossaw, W. J. (1990). *Anatomia e fisiologia humana*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Fried, M. (1982). The endemic stress: the psychology of resignation and the politics of scarcity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 4-19.
- Fox, K. H. (1998). Advances in the measurement of the physical self. In J. L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 295-310). Morgantown: FIT.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Graffar, M. (1957). *Cinq cents familles d'une commune de l'agglomération bruxelloise*. Bruxelles: Institut de sociologie Solvay.
- Graffar, M. (1966). Contribution à l'étude de l'influence des conditions socio-économiques sur la croissance et le développement de l'enfant. *Courrier*, 15, 1-25.
- Haw, M. (1982). Women, work and stress: a review and agenda for the future. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 132-144.
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver, CO: University of Denver.
- Holmberg, S., Thelin, A. & Stiernstrom, E. (2004). Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 227-236.
- Hunt, A. (1982). *Classes e Estrutura de classes*. Lisboa : Edições 70.

- Jiménez, R., Prado, F., Moreno, L. & Rivas, A. (1997). O deficiente auditivo na escola. In R. Bautista (coord.), *Necessidades educativas especiais* (pp. 349-375). Lisboa: Dinalivro.
- Kessler, R. C. (1979). A strategy for studying differential vulnerability to the psychological consequences of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 100-108.
- Kirk, S. & Gallagher, J. (1991). *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fonseca.
- Kobasa, S. (1979). Stressfull life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 707-717.
- Koch, M., Wyatt, J., Francis, H. & Niparko, J. (1997). A model of education resource use by children with cochlear implants. *Otolaryngology head and neck surgery*, 117, 174-179.
- Korotkov, D. L. (1993). An assessment of the Sense of Coherence personality measure: issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14, 575-583.
- Laborit, E. (2000). *O grito da gaivota*. Lisboa: Editorial Caminha.
- Lacerda, C.B.F. (1996). Os processos dialógicos entre aluno surdo e professor ouvinte: examinando a construção de conhecimentos. *Tese, Doutorado em Psicologia da Educação* (p. 153). Campinas, São Paulo: Faculdade de Educação da Unicamp.
- Lane, H. (1984). *When the mind hears: a history of the deaf*. New York: Random House.

- Lane, H. (1992). *A máscara da benevolência: a comunidade surda amordaçada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lang, H. G. (1996). Revisiting history: Sign language in the 17th century. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1 (1), 91-92.
- Lazarus, S. R. (1997). *Stress and coping, an anthology*. New York: Columbia University Press.
- Lederberg, A. M. & Prezbindowski, AS. K. (2000). Impact of child deafness on mother- toddler interaction: strengths and weaknesses. In P. E. Spencer, C. J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and at school* (pp. 73-92). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Lima, R. (2000). *Linguagem infantil – da normalidade à patologia*. Braga: Edições APPACDM.
- Lorent, M. C. (1996). Orientaciones sobre la sordera a los padres. *Fiapas*, 52, 39-53.
- Lundberg, O. (1993). *The effect of the sense of coherence on health status in Sweden*, Swedish Institute for social research, Stockholm University.
- Marchesi, A. (1995). Comunicação, linguagem e pensamento das crianças surdas. In C. Coll, J. Palacios & A. Marchesi, *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar* (pp. 198-214). Porto Alegre: Artes Médicas
- Marrow-Lette, C. (1991). Sordera y language oarl. In J. Rondal & X. Seron (org.), *Transtornos del language 2 tartamudez, sordera, retraso mental, autismo* (pp. 359-393). Barcelona: Ediciones Paidós.

- Mauk, G. H. (1991). The effectiveness of screening programs based on high risk characteristics in early identification of hearing impairment. *Ear Hearing, 12*, 312-19.
- Melo, A., Moreno, C., Amaral, I., Silva, M. L. & Martins, M. R. (1986). *A criança deficiente auditiva – Situação educativa em Portugal*. Lisboa: Fundação Gulbenkian.
- Melo, A. (1989). A audição. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologista, XXVII* (6), 331-336.
- Melo, H. P. (1998). Aspectos jurídicos dos implantes cocleares. In R. Nunes (Ed.), *Controvérsias na reabilitação da criança surda* (pp. 191-204). Porto: Fundação Eng. António de Almeida.
- Monroe, S. M. (1982). Life events and disorder: Event-symptom associations and the course of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 9*, 14-24.
- Moura, M. C. (2000). *O Surdo: Caminhos para uma nova identidade*. Rio de Janeiro: RevinteR.
- Myklebust, H. R. (1975). *Psicologia del sordo*. Madrid: Magistério Español.
- Nilsson, B., Holmgren, L. & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden – Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 18*, 14-20.
- Nunes, L. A. (1999). *O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Relatório de Investigação para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, apresentado na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

- Nunes, R. (1998). *Controvérsias na reabilitação da criança Surda*. Porto: Fundação Eng. António de Almeida.
- Nunes, R. & Rodrigues, M. R. (1998). Reabilitação auditiva na infância. Poderes e limites da intervenção médica. In R. Nunes (Ed.), *Controvérsias na reabilitação da criança Surda* (pp. 25-52). Porto: Fundação Eng. António de Almeida.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*. Lisboa: Secretaria Nacional da Reabilitação.
- Pappas, D.G. (1993). A study of the risk for sensorineural hearing impairment. *Arch. Otolaryngol-Head and Neck Surgery*, 91, 41-44.
- Pelham, B.W. & Swann, W.B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structures of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 672-680.
- Reis, M. J. & Gil, T. (2003). *Observatório dos Apoios Educativos – Relatório 2002/2003: Domínio sensorial-audição*. Lisboa: ME-DEB.
- Reis, M. J. & Oliveira, J. M. (2000). *Observatório dos Apoios Educativos – Relatório 1998/99: Alunos Surdos*. Lisboa: ME-DEB.
- Ricou, M., Antunes, A., Hespanhol, A. & Nunes, R. (1999). *Atendimento a deficientes auditivos: avaliação do seu grau de satisfação*. Vilamoura: Comunicação apresentada em forma de Poster no 16.º Encontro Nacional de Clínica Geral.
- Ricou, M., Sousa, A., Antunes, A. & Nunes, R. (1998). A criança face à prótese auditiva. In R. Nunes (Ed.), *Controvérsias na reabilitação da criança Surda* (pp. 53-77). Porto: Fundação Eng. António de Almeida.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology englewood cliffs*. New Jersey: Prentice Hall
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 609-614.
- Scliar-Cabral, L. (1988). Semelhanças e diferenças entre a aquisição das primeiras línguas e a aquisição sistemática da segunda língua. In M. Bohn & P. Vabdrsen (Eds.), *Tópicos de linguística aplicada: o ensino de línguas estrangeiras* (pp.40-49). Florianópolis: UFSC.
- Selye, H. (1974). *The stress of life*. New York: J.B. Lippincott.
- Silva, I., Kauchakje, S. & Gesueli, Z. (2003). *Cidadania, surdez e linguagem*. São Paulo: Plexus Editora.
- Silva, T. (1997). A política e epistemologia do corpo normalizado. *Revista Espaço*, 8, 3-15.
- Simões, A. & Lima, M. P. (1992). Desenvolvimento do conceito de si escolar, em adultos analfabetos: um estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 227-248.
- Skliar, C. (1997). Uma perspectiva sócio-histórica sobre a psicologia e a educação dos surdos. In C. Skliar (org.), *Educação e exclusão: abordagens sócio-antropológicas em educação especial* (pp. 105-153). Porto Alegre: Mediação.
- Slack, D. (1988). Undesirable life events and depression: the role of event appraisals and social support. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 290-296.

- Souza, R. M. (1986). *Contribuição ao estudo de personalidade do adolescente surdo através do T.P.C. de Max Pfister*. Dissertação, Mestre em Psicologia Clínica. Campinas: Instituto de Psicologia da Puccamp.
- Stokoe, W. (1960). *Sign language structure*. Maryland: Linstok Press.
- Sullivan, P. M. (1982). Administration modifications on the Wisc-R performance scale with different categories of deaf children. *American annals of the deaf*, 127 (6), 780-788.
- Super, D. E. (1955). Transition: from vocational guidance to counselling psychology. *Journal of Counselling Psychology*, 2, 3-9.
- Svartik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., Schersten, B. & Nilsson, P. M. (2000). Dyslipidemia and impaired well-being in middle-aged women reporting low sense of coherence – The women's health in the lund area (WHLA) study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 117-182.
- Taylor, S. (1986) *Health psychology*. New York: Random House.
- Valmaseda, M. (1987). Interacción, desarrollo social y características de personalidad del niño sordo. In A. Marchesi (Ed.), *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vieira, L. (1998). Genética da surdez hereditária. In R. Nunes (coord), *Controvérsias na reabilitação da criança Surda* (pp. 79-102). Porto: Fundação Eng. António de Almeida.

- Wamae, G. M. I. & Kang'ethe-Kamau, R. W. (2004). The concept of inclusive education: teacher training and acquisition of English language in the hearing impaired. *British Journal of Special Education*, 31 (1), 33-40.
- Weber, B. A. & Diefendorf, A. (2001). Triagem auditiva neonatal. In F. E. Musiek & W. F. Rintelmann, *Perspectivas actuais em avaliação auditiva* (pp. 323-341). São Paulo: Manole.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- WHO (1997). *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*. Compenhagen: WHO.
- Willis, J. D. & Campbell, L. F. (1992). *Exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ysseldyke, J. & Algozzine, B. (1995). *Special education: a practical approach for teachers*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Zemlin, W. R. (2005). *Princípios de anatomia e fisiologia em fonoaudiologia* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo I – Questionário de Recolha de Dados

Anexo II – Pedido de colaboração para realização de estudo

Anexo I

Questionário de Recolha de Dados

**Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra**

Por favor, leia atentamente cada questão e responda verdadeira e espontaneamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento.

O questionário demora cerca de 10 minutos a ser completado. Os dados recolhidos são anónimos e serão utilizados apenas nesta investigação.

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração!

Parte I

De seguida, encontrará várias questões às quais deverá responder de forma breve no espaço sublinhado ou marcar uma cruz (X) no quadrado que mais se adequa ao seu caso.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

Masculino
Feminino

3. Situação Conjugal:

Solteiro/a
Casado/a ou em união de facto
Divorciado/a
Viúvo/a

4. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal
1º Ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano)
2º Ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano)
3º Ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)
Ensino Secundário (10º - 12º ano)
Ensino Superior

5. Profissão: _____

6. Fontes de rendimentos:

Faça um círculo (○) (apenas um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação.

1	2	3	4	5	6
Heranças	Rendimentos ou lucros de empresas e propriedades Altos honorários Lugares bem remunerados	Vencimento mensal fixo	Remunerações inferior ao salário mínimo nacional Pensionistas ou reformados Vencimentos incertos	Subsídios de beneficência pública ou privada	Nenhum

7. Conforto da habitação:

Faça um círculo (○) (apenas um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponda à sua situação.

1	2	3	4	5
Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo o máximo de conforto	Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação, com cozinha, casa de banho, e electrodomésticos essenciais	Casa ou andar degradado, com cozinha e casa de banho	Alojamento impróprio para uma vida decente ou andares desprovidos de todo o conforto.

Parte II

Faça uma cruz (X) (apenas uma em cada frase) no quadrado que mais se adequa ao seu caso.

2. Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não o compreendem?	Nunca tenho essa impressão	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	Tenho sempre essa impressão
3. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que...	...as coisas não iriam ser feitas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	...as coisas iriam ser feitas

<p>4. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...</p>	<p>...como pessoas estranhas <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...como pessoas que conhece muito bem</p>
<p>5. Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?</p>	<p>Muito raramente não me interessa <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Muito frequentemente não me interessa</p>
<p>6. Já lhe aconteceu ter ficado surpreendido com o comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?</p>	<p>Nunca aconteceu <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Aconteceu sempre</p>
<p>7. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida, contava?</p>	<p>Nunca aconteceu <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Aconteceu sempre</p>
<p>8. A vida é:</p>	<p>Cheia de interesse <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Absolutamente rotineira</p>
<p>9. Até hoje na vida...</p>	<p>...não consegui nem objectivos nem rumo próprio <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...consegui objectivos e rumo próprio</p>
<p>10. Sente que não é tratado/a com justiça?</p>	<p>Muito frequentemente <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Raramente ou nunca</p>
<p>11. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido...</p>	<p>...cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...completamente consistente e previsível</p>
<p>12. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente...</p>	<p>...completamente fascinantes <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...tremendamente aborrecidas</p>
<p>13. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?</p>	<p>Acontece frequentemente <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Nunca ou raramente acontece</p>
<p>14. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida:</p>	<p>Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Nunca há solução para as situações difíceis da vida</p>
<p>15. Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente...</p>	<p>...sente quão bom é viver <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo</p>
<p>16. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é</p>	<p>Sempre confusa e difícil de encontrar <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 Sempre fácil e sem dúvidas</p>
<p>17. Aquilo que você faz diariamente é...</p>	<p>...uma fonte de profunda satisfação e prazer <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>6 <input type="checkbox"/>7 ...uma fonte de sofrimento e aborrecimento</p>

<p>18. A sua vida futura será provavelmente...</p>	<p>...cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>...perfeitamente coerente e previsível</p>
<p>19. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para...</p>	<p>...afundar-se no problema</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>...dizer para si mesmo: "<i>Paciência, tudo se há-de resolver</i>" e vamos em frente</p>
<p>20. Tem sentimentos e ideias muito confusos?</p>	<p>Muito frequentemente</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muito raramente ou nunca</p>
<p>21. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:</p>	<p>Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação</p>
<p>22. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?</p>	<p>Muito frequentemente</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muito raramente</p>
<p>23. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro...</p>	<p>...não terá nem sentido nem objectivo</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>...terá pleno sentido e objectivo</p>
<p>24. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?</p>	<p>Estou certo que haverá</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Duvido que haja</p>
<p>25. Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?</p>	<p>Muito frequentemente</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muito raramente ou nunca</p>
<p>26. Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?</p>	<p>Nunca</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muitas vezes</p>
<p>27. Quando teve de enfrentar algum problema, você geralmente acabou por verificar que...</p>	<p>...avaliou mal a importância do problema</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>...avaliou correctamente a importância do problema</p>
<p>28. Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que...</p>	<p>...conseguirá ultrapassar as dificuldades</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>...não conseguirá ultrapassar as dificuldades</p>
<p>29. Com que frequência sente que as coisas que você faz na sua vida diária têm pouco sentido?</p>	<p>Muito frequentemente</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>	<p>Muito raramente ou nunca</p>

30. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
---	----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

Parte III

Faça uma cruz (X) (apenas uma em cada frase) no quadrado que mais se adequa ao seu caso.

	Concordo Muito	Concordo Um Pouco	Discordo Um Pouco	Discordo Muito
1. De forma geral, estou satisfeito comigo mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Às vezes, penso que não presto para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Penso que tenho algumas boas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II

Pedido de colaboração para realização de estudo

Assunto: Pedido de colaboração para realização de estudo sobre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima em Surdos.

Eu, Igor Zara Ferreira Alves Castro Moreira, encontrando-me a elaborar a minha dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso Lima, sobre o Sentido Interno de Coerência e a Auto-Estima em Surdos, venho solicitar, respeitosamente, a V.Ex^a. autorização para proceder à recolha de dados junto da população Surda.

Grato pela atenção e compreensão que o meu pedido possa merecer para a realização deste estudo, subscrevo-me com os meus cumprimentos.

Peço deferimento

Porto, 11 de Novembro de 2009

Atenciosamente

Igor Moreira