

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Luana Foroni Andrade

**NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA E BARREIRAS E FACILITADORES PARA SUA
PRÁTICA ENTRE ADOLESCENTES SURDOS E OUVINTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício” (Linha de Pesquisa: Esporte, Condições de Vida e Saúde), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

UBERABA

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

A568n Andrade, Luana Foroni
 Níveis de atividade física e barreiras e facilitadores para sua prática entre
adolescentes surdos e ouvintes / Luana Foroni Andrade. -- 2015.
 84 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2015
Orientador: Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

1. Educação física - Adolescente. 2. Atividade motora - Adolescente.
3. Surdos. I. Castro, Shamyry Sulyvan de. II. Universidade Federal do Triân -
gulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.71-053.6

Luana Foroni Andrade

**NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA E BARREIRAS E FACILITADORES PARA SUA
PRÁTICA ENTRE ADOLESCENTES SURDOS E OUVINTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício” (Linha de Pesquisa: Esporte, Condições de Vida e Saúde), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Shamyry Sulyvan de Castro

Aprovada em 05 de fevereiro de 2015

Banca Examinadora:

Dr. Shamyry Sulyvan de Castro – orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Dra. Regina Maria Rovigati Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Dra. Patrícia Cristina Andrade Pereira
Grupo Uninter – Curitiba/PR

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de maneira direta ou indireta trilharam seus caminhos próximos ao meu. Permitindo que eu fizesse parte de suas vidas e modificando a minha de maneira peculiar para que eu chegasse até aqui.

Em especial agradeço ao MARCELO pelo amor, apoio, companheirismo, amizade, incentivo, confiança, e pela paciência e acolhimento diários que transformavam meus maiores desafios e frustrações no desejo de tentar novamente e de acreditar que era possível ir mais longe.

Aos meus pais ARI e LÚCIA pelo amor e carinho dedicados com sorrisos e abraços. Pela confiança, pelo afeto e colo que sempre fizeram das dores e dos medos algo infinitamente menor.

Aos meus irmãos MAGNO, GUILHERME e ao meu cunhado irmão LEONARDO pelo incentivo que sempre me fizeram seguir e acreditar que valeria a pena.

À minha sogra LEILA, pela dedicação e incentivo de mãe.

Aos meus amados avós JEANETTE e EDSON pela compreensão dos momentos de ausência e pelo entusiasmo a cada pequena conquista. À minha vó OFÉLIA, que se fez presente na minha jornada, em vida durante minha infância e juventude, e posteriormente nos reflexos de seus ensinamentos para o despertar da leitura e do estudo. Aos tios, primos, em especial às minhas tias corujas ANA AUGUSTA, EDNA, MARA e ROSANA, às minhas primas em especial à ANNELISE e CRISTIANE pelo amor e carinho dedicados a cada etapa desse processo, cheios de carinho e orgulho de irmãs.

Aos amigos, em especial à ADRIANA, LEIDIANE, KÁTIA, AUGUSTO, LEONARDO, LIDYANE, ADAN, ANDRÉ, MARCELLA, LOVANE, GISELE por vibraram e torceram por minha vitória e por se tornarem pelos laços da vida seres de fundamental importância no meu caminhar.

À professora Ms. LUCIENY e a Dra. RENATA pelo carinho e incentivo à busca pela carreira docente e de pesquisadora.

Os meus sinceros agradecimentos aos professores do Programa em especial às professoras Dra. REGINA e Dra. VILMA, bem como os professores e pesquisadores externos Dra. PATRÍCIA, Dr. RENATO e Dr. FELIPE pelas contribuições e avanços no decorrer de todo o processo.

Ao meu orientador Prof^o Dr. SHAMYR SULYVAN DE CASTRO pela confiança e pelas serenas orientações que contribuíram imensamente para meu crescimento pessoal e

profissional durante essa jornada, sendo um grande exemplo do profissional e professor que me inspiro em ser.

Aos professores e representantes da comunidade surda HELY e GEYSE e à intérprete RENATA, pela dedicação e parceria, pelo cuidado e acolhida a cada encontro e pelo auxílio valioso na construção deste estudo.

Aos colegas de turma, àquelas que especialmente me tocaram e levo com muito carinho por minha jornada ANA PAULA, ANDREZA, DANYELLE, JANAINÉ, LÉLIA, LILIANE, LUIZA, MARIA DA CONCEIÇÃO e TALITA, pelo respeito, aprendizado e conhecimentos compartilhados.

Aos profissionais do Programa de Mestrado em Educação Física, em especial à ANGÉLICA e ANA LÚCIA pelo cuidado, carinho e orientação.

Às escolas parceiras, diretores, coordenadores pedagógicos, professores, intérpretes e funcionários pelo acolhimento e disponibilidade. Em especial FLORENCE, VIVIAN, JOSÉ RONAN.

Por fim, à comunidade surda de Uberaba que me acolheu com tanto carinho e de forma sensível fez com que me apaixonasse por todo esse universo. Inspirou e tornou esse trabalho possível ao confiar e dedicar esforços e tempo à concretização dessa pesquisa.

RESUMO

Hoje uma das maiores preocupações discutidas em relação à população de crianças e adolescentes tem sido a prática insuficiente de atividade física ou o uso de dietas não saudáveis, com grandes desequilíbrios energéticos com sérias implicações para a saúde e o bem estar. Pesquisas com enfoque nas causas e na descrição desses cenários visando a implementação de ações que incentivem mudanças de comportamento nos indivíduos, famílias e comunidades, principalmente em populações em minoria linguística cultural, como os surdos, não foram encontradas na literatura. Assim, este estudo tem por objetivo investigar e comparar os fatores ambientais para a prática de atividades físicas segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, bem como os níveis de atividade física entre adolescentes surdos e ouvintes. Esta pesquisa quantitativa, descritiva de natureza investigativa analítica e comparativa utilizou-se dos instrumentos Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) e Checklist da CIF com enfoque nos fatores contextuais, ambientais, sendo estes traduzidos e aplicados com a população surda em língua brasileira de sinais (LIBRAS). Os resultados angariados mostraram diferença estatística significativa entre os adolescentes surdos e ouvintes quanto aos níveis de atividade física, sendo que 29,03% do grupo de adolescentes surdos foram classificados como ativos, enquanto 61,29% dos adolescentes ouvintes assim foram classificados ($p < 0,05$). Apesar dos adolescentes surdos também apresentarem mais barreiras e menos facilitadores que os ouvintes, a diferença entre grupos não foi estatisticamente significativa. Este estudo corroborou com outros estudos nacionais que estudam a prática de atividade física na população de adolescentes, confirmando os baixos níveis de atividade física também encontrados em outras amostras de adolescentes no país. Apesar do grupo surdos ter apresentado desfechos mais negativos comparado ao grupo de ouvintes os resultados encontrados em uma população e outra não expõem incapacidades relacionadas à condição biológica, mas refletem desafios quanto à condição cultural. Ser surdo em um ambiente pouco sensível à multiplicidade, adaptado apenas ao ouvinte, pode acarretar em resultados negativos à essa população se comparada à população de ouvintes.

Palavras-chave: Surdez. Adolescente. CIF. Exercício. Linguagem de Sinais.

ABSTRACT

Today one of the major concerns discussed in relation to the population of children and adolescents has been insufficient physical activity or the use of unhealthy diets, with large energy imbalances with serious implications for health and well-being. Research focused on the causes and description of these scenarios for the implementation of actions that encourage behavioral changes in individuals, families and communities, especially in populations in cultural linguistic minority as deaf, were not found in the literature. Thus, this study aims to investigate and compare the environmental factors for physical activity according to the International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF and the physical activity levels among deaf and hearing adolescents. This quantitative, descriptive and comparative analytical investigative nature we used the Physical Activity Questionnaire for Adolescents (QAFA) and ICF Checklist instruments with a focus on contextual and environmental factors, which are translated and applied to the deaf population in Brazilian signs language (LIBRAS). The results raised significant statistical difference between the deaf and hearing adolescents in their levels of physical activity, with 29.03% of the group of deaf adolescents were classified as active, while 61.29% of the adolescents hearing were classified active ($p < 0.05$). Despite deaf adolescents, also present more barriers and fewer facilitators than adolescents hearing, the difference between groups was not statistically significant. This study corroborated with other national studies that study the physical activity in the population of adolescents, confirming low levels of physical activity also found in other samples of adolescents in the country. Despite the deaf group presented with more negative outcomes compared to the group of hearing the results for one population and not expose other disabilities related to biological condition, but reflect challenges regarding cultural condition. Being Deaf in a bit sensitive to the multiplicity environment, tailored only to the hearing, can result in negative outcomes for this population compared to the population of hearing.

Key-words: Deafness. Adolescent. ICF. Exercise. Sign Language.

LISTA DE FIGURAS

Figura

1 Descrição quanto a interseções populacionais: populações com perda auditiva, deficientes auditivos e surdos	22
2 Modelo de cultura surda proposto por Baker-Shenk e Cokely	22
3 Interação dos componentes da CIF	30
4 Desenho do estudo	35
5 Descrição das variáveis do estudo	36
6 Fluxograma com o processo de seleção dos sujeitos	40
7 Escala análoga visual dos níveis de barreiras ou facilitadores da CIF	44

LISTA DE TABELAS

Tabela

1 - Descrição da Amostra	46
2 - Nível de Atividade Física a partir da comparação dos grupos	47
3 - Barreiras e Facilitadores para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados	48
4 - Níveis de barreiras para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados	51
5 - Níveis de facilitadores para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados	55

LISTA DE QUADROS

Quadro

1 - Caracterização de diferentes identidades surdas segundo estudiosos	23
--	----

LISTA DE SIGLAS

CBDS - Confederação Brasileira de Desportos dos Surdos

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DPI - Disabled People's International

ECA – Estatuto da criança e do adolescente

ET - Escore Total

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais

LPDS - Liga Portuguesa de Desporto para Surdos

LS – Língua de sinais

MS – Ministério da Saúde

NAF – Nível de atividade física

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

QAFA – Questionário de Atividade Física para Adolescentes

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	20
1.2.1 Objetivo geral	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 SURDEZ E CULTURA SURDA.....	20
2.2 PESQUISAS EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO SURDA.....	24
2.3 INCLUSÃO SOCIAL.....	25
2.4 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF.....	29
2.5 ATIVIDADE FÍSICA.....	31
3. MÉTODOS	35
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	35
3.1.2 Variáveis do estudo	36
3.2 POPULAÇÃO.....	36
3.2.1 Escola bilíngue	36
3.2.2 Escola regular	37
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA AMOSTRA.....	38
3.3.1 Composição da amostra	38
3.4 INSTRUMENTOS.....	41
3.4.1 Tradução e adaptação transcultural dos instrumentos	42
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	44
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	45
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	45
4. RESULTADOS	46
5. DISCUSSÃO	58
6. CONCLUSÃO	68
ANEXO A QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES	79
ANEXO B CHECKLIST CIF	80
APÊNDICE A DECLARAÇÃO DE PARCERIA	81
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82

APÊNDICE C APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....84

1. INTRODUÇÃO

A expressão da ocupação e da produção humana em suas diferentes formas sempre foram alvo de minha prática e pesquisa como Terapeuta Ocupacional. Compreender os papéis e o impacto da funcionalidade no cotidiano das pessoas, sua participação social e seu envolvimento em diferentes áreas de desempenho nortearam meu caminho.

Durante essa trajetória tive a oportunidade de ter contato com a comunidade surda. Pela primeira vez, pude vivenciar a realidade cultural e as dificuldades históricas dessa comunidade com riquíssimos elementos socioculturais inserida em contextos tão pouco sensíveis à diversidade, excludentes e voltados a experiências oro-auditivas.

Como no mito de Procusto¹ presenciei bizarras opressões veladas no cotidiano. Tentativas de imposições colonizadoras que subjugavam, padronizavam e anulavam pessoas. Num processo que, como nos traz Silva e Sales (2010) exclui a possibilidade de ser quem se quiser ser, favorecendo a não convivência com a diferença dentro de uma sociedade plural e reforçando relacionamentos restritos e entre iguais.

Existem estudos como o de Marin e Góes (2006) que apresentam as dificuldades enfrentadas por essa população nas atividades cotidianas, quando essa muitas vezes desconhece os seus direitos e transita por diversos espaços de maneira muito insatisfatória e, mesmo na vida adulta, dependem da companhia de um ouvinte para estabelecer uma comunicação. Estas mesmas autoras documentam trechos de outros estudos trazendo o testemunho de surdos que referenciam-se como estrangeiros, forasteiros e exilados, salientando a ausência de respeito às especificidades linguísticas e culturais das pessoas surdas.

Tendo por palco o meio social, há uma luta pela prevalência sobre os poderes e saberes nas sociedades, acobertando uma opressão social e cultural manifestada aparentemente nas reais e precárias condições de vida impostas às minorias que levam os diferentes à mercê do acultramento e à imposição quanto às suas identidades (SILVA, 2010). Nesses cenários, os discursos refletem a histórica relação de poder entre surdos e ouvintes, deixando nítida a complexidade de superar barreiras atitudinais e de comunicação, por essas barreiras envolverem as atividades cotidianas (MARIN; GÓES, 2006).

¹ História pertencente a mitologia grega, narrada na cidade de Elêusis, retrata a intolerância humana e a busca por uma padronização na figura de um ladrão que acolhia os visitantes que passavam pela cidade, mas os obrigava a deitar em uma cama que tinha exatamente o seu tamanho, cortando ou esticando as pernas e braços desses visitantes até o tamanho exato do móvel.

A afirmação e celebração da cultura surda envolve um posicionamento político do povo surdo desafiando o senso comum que preconiza a surdez por uma perspectiva sócio antropológica puramente patologizante, frutos da abordagem biomédica. Busca-se o reconhecimento de elementos específicos de um grupo linguístico minoritário. Ao contrário de visões paternalistas em relação aos sujeitos surdos, por vezes pautadas na preeminência da falta, essas celebrações a partir de novas compreensões afirmam a surdez como uma possibilidade de existir, divergindo de uma condição limitante e patológica a ser superada (NAKAGAWA, 2012).

Não só no Brasil (BRASIL, 2010a) como em diversos países, tem-se priorizado ações voltadas ao jovem, investindo pesquisas e fomentos que direcionem estratégias para adquirir melhores índices sociais, de saúde, educação, entre outros, permitindo alcançar esses índices com uma população com um envelhecimento mais saudável. Considerando que a criança de ontem é o adulto de hoje e o idoso de amanhã, os níveis e índices relacionados à saúde dependerão muito dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, bem como do apoio mútuo das outras gerações (OPAS-OMS, 2005). Assim, a prática de atividades físicas na adolescência aparece como importante determinante de um estilo de vida ativo na vida adulta, podendo ser o primeiro passo para reverter o crescente quadro de sedentarismo e suas consequências entre as populações (TROST et al., 2002; WHO, 2004; AZEVEDO JUNIOR, ARAÚJO, PEREIRA, 2006).

Em se tratando de discussões relacionadas ao universo da saúde, desde 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) tem apresentado uma proposta para descrever saúde e estados relacionados à esta, a partir de uma linguagem unificada e padronizada, permitindo a comunicação sobre saúde e seus cuidados em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências. Por oferecer estrutura aplicável aos cuidados de saúde pessoais, incluindo: prevenção e promoção da saúde, melhoria da participação, remoção ou atenuação de barreiras sociais, tem sido útil no estudo e gestão dos sistemas de cuidados de saúde, bem como na avaliação e formulação de políticas (OMS, 2004).

A CIF tornou-se indispensável no universo de investigações e intervenções populacionais por ser aplicável a qualquer pessoa, salientando em seus domínios a estruturação de informação de maneira útil, integrada e acessível. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) a CIF compreende a funcionalidade e a incapacidade a partir da interação dinâmica entre seus estados de saúde e os fatores contextuais, englobando nesse último, fatores pessoais e ambientais. O que instiga investigar mais que um único ponto que

compreende esse complexo estado integrado de saúde do sujeito. Incita buscar também o que permite ou impede que ele consiga alcançar melhores condições de bem-estar e saúde.

O modelo proposto, CIF, baseia-se na junção dos modelos médico e social, em uma abordagem biopsicossocial usada para obter uma integração das várias dimensões da saúde desde biológica, individual até social (SAMPAIO; LUZ, 2009). Há um deslocamento do paradigma doença para o eixo da saúde permitindo entender e discutir condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos (Di NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Entre os domínios desta classificação, encontram-se os fatores contextuais que envolvem fatores pessoais e ambientais. Esse último, alvo de investigação deste estudo, constitui-se do ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas (OMS, 2004). A presente pesquisa, busca adentrar o universo que permeia o adolescente surdo e ouvinte, descrevendo as barreiras e facilitadores para a realização de atividades físicas.

Esta proposta, parte de discussões que têm apontado a preocupação com as dietas não saudáveis e a prática insuficiente de atividade física com grandes desequilíbrios energéticos em crianças e adolescentes. O que se observa é que o governo, em parceria com outras partes interessadas, tem tido um papel central na criação de ambientes e ações que incentivem mudanças de comportamento nos indivíduos, famílias e comunidades, tanto em relação às dietas mais saudáveis quanto à prática de atividade física. Esta por sua vez, vista como um fundamental caminho para melhorar a saúde física e mental dos indivíduos (WHO, 2004).

Historicamente, a concepção de adolescência aparece no século XX e seu surgimento, segundo Papalia et al. (2010), apresenta-se a partir de uma construção social. Alguns autores reforçando essa concepção afirmam que ela não se constituiria como uma categoria natural (BREMM; BISOL, 2008; OZELLA; AGUIAR, 2008). A sociedade configuraria essa etapa da vida a partir da necessidade de uma fase de transição da etapa relacionada à infância para etapa relacionada à vida adulta.

O que se sabe, é que as sociedades modernas, principalmente as sociedades ocidentais, geram crises de valores por estruturas individualizantes e o jovem simbolicamente, de maneira solitária, precisa inventar a sua adolescência, tendo como consequência o adiamento da sua autonomia (NETO, s/d). Definir a adolescência assim, mesmo dentro desse caminhar solitário, exigiria atribuir sentidos a esse conceito com base nas relações sociais que permeiam esses indivíduos a partir de significados na cultura e na linguagem que estes estão inseridos (OZELLA; AGUIAR, 2008).

Expressar o que é ser adolescente nessa concepção, perpassa as relações e trocas estabelecidas e suas múltiplas significações, pois a cultura adolescente, na sua extrema diversidade, raramente conseguiria ser suficiente nela mesma. Seria assim conceituada como um período difícil, que integraria diferentes possibilidades pessoais num sentimento de confiança entrelaçado à possibilidade interior de se orientar para escolhas precisas, suscetíveis de cristalizar um sentimento de identidade sem equívocos. Ocasão para demonstrar determinação, coragem, o real abandono do estatuto de criança (NETO, s/d). Seria uma fase marcada por uma série de mudanças corporais e atitudinais, em que surgem novos papéis e conflitos.

Pensando no adolescente surdo, este por sua vez convivendo mutuamente entre duas culturas (ouvinte e surda), exige-se uma adaptação peculiar em relação a essa nova fase, a essa nova realidade em meio a esse contexto híbrido. Espaços muitas vezes que acolhem, mas também massacram potenciais, inibem expressões por uma hegemonia castradora que tende a estabelecer padrões.

A adolescência em seu processo de construção de identidade, de um projeto de vida, surgimento de novos papéis e ressignificação de outros, faz com que esse jovem busque referenciais identitários que o possibilitem uma definição estável, mas não encerrada, de si mesmo. Há uma procura desses referenciais na família e fora dela (BREMME; BISOL, 2008). Para o surdo, a busca por sujeitos que partilhem de seus elementos culturais (língua, percepção de mundo viso-espacial) permite a noção de pertencimento à uma comunidade. Segundo os autores citados anteriormente, permite a invenção de um jeito surdo de ser, a interação e o compartilhamento de significados, compreendendo-se a partir de uma diferença linguística e cultural mais que a partir da deficiência.

Essa comunidade tão presente em nosso cotidiano e tão abandonada em seus direitos, bem como anulada em suas necessidades me instigaram a adentrar esse universo e conhecer o mundo surdo. Investigar se a realidade do adolescente surdo em relação a uma das maiores preocupações na atualidade em se tratando de saúde com adolescentes, relacionado aos hábitos saudáveis destes jovens, incluindo o NAF que é alvo dessa pesquisa, buscando divergências e congruências com os adolescentes ouvintes. Apontando e discutindo as necessidades desses jovens.

A partir das informações angariadas na literatura sobre a histórica relação entre surdos e ouvintes e as variáveis apresentadas para investigação nesta pesquisa, seguindo propostas de ações de promoção da saúde em prioridades voltadas à crianças e adolescentes, apontam-se como hipóteses deste estudo:

- a) H1 os adolescentes surdos vivenciam mais barreiras e menos facilitadores ambientais, seguindo os parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, para a prática de atividade física em relação aos adolescentes ouvintes;
- b) H2 os adolescentes surdos apresentam menor nível de atividade física que o segundo grupo, adolescentes ouvintes.

1.1 JUSTIFICATIVA

A execução de políticas públicas e ações sociais voltadas para crianças e adolescentes vem sendo apontadas como uma prioridade do governo, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), devido à condição peculiar destes como pessoa em desenvolvimento (BRASIL, 1990). Isso incluiria adolescentes e jovens de diferentes culturas.

Compreender as barreiras e facilitadores em diferentes contextos e populações permite angariar informações fundamentais para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a transformação de realidades. Buscando prevenir doenças e promover melhores condições de vida e saúde.

Das instituições que podem contribuir para tais mudanças, destaca-se a escola, mesmo rejeitando a ideia de que seja uma instituição redentora ou que promova por si só a igualdade social. Pensando-se em jovens que relacionam-se em singularidades linguísticas e culturais, como os surdos, ela ainda permite projetar ambientes efetivamente bilíngues com propostas que conduzam à apropriação de conhecimentos sistematizados e à compreensão de esferas de atividade da cultura. Passa a ser quase um compromisso intransferível (MARIN; GÓES, 2006). Passa a ser um lugar possível de vivências e encontros em diversidades.

Por permear essencialmente essa etapa da vida – adolescência – a escola representa um cenário importante para investigações e estabelecimento futuros de parcerias na construção de estratégias e medidas que viabilizem políticas públicas em favor dessas pessoas. Para a população surda, torna-se um local de encontro e promoção de valores, histórias, tradições, lutas e concepções da comunidade, justificando assim a escolha desse cenário para o levantamento dos sujeitos de investigação deste estudo. Ressaltando que, uma vez que a escola se reconhece como ambiente educativo, mas acima de tudo cultural e social, torna-se um cenário de acolhimento e referência para diversas comunidades.

O presente estudo vai ao encontro das estratégias da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2007a) que em seu eixo práticas corporais/atividade física, pretende resgatar essas práticas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos, estimular a inserção e fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade, bem como consolidar pesquisas de saúde em escolares como forma de monitoramento de práticas corporais / atividade física de adolescentes.

Dessa forma levantar os níveis de atividade física, barreiras e facilitadores para essa prática em adolescentes e crianças, ouvintes e surdos, pode contribuir no sentido de subsidiar o planejamento de políticas e programas locais ou regionais para o estímulo da prática saudável de atividade física entre o público surdo. Essas ações seriam de crucial importância para que seja oferecido acesso adequado ao público com surdez, respeitando o direito de igualdade inerente aos diferentes grupos populacionais, que devem ter o mesmo tratamento e acesso aos serviços que todos os outros cidadãos.

Ressalta-se que alguns benefícios para diferentes esferas da comunidade, pesquisadores e sociedade em geral, partindo do tema, hipóteses e objetivos desse estudo podem ser ainda destacados. Como ao pensarmos sobre o pequeno volume ou até ausência de inquéritos que envolvem essas variáveis direcionados à população de adolescentes surdos. Ressaltando a relevância e o impacto para essa comunidade, bem como para a comparação e destaque também da população de adolescentes ouvintes. Despertando olhares para a necessidade e para as ações positivas já realizadas com estes.

O fato de estudos sobre os fatores ambientais entre barreiras e facilitadores quanto à prática de atividade física por adolescentes surdos na população brasileira e seu impacto na saúde não serem encontrados na literatura² reforça o interesse e a necessidade de pesquisar a temática. Bem como, para o meio científico-acadêmico destaca que, para a comunidade de profissionais envolvidos nas redes de atenção que acolhem e oferecem serviços a adolescentes, pesquisas como esta, envolvendo populações em minoria linguística e cultural com amplas variáveis para investigação, tornam-se viáveis e essenciais para propor ações envolvendo campos sociais, da saúde e da educação direcionadas a atender esse público na busca por melhores condições de vida e saúde.

²Busca realizada pelos autores da presente pesquisa com as palavras-chave “motivação”, “qualidade de vida”, “exercício”, “CIF” e “surdez” na base de dados periódicos CAPES (out, 2013/jan, 2014). Inicialmente cada palavra associada com surdez e posteriormente associada entre si.

Assim, a partir dessas concepções e reflexões, compreendendo os conflitos previsíveis ao adolescente somados às atribuições vivenciadas em contextos biculturais, este estudo irá investigar as barreiras e os facilitadores para a prática de atividades físicas, bem como os níveis dessas atividades em adolescentes surdos comparado a adolescentes ouvintes, em uma cidade do interior de Minas Gerais.

1.2 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram definidos em um único objetivo geral.

1.2.1 Objetivo geral

Investigar e comparar os fatores ambientais para a prática de atividades físicas (AF) segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, bem como os níveis de atividade física (NAF) entre adolescentes surdos e ouvintes, em uma cidade do interior de Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os temas e conceitos que permeiam esse estudo foram discutidos teoricamente a partir dos tópicos: Surdez e Cultura Surda; Pesquisas em Saúde com a População Surda; Inclusão Social da Comunidade Surda; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF; e Atividade Física.

2.1 SURDEZ E CULTURA SURDA

Segundo dados do Censo Demográfico fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) 45,6 milhões de pessoas declararam apresentar alguma deficiência sendo elas: visual, auditiva, motora e mental, representando 23,9% da população. A deficiência auditiva acomete 9,7 milhões de pessoas (5,1%), 2,1 milhões de pessoas são pessoas com deficiência auditiva severa (caracterizada por pessoas com grande dificuldade ou até incapazes de ouvir), sendo que 344,2 mil são declaradas surdas (0,2%).

Em uma concepção biomédica a surdez é compreendida como uma deficiência auditiva de caráter orgânico-fisiológico, enquanto na concepção sociocultural a surdez seria compreendida como um marco referencial da identidade dessa população na luta por um

espaço existencial de diferença contrária a adaptação social da normatividade hegemônica das políticas e práticas de saúde (NÓBREGA et al., 2012) baseadas em padrões de normalidade para os ouvintes. Todavia, diferentes concepções permeiam os cenários que envolvem a comunidade surda desde a comunidade em geral, profissionais da saúde, pesquisadores e os próprios surdos.

Esta reflexão abarca conteúdos importantes, quando pesquisas adentram ao universo de uma cultura diferente das de seus pesquisadores, como é o caso deste estudo que foca na população surda e possui pesquisadores ouvintes em contato com a comunidade surda. A cultura aqui será compreendida através da definição trazida por Nakagawa (2012) como um conjunto de significados e práticas simbólicas partilhados por um determinado grupo, transmitidos e refeitos entre diferentes gerações, não sendo esta estática e findada, mas um processo dinâmico que se reconfigura nas interações dos sujeitos que a partilham.

Para melhor compreensão Wilcox e Wilcox (2005) reforçam que a entrada numa cultura nunca é simplesmente uma questão de nascer Hispânico, Judeu, Navajo, Negro, ou Surdo, os valores culturais são aprendidos, aceitos e compartilhados em grupo. Nessa perspectiva, ser surdo não está relacionado à perda auditiva, mas ao fato de pertencer a uma cultura surda.

Munguba (2007) afirma que a visão da surdez, buscando a diversidade do indivíduo e não a deficiência, tem implícita a abrangência social, enfatizando também que o termo deficiente auditivo coincidiria com a visão biomédica, apresentando uma necessidade de ajustá-lo aos padrões determinados pelos ouvintes. Podemos perceber esse direcionamento ao destacar os principais conceitos campeados ao tratarmos do tema que envolvem também a comunidade surda, como o apresentado pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), que trata esses sujeitos apenas com a visão biomédica caracterizando-os a partir da deficiência auditiva, que seria a perda total ou parcial da capacidade de ouvir, graduando-os em níveis leve, moderado, severo e profundo.

A perda auditiva incorpora diferentes grupos populacionais, como pode ser observado na Figura 1. Uma população com perda auditiva envolve pessoas com pequenas perdas (< 40 decibéis), idosos com perdas pela senilidade, deficientes auditivos e surdos. Os deficientes auditivos envolvem pessoas com perdas auditivas acima de 40 decibéis, graduando-as em níveis que vão de leve a profundo. A comunidade surda, todavia, possui características específicas, marcos referenciais da surdez, e embora faça parte dessas outras duas populações, baseia-se em elementos culturais singulares (Figura 2).



Figura 1 - Descrição quanto a interseções populacionais: populações com perda auditiva, deficientes auditivos e Surdos (Elaborado pelos autores, 2014)

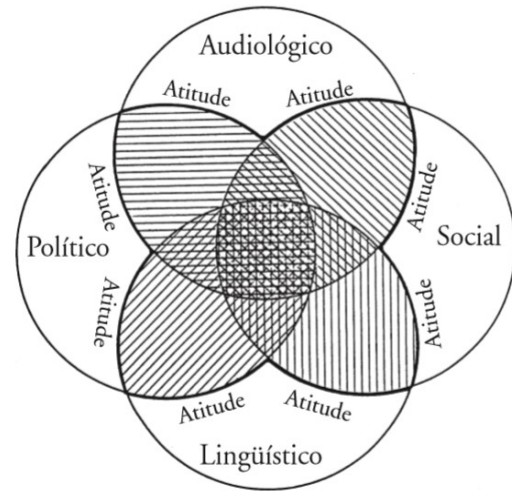


Figura 2 - Modelo de cultura surda proposto por Baker-Shenk e Cokely (Reimpressão utilizada pelos autores Wilcox e Wilcox com permissão do editor, de C. Baker-Shenk e D. Cokely, American Sign Language: A Teacher's Resource Text on Curriculum, Methods, and Evaluation (Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 1980), 2005).

O estudo da cultura consiste em aprender como um grupo de pessoas faz sentido no mundo (Wilcox; Wilcox, 2005). E segundo o modelo de cultura surda proposto por Baker-Shenk e Cokely trazidos pelos autores supracitados, propõe-se que existam quatro fatores fundamentais na definição dos membros da cultura surda: audiológico, para ser membro da cultura surda é preciso que a pessoa tenha uma perda auditiva; fator social, é muito significativo o quanto a pessoa está associada aos surdos, frequentando escolas de surdos, casando-se com surdos, indo às associações e aos eventos da comunidade; fator político, em que medida a pessoa possui influência nos assuntos da comunidade surda; e o quarto e mais importante fator, o linguístico, em que medida o indivíduo usa e apoia o uso da Língua de Sinais – LS (WILCOX; WILCOX, 2005).

Muitas vezes, essas discussões e a necessidade de buscar uma convivência rejeitando a perspectiva da falta, do binômio comparativo surdo-ouvinte, destaca uma preferência dos surdos em se relacionar com outros surdos proporcionando o fortalecimento de sua identidade, pois através desse contato ocorrem as identificações de problemas e histórias. Por

meio do fortalecimento dessa cultura a comunidade se constitui e se integra, propiciando o sentimento de pertencimento, de identidade, sendo nessa comunidade discutido o direito à vida, à cultura, à educação, ao trabalho e ao bem-estar de todos (SALLES et al., 2004).

Essa forma cultural de estar no mundo ainda é marcada por um hibridismo e por uma diversidade inerente que acompanha e influencia a população surda marcando suas diversas identidades. A construção dessa identidade cultural, entendendo aqui o conceito de identidade aplicado por Santana e Bergamo (2005) como intimamente ligado aos discursos produzidos, mas principalmente a natureza das relações sociais, ressaltam-se algumas classificações dessas identidades criadas por alguns estudiosos, caracterizando-os justamente pelo contato e valorização de características de ouvintes e surdos (QUADRO1).

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DE DIFERENTES IDENTIDADES SURDAS SEGUNDO ESTUDIOSOS

TIPO DE IDENTIDADE	CARACTERIZAÇÃO
IDENTIDADE FLUTUANTE	Surdos que não possuem contato com a comunidade surda, sendo sua identidade espelhada na representação hegemônica do ouvinte.
IDENTIDADE INCONFORMADA/INCOMPLETA	Surdos em que a não adaptação à representação da identidade hegemônica, ouvinte, teriam a sensação de inferioridade.
IDENTIDADE EMBAÇADA	Surdos dominados pela comunidade ouvinte determinando seus comportamentos, vida e aprendizados segundo estes, tendo a privação do aprendizado da sua língua natural, desconhecendo-a totalmente, sendo por vezes, considerados incapacitados e deficientes.
IDENTIDADE DE TRANSIÇÃO	Surdos em que o contato com a comunidade surda ocorre tardiamente, forçando-os a passar da comunicação visual oral para a comunicação visual sinalizada, gerando um conflito cultural.
IDENTIDADE DIÁSPORA	Surdos que apresentam divergências da identidade de transição, pois possuem contato com outros surdos e estão presentes entre os que passam de um país a outro ou de um estado brasileiro a outro. Podem ser identificados como surdo carioca, surdo brasileiro, surdo norte-americano.
IDENTIDADE HÍBRIDA	Ouvintes que se tornaram surdos, tendo presentes as duas línguas com dependência dos sinais e do pensamento na língua oral.
IDENTIDADE SURDA	Surdo que vive no mundo visual e desenvolve sua experiência na Língua de Sinais, sendo apontados como sujeitos culturais com discurso com formação de identidade que só ocorre entre os espaços culturais surdos.

Fonte: Adaptação realizada pelos autores das classificações apontadas pelos estudos de PERLIN, 1998; SKLIAR; QUADROS, 2000; SALLES et al., 2004; SILVA, 2010, 2014

Salles et al, (2004) destacam que muitas vezes os ouvintes acreditam que sua condição seja melhor que a do surdo baseado puramente na ótica ouvinte de que ser surdo é o resultado da perda de uma habilidade que estaria disponível para a maioria dos seres humanos. Entretanto nenhum ser humano é exatamente igual a outro, sendo que uma condição não é melhor nem pior que a outra, mas diferente. Ser surdo em uma dimensão sociocultural, a partir de uma orientação com fundamentação teórica ideológica, situa a perda auditiva apenas como um fator na vida do sujeito que, traz sim consequências em suas relações, mas que não é e nem pode ser o aspecto mais importante de sua história.

2.2 PESQUISAS EM SAÚDE COM A POPULAÇÃO SURDA

A composição de uma cultura contém elementos específicos e subjetivos que precisam ser respeitados e valorizados quando pretendemos atuar com determinada população. A língua é um destes elementos essenciais. A assimilação e a valorização destes elementos reforçam as discussões que incitam a perspectiva sociocultural na promoção de um olhar humanizado e igualitário à população.

Quadros (2008) nos mostra que a língua de sinais (LS) é adquirida pelo surdo de forma natural devido ao contato precoce com sinalizadores, antes mesmo de serem ensinados, consequentemente tornando-se sua primeira língua. Qualquer língua oral exige procedimentos sistemáticos e formais, sem considerar a condição física do surdo. A LS, sendo uma língua espaço-visual, permitiria a aprendizagem através da exploração do espaço por meio da visão, diferentemente das línguas orais que exploram vias orais-auditivas e reforçam a condição do surdo como ser diferente seguindo parâmetros da normalidade de um ouvinte.

Sendo a cultura um determinante crítico do comportamento humano, a definição conceitual e linguística dos instrumentos de avaliação precisam ser ajustadas de forma a garantir a preservação das características específicas de cada população a ser investigada (CARDOSO, 2006). Assim, pesquisas em diferentes culturas precisam ser adaptadas as especificidades que as acompanham.

O Decreto 5.626/2005 que regulamenta o Decreto 10.436/2002 e o manual A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde (BRASIL 2007b) elaborado pelo Ministérios da Saúde asseguram o direito à assistência integral à pessoa surda. Neste documento, apesar da população surda ser tratada apenas como deficiente, deficiente auditiva, ressalta-se a obrigatoriedade de respeitar suas condições específicas, decretando o direito dessas pessoas

receberem atendimento a partir do uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e/ou sua interpretação e tradução.

Entretanto na prática, esse respeito às especificidades dessa população não ocorre. Estudos como os de Nóbrega et al, (2012) e Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) ressaltam as dificuldades encontradas na comunicação, na formação de profissionais para trabalhar com a população surda, bem como para viabilizar os aspectos legais que envolvem essa temática. No contexto acadêmico, que envolvem as pesquisas científicas, não houve diferença. Em um levantamento bibliográfico no ano de 2013, realizados pelos autores do presente estudo, tendo por foco as pesquisas em saúde com pessoas surdas que traduziram e validaram seus instrumentos em LS, foram localizados 168 artigos, dos quais somente 15 traduziram seus instrumentos para a LS. Foram utilizados 29 instrumentos, mas apenas 12 deles tiveram suas traduções em LS validadas. Neste levantamento³ foi possível observar a necessidade de um maior número de instrumentos traduzidos e validados para a LS diminuindo assim a chance de viés metodológico nas pesquisas que abordam a saúde das pessoas surdas. Criando estratégias para diminuir os obstáculos e apresentar dados fidedignos dessa e à essa população.

2.3 INCLUSÃO SOCIAL

Sassaki (2010) aponta em sua obra que a sociedade passou por diversas fases em relação às práticas sociais direcionadas à inclusão, iniciando pela exclusão social, passando pelo atendimento segregado, em seguida pela integração social para só recentemente surgirem mudanças nos sistemas sociais adotando como filosofia à inclusão social.

No ambiente escolar, segundo este autor, a fase de exclusão seria marcada pelo tratamento pouco sensível às pessoas com deficiência, sendo estas consideradas indignas de educação escolar. Na fase de segregação havia a impossibilidade de acesso às escolas comuns sendo que as famílias das pessoas com deficiência se uniam para criar escolas especiais, a partir de espaços como hospitais e residências. A fase de integração seria caracterizada pelo encaminhamento das crianças e jovens mais aptos às escolas comuns, classes especiais e salas recursos. Enquanto a fase de inclusão incluiria todas as pessoas nas salas comuns, adaptando

³Levantamento realizado em maio de 2013 nas bases de dados BIREME, CINAHL e PUBMED utilizando as palavras-chave *deafness*, *sign language*, *scales* e *questionnaires* segundo os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS da Biblioteca Virtual em Saúde e dos descritores da *US National Library of Medicine National Institutes of Health* o *Medical Subject Headings* - MeSH.

os ambientes físicos e os procedimentos educativos de acordo com a necessidade e a diversidade do aluno.

O modelo médico da deficiência, por ora já destacado, exerceu e exerce tamanha influência que ainda está presente nos discursos atuais. Para Sasaki (2010), esse modelo tem sido responsável pela resistência em aceitar as necessidades de mudanças sociais, uma vez que entenderia que a deficiência é um problema exclusivamente de quem a possui sendo remediado diante da oferta de alguns tipos de serviços. A pessoa com deficiência passa a ser vista como alguém que deve ser tratada, curada.

Os esforços realizados em direção à inclusão têm legitimado uma ordem social injusta, incapacitante e segregativa quando assume-se como harmônico, perfeito e acabado. Esse empenho forja, por sua vez, a exclusão como um fenômeno acidental, ocasional, remediável (NAKAGAWA, 2012). A inclusão social deve ser entendida, como nos traz Sasaki (2010) como o processo pelo qual a sociedade precisa adaptar seus sistemas para incluir, sendo este um processo bilateral em que deve-se agir em parceria na tentativa de equacionar problemas e efetivar propostas para equiparação de oportunidades a todos.

Um termo muito discutido que passou a ser foco nas últimas décadas em documentos como *Disabled People's International (DPI)* de 1981; Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência de 1982, as Normas sobre Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência de 1993 e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2006, estas realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU); foi segundo Sasaki o termo “equiparação de oportunidades” que significaria o processo em que os diversos sistemas da sociedade e do ambiente tornam-se disponíveis a todos, principalmente às pessoas com deficiência, estas tendo o direito de permanecer em suas comunidades recebendo o apoio necessário em estruturas como: saúde, educação, emprego e serviços sociais (BRASIL, 2007c; SASSAKI, 2010).

Nos cenários envolvidos na pesquisa, destaca-se na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência objetivos voltados ao esporte que priorizam promover a maior participação possível das pessoas com deficiência nas atividades esportivas comuns em todos os níveis, bem como assegurar que essas pessoas tenham a oportunidade de organizar, desenvolver e participar de atividades esportivas e recreativas específicas às suas deficiências, garantindo instrução, treinamento e recursos adequados, em igualdade de oportunidades em relação as demais pessoas (BRASIL, 2007c).

No cenário escola, a discussão sobre inclusão no Brasil segue a Declaração Mundial de Educação para Todos e a Declaração de Salamanca (BRASIL, 2006a; BRASIL, 1994)

apresentando esse espaço como lugar que deve acomodar e incluir todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais ou linguísticas. Crianças essas com deficiência; super-dotadas, crianças de rua e que trabalham; crianças de origem remota ou de população nômade; crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, assim como crianças de grupos em desvantagem ou marginalizados.

Na Declaração de Salamanca a Estrutura de Ação em Educação Especial baseia-se na experiência dos países participantes e nas resoluções, recomendações e publicações do sistema das Nações Unidas e outras organizações intergovernamentais, em documentos como: "Procedimentos-Padrões na Equalização de Oportunidades para pessoas Portadoras de Deficiência, na Declaração Universal de Direitos Humanos e na Declaração Mundial sobre Educação para Todos (BRASIL, 1994).

Apesar de ser necessário trazer para discussão documentos direcionados à pessoa com deficiência no que tange a inclusão da pessoa surda, resgata-se o olhar traçado nesta pesquisa na compreensão da pessoa surda como pertencente a grupos de pessoas com perda auditiva e com deficiência auditiva, mas que situa-se como uma população com língua e cultura própria na categoria de minoria. Destaca-se aqui que esta palavra minoria, no caso linguística cultural, é utilizada em relação a sua noção de representatividade e não de valores quantitativos.

Sabe-se que a capacidade de comunicação linguística apresenta-se como um dos principais responsáveis pelo processo de desenvolvimento da criança surda em toda a sua potencialidade, para que possa desempenhar seu papel social e integrar-se verdadeiramente na sociedade. Tanto a criança ouvinte como a criança surda para evitar defasagem no desenvolvimento de sua linguagem deverá receber dados linguísticos satisfatórios. A criança ouvinte brasileira deverá estar imersa em meio onde se fale a língua portuguesa oral, e a criança surda brasileira precisará estar em meio rico em estímulos visuais, com pessoas que utilizam a LIBRAS e com pessoas que utilizam a língua portuguesa (BRASIL, 2006a).

O governo e as políticas no país e no estado reforçam que o aprendizado de línguas configura-se como componente curricular a ser desenvolvido com crianças surdas, contemplando a língua portuguesa (oral e escrita) e a língua brasileira de sinais – LIBRAS - que devem ser ofertadas pelo sistema educacional como parte integrante dos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs (BRASIL, 1991; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006a).

Diante desses dados, há que se destacar as diferenças entre as pedagogias em escolas inclusivas regulares e escolas bilíngues para surdos, ambas aceitas e difundidas no âmbito nacional e presentes neste estudo. Muito se discute sobre as valências dessas escolas gerando mitos, conflitos e incoerências em relação a viabilização destas. Como em alguns achados da

literatura, classes supostamente “inclusivas” podem dar margem à crença de que, se todos os professores da rede tiverem noções de LS, a questão está resolvida. Ignora-se a centralidade do domínio da língua no processo educativo, para aqueles alunos que dependem do diálogo com professores, alunos e outros cidadãos fluentes em língua de sinais para a consolidação do seu conhecimento (WILCOX; WILCOX, 2005).

Alves, Ferreira e Damázio (2010) destacam que a abordagem educacional por meio do bilinguismo tem sido apontada como a que corresponde melhor às necessidades do aluno com surdez, em virtude de respeitar a língua natural⁴ e construir um ambiente propício para a sua aprendizagem escolar. Capacitando a pessoa com surdez para a utilização de duas línguas no cotidiano escolar e na vida social.

Para estes mesmos autores, o paradigma inclusivo profere que o surdo não pode ser reduzido à condição sensorial, biológica. A inclusão para a população surda não deve coadunar com concepções que reforçam a dicotomização no binômio da pessoa com deficiência e da pessoa que não possui deficiência. A proposta, para essa população, deve seguir parâmetros da educação bilíngue na perspectiva da inclusão pautada ainda na organização da prática pedagógica na escola comum, na sala de aula comum e no Atendimento Educacional Especializado - AEE.

Todavia, nem todas as escolas inclusivas, pautam-se na pedagogia bilíngue. E no Brasil, as diretrizes emanadas da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) não explicita a escola bilíngue nem a classe bilíngue, específicas para surdos, como uma alternativa legítima. Essa realidade é muito comum, e como no presente estudo, apesar dos espaços escolhidos para levantamento da população serem os mais ricos e preparados para acolhimento e atendimento dessa população na região, trazem limitações comuns do cenário nacional. Não possuindo classes bilíngues e aula de LIBRAS a todos os alunos na escola inclusiva. Bem como, na escola bilíngue para surdos, há um número insuficiente de professores surdos que possa atuar também como referência a esses jovens.

O caminho a ser buscado perpassa a quimera de igualdade. Procura-se permitir acesso a diversidade respeitando as diferenças e contrastando com as práticas de inclusão destacadas por Nakagawa (2012) que permitem o acesso a meios físicos e garantem a autonomia e independência de muitos indivíduos, mas por vezes diminuem possibilidades e conformam a

⁴Língua natural deve ser compreendida como um sistema abstrato de regras finitas as quais permitem a produção de um número ilimitado de frases tendo por fim social a comunicação entre os seus usuários. A língua de sinais é portanto considerada pela linguística como uma língua genuína e natural, atendendo critérios léxicos, na sintaxe e na capacidade de gerar quantidade infinita de sentenças (QUADROS e KARNOPP, 2004, p. 30).

normas hegemônicas.

2.4 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF

Com o intuito de formular uma linguagem universal, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mas só foi publicada em 2004 (FERREIRA, CASTRO, BUCHALLA, 2014; CASTRO, CASTANEDA, SILVEIRA, 2014). O conhecimento e a compreensão sobre a aplicação deste novo modelo apareceram como essenciais para compreender os processos experimentados pelo indivíduo, a partir de uma linguagem universal a todos aqueles que trabalham com saúde (FERREIRA, CASTRO, BUCHALLA, 2014).

Buscando compreender a relação do homem com o corpo e seus significados, há que se buscar saúde em sua concepção mais abrangente. Entender os conceitos de saúde, incapacidade e deficiência ligados a múltiplos fatores. Farias e Buchalla (2005) reforçam os conceitos apresentados por essa Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, trazendo um novo paradigma ao pensar incapacidade, não apenas como uma consequência das condições de saúde/doença, deficiência, mas altamente influenciadas pelo contexto físico e social, cultural e atitudinal.

Independente de ainda reter noções médicas e individualizadas da incapacidade e suas causas, a CIF abriu novas discussões sobre o processo da funcionalidade humana, levantando a natureza interativa da incapacidade, concebendo o corpo humano como uma entidade física que delimita e define, somente em parte, os limites e as capacidades da ação humana (SAMPAIO; LUZ, 2009). A organização dessa classificação dá-se em duas partes: Funcionalidade e Incapacidade (contendo dois componentes: Corpo, e Atividade e Participação), e Fatores Contextuais.

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas através da interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais (Figura 3), que envolvem o sujeito, sendo que os fatores contextuais englobariam fatores pessoais e ambientais. Este último é considerado como um componente essencial da classificação, sendo o foco de estudo da pesquisa em destaque. Os fatores ambientais interagem com todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade apontando como impacto facilitadores ou limitadores das características do mundo físico, social e atitudinal (OMS, 2004).

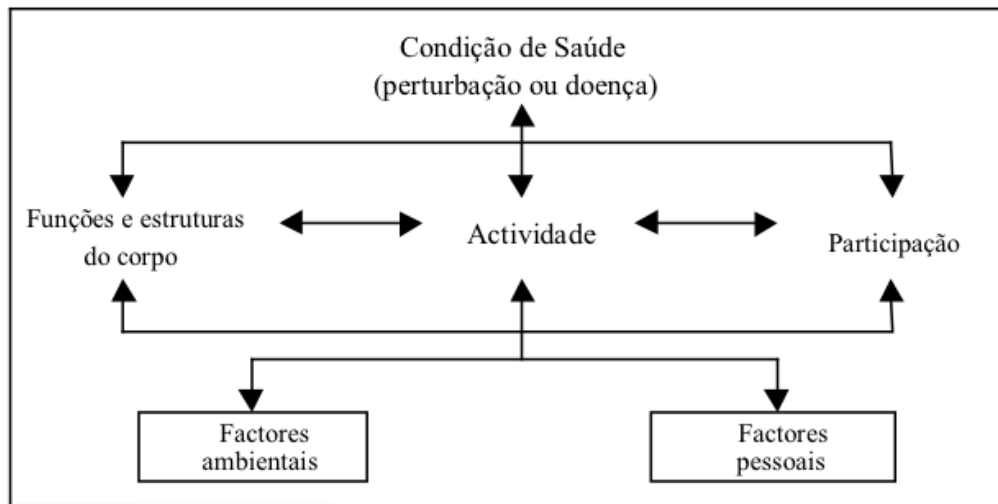


Figura 3 - Interação dos componentes da CIF (OMS, 2004)

A CIF apresenta-se como uma classificação das características de saúde das pessoas dentro de um contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais sofridos por esta, e não como uma classificação de pessoas. A interação das características de saúde com os fatores contextuais é que produz a incapacidade. Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações da atividade, ou restrições na participação (OMS, 2004).

A descrição da funcionalidade envolve ainda nesse modelo a presença de um qualificador (que funciona em uma escala de 0 a 4, onde 0 é nenhum prejuízo e 4 é o comprometimento completo), mostrando limitações, restrições e barreiras ou facilitadores para o estado de saúde (CASTANEDA; CASTRO, 2013). A literatura retrata que apesar de existir uma dificuldade prática no uso dos qualificadores originais da CIF, devido à sua subjetividade, o seu uso é possível e tem sido relatado (FERREIRA, CASTRO, BUCHALLA, 2014).

A CIF foi reconhecida internacionalmente como uma ferramenta útil e seu uso está se tornando uma tendência global, exigindo assim que o Brasil incorpore este sistema de classificação em suas práticas em todos os níveis de atenção à saúde para a população. Reconhecendo esse modelo como uma valiosa ferramenta universal para classificar os componentes pessoais de saúde (CASTANEDA; CASTRO, 2013).

O novo modelo trazido pela CIF pode fornecer importantes informações auxiliando na elaboração políticas de saúde que promovam a igualdade de oportunidades para todos diminuindo a discriminação contra pessoas com deficiência ou incapacidade (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; FERREIRA, CASTRO, BUCHALLA, 2014). No Brasil ainda, pesquisas

e produções científicas sobre a CIF podem ajudar a direcionar os pesquisadores para áreas ainda não exploradas ou que necessitem de maiores publicações, melhorando assim o instrumento para utilização clínica e acadêmica (CASTANEDA; CASTRO, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2004) a CIF pode ser aplicada a todos, em vários aspectos, através de uma linguagem comum e padronizada o que permite uma boa comunicação sobre saúde entre várias ciências, em qualquer lugar do mundo. Sua aplicação universal, permite ainda descrever qualquer condição de saúde dentro de seus domínios (funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os componentes ligados ao contexto – ambientais e pessoais - sendo neste estudo enfatizados os fatores ambientais).

Os fatores do contexto podem influenciar o indivíduo de forma negativa ou positiva, podendo ser considerados facilitadores ou barreiras, sendo representados pelos fatores do ambiente como físicos, atitudinais, sociais e pelos fatores pessoais como sexo, raça, estilo de vida, etc, (SAMPAIO; LUZ, 2009). Por fatores ambientais pode-se compreender ambiente físico, social e de atitudes que conduzem as vidas das pessoas (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Os fatores pessoais apresentam o histórico e o estilo de vida do sujeito, sendo que dentro do domínio fatores ambientais, a classificação pode ocorrer nos níveis individual e social.

Segundo a OMS (2004) diferentes ambientes podem influenciar de maneira distinta um mesmo sujeito, em que seu desempenho pode ser melhorado ou restrito dependendo das barreiras e dos facilitadores encontrados nele. Segue-se o modelo social de incapacidade, somado ao modelo médico, com uma perspectiva sobre a funcionalidade a partir de uma abordagem biopsicossocial. A incapacidade passa a ser vista como uma questão política para a participação plena das pessoas em todas as áreas da vida social. Transcendendo conceitos ligados a saúde, incapacidade, funcionalidade, deficiência, fatores ambientais com uma perspectiva muito mais abrangente, como fruto de complexo conjunto de condições criadas pelo ambiente social. Fundamental para este estudo que busca uma visão sobre uma comunidade específica e não sobre a ausência ou presença de alguma de suas estruturas corporais.

2.5 ATIVIDADE FÍSICA

A prática de atividades físicas traz inúmeros benefícios, sendo que durante a adolescência pode ser o primeiro passo para reverter o crescente quadro de sedentarismo e suas consequências entre as populações (AZEVEDO JUNIOR; ARAÚJO; PEREIRA, 2006).

Por mais que seja uma variável extremamente utilizada na atualidade (GUEDES; GUEDES, 1995; PITANGA, 2002; AZEVEDO JUNIOR; ARAÚJO; PEREIRA, 2006; TASSITANO et al., 2007) a definição mais utilizada permanece sendo a de Caspersen e seus colaboradores (1985). Estes autores a definem como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético sendo diferenciada de exercício físico devido à sua amplitude. Ambos envolvem movimentos corporais com gasto energético, intensidade, duração e frequência específicos, entretanto o exercício físico seria uma subcategoria da atividade física, sendo planejado, estruturado e repetitivo com objetivos ligados à melhoria ou manutenção da aptidão física (GUEDES; GUEDES, 1995).

Gordon-Larsen, McMurray e Popkin (2000) em um estudo comparativo entre adolescentes ativos e inativos mostrou que a atividade física foi mais associada a fatores ambientais enquanto que a inatividade foi associada a fatores sócio demográficos, salientando a importância de futuras pesquisas para medir e explorar os efeitos de outros determinantes ambientais da atividade, e verificar ainda se existem determinantes ambientais da inatividade, como o presente estudo.

A partir do modelo ecológico, um estudo realizado em São Paulo associou a prática de atividade física com a percepção do ambiente comunitário em adultos, ressaltando evidências obtidas em países com renda alta que indicam que o apoio social é muito importante para a prática de atividade física (FLORINDO et al., 2011). O estudo acima pode ser destacado em relação ao presente, uma vez que a visão trazida pela CIF e abordada no presente estudo aponta os fatores ambientais como a junção de aspectos físicos, sociais e atitudinais que envolvem esse contexto. Destacando assim, questões fundamentais para a prática de atividade física, bem como a importância de investigações e investimentos em relação aos fatores ambientais, e como esse ambiente pode estimular o convívio das pessoas para proporcionar oportunidades para a criação de redes sociais, que são essenciais para essa prática.

A importância da prática de atividade física regular durante a infância e adolescência tem sido apontada por inúmeros estudos (FARIAS; SALVADOR, 2005; MATSUDO et al., 1998; TASSITANO et al., 2007) como uma possível alternativa para a diminuir as chances de desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas posteriormente na vida adulta. Seabra (2008) traz em suas pesquisas que na atualidade, nas sociedades modernas, organizações científico-médicas têm declarado o sedentarismo e a inatividade física como um dos maiores problemas de Saúde Pública, afetando um número cada vez maior de adolescentes que apresentam esses comportamentos de riscos.

As doenças cardiovasculares (DCV) no Brasil são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas, ou seja, mais de 308 mil pessoas falecem principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). A alta frequência de DCV coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011). O que preocupa os órgãos governamentais e desperta discussões e busca por alternativas que diminuam fatores de risco, impactando positivamente e revertendo essa problemática. Os principais fatores ambientais modificáveis das DCV apontados são os hábitos alimentares inadequados, a obesidade e o sedentarismo, estes ainda associados a questões que envolvem estilo de vida como o tabagismo e o estresse (BRASIL, 2006b).

Estudos têm apontado que a participação em programas com exercícios em nível moderado com em média 30 minutos diários, de preferência todos os dias da semana, podem reduzir significativamente o risco de morte por essas doenças (PATE et al, 1995; ERLICHMAN, KERBEY, JAMES, 2002; RIBEIRO, COTTA, RIBEIRO, 2012) A atividade física é colocada na sociedade contemporânea então como uma ponte segura para melhores situações de saúde quando entende-se que o estado de saúde é influenciado pelo ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido. Ela pode ainda ser considerada como um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, se apresentando como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Trabalhar com o corpo resulta em benefícios que vão além da saúde física. Este pensar implica uma maior reflexão sobre nossas ações na busca por melhores condições de saúde e bem-estar em todas as suas esferas, biológica, psicológica e social. Coadunando com esse raciocínio, Pitanga (2002) aponta que a atividade física, em um contexto de redes multicausais, aparece como um dos fatores que poderia modificar o risco dos indivíduos de adoecerem.

No Brasil, no último relatório de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL/2013 (BRASIL, 2014) mostrou que apesar da tendência de crescimento contínuo de excesso de peso da população brasileira nos últimos anos, houve uma estabilização de 2012 para 2013, sendo ainda relatado aumento da prática de atividade física no lazer. No presente estudo, o nível de atividade física (NAF) foi avaliado a partir de duas subcategorias priorizadas em relação as demais atividades físicas: exercício físico, em especial a modalidade esportiva, e a atividade de locomoção para escola.

Em se tratando da população surda, existem importantes órgãos esportivos com representatividade a nível nacional e mundial que merecem ser destacados. Nakagawa (2012) aponta a Confederação Brasileira de Desportos dos Surdos (CBDS) e a Liga Portuguesa de Desporto para Surdos (LPDS) como duas importantes associações, entre centenas internacionalmente, que congregam atletas surdos através de torneios de futebol, futsal, basquete, natação, atletismo, boliche, pesca, artes marciais, etc., promovendo a integração dos membros dessa comunidade de diferentes cidades e países. Segundo este mesmo autor, destacam-se ainda as Surdolimpíadas, *Deaflympics*, realizadas em grandes centros urbanos onde surdos de quase 80 nações competem em mais de vinte modalidades, assim como as Surdolimpíadas de Inverno, *Winter Deaflympics*. O que se sabe é que distância dos grandes centros urbanos que promovem esses eventos ou proporcionam meios de contato a estes, podem reduzir a chance de alguns membros dessa comunidade participarem ativamente dessas realizações, uma vez que cidades interioranas encontrariam um número menor de sujeitos e de auxílios para integrarem equipes com potencial para participarem dessas competições, dificultando e desestimulando muitos jovens em sua prática.

Compreendendo o que a PNPS nos fala, sobre a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal que visibiliza e confronta fatores que colocam a saúde da população em risco, levanta-se as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. Destaca-se a importância da criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas com visões de equidade (BRASIL, 2007b). Refletindo sobre diferentes realidades e como estas têm sido apresentadas a sujeitos em diversidade.

O Brasil, como um país em desenvolvimento, tem estabelecido suas prioridades pactuadas nos desafios demográficos, epidemiológicos, e de gestão sanitária como: a preocupação com o envelhecimento da população de modo ativo e saudável, a coexistência de enfermidades transmissíveis e não transmissíveis; a consciência de que fatores sociais determinam a saúde. O país vem buscando melhoria das condições e da qualidade de vida da população por meio de um modelo de organização do sistema de saúde que intervenha de forma mais resolutiva e integrada refletindo sobre os modos de vida das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2010a).

Como prioridades estratégicas, claramente tem se discutido o foco no cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens através da promoção da saúde em diversos documentos. Assim, os conceitos e cenários abrangidos no presente estudo com a população de adolescentes passam a ser pertinentes aos desejos e avanços das políticas e ações

governamentais, ao seguir as prioridades de ações da PNPS, com destaque para o eixo Prática Corporal/Atividade Física, item IV - Ações de monitoramento e avaliação – que visa estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

3. MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza por uma pesquisa quantitativa descritiva de natureza investigativa analítica e comparativa. A pesquisa descritiva é definida por Thomas e Nelson (2002) como aquela baseada na premissa de que os problemas podem ser resolvidos pela observação, análise e descrição objetiva e completa.

3.1.1 Desenho do estudo

Este estudo possui desenho atípico, transitando de um estudo transversal para um estudo caso-controle. Em um estudo caso-controle um grupo de casos é comparado a um grupo de controles quanto à exposição a um ou mais fatores. Todavia, neste estudo parte do fator de exposição, pertencer à comunidade surda, e compara a um novo grupo, sujeitos ouvintes não pertencentes à comunidade surda, encontrando desfechos positivos ou negativos entre estes (FIGURA 4).

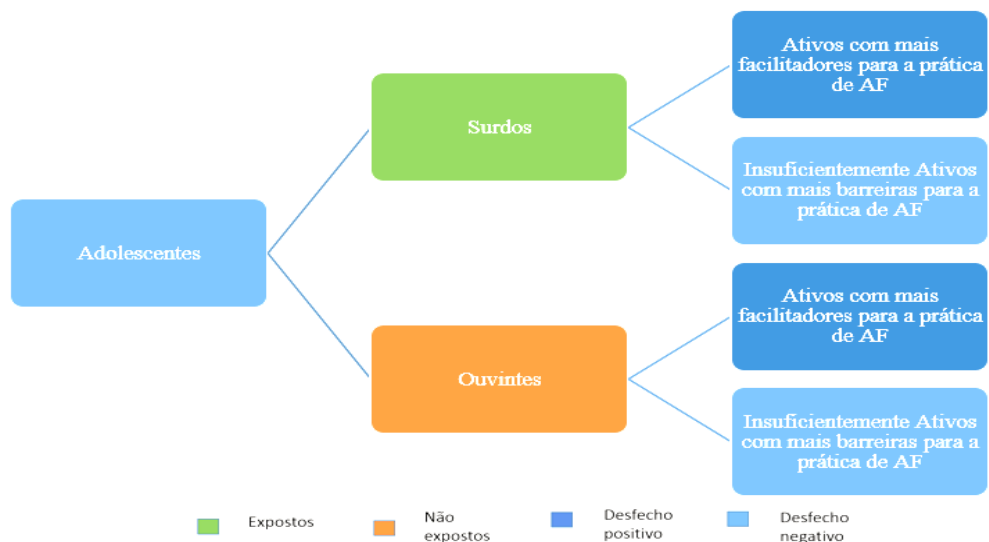


Figura 4 - Desenho do estudo (Elaborado pelos autores, 2014)

3.1.2 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram descritas a partir de suas classificações para melhor compreensão do delineamento da pesquisa, como pode ser observado na Figura 5. Como variável dependente os NAFs, os fatores ambientais (barreiras e facilitadores) e os qualificadores ambientais (níveis de barreiras e facilitadores) foram levantados, enquanto como variável independente destaca-se a variável tipo de sujeitos. Este estudo ainda possui outras variáveis independentes para levantamento e descrição da amostra como idade, sexo e escolaridade.

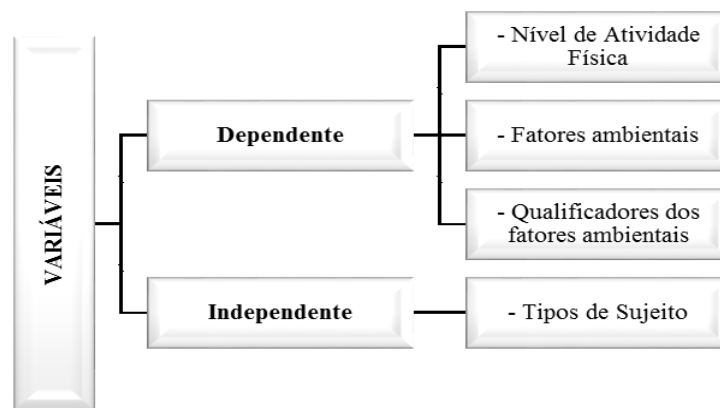


Figura 5 - Descrição das variáveis do estudo (Elaborado pelos autores, 2014)

3.2 POPULAÇÃO

Para o processo de seleção dos sujeitos participantes dessa pesquisa foram localizadas as duas escolas públicas que possuíam o maior número de alunos surdos na cidade de Uberaba. Estas escolas caracterizam-se por pedagogias diferentes, porém com recursos humanos e estruturais mais engajados no reconhecimento e atendimento à comunidade surda. Uma classifica-se como escola regular bilíngue, com ensino em primeira língua em LIBRAS e segunda língua em português. Enquanto a segunda escola, caracteriza-se como escola regular estadual, possuindo o Núcleo de Capacitação de Profissionais da Educação e de Atendimento a Pessoas com Surdez (CAS) do município.

3.2.1 Escola bilíngue

A escola bilíngue escolhida foi fundada em 1956 por uma professora que, ministrando aulas em sua própria casa a seus sobrinhos surdos, despertou a atenção de outros surdos que

moravam na comunidade e na região e que começaram a buscar nesse local um maior apoio pedagógico. Com o aumento dessa demanda um novo espaço foi improvisado inicialmente na União Estudantil do município e posteriormente em uma sede construída pela associação mantenedora da escola³ até a atualidade. Na atualidade é mantida por entidades sociais e convênios com a prefeitura, acolhendo crianças de todos os níveis socioeconômicos.

Em parceria com órgãos e projetos governamentais e não governamentais, esta escola já sediou eventos e seminários voltados à educação de surdos com convidados reconhecidos no cenário da educação de surdos e da tradução e interpretação de LIBRAS.

Hoje, a escola oferece ensino infantil e fundamental a partir da abordagem bilíngue à toda região, bem como cursos de nível básico de LIBRAS. Todos os professores e funcionários são capacitados para comunicação em LIBRAS, todavia no momento, há um número pequeno de professores surdos. Presença essa fundamental para referência das crianças e adolescentes surdos e preconizada pela pedagogia bilíngue (LIBRAS-português).

Por estar anexada à uma associação de surdos, bem como oferecer ensino a partir da língua materna dessa comunidade, é considerada como um espaço de referência para a população, sendo um lugar de encontros políticos e ativistas, assim como um lugar para promoção da cultura e tradição desses sujeitos.

3.2.2 Escola regular

Fundada em 1966 a escola regular escolhida oferece ensino fundamental, médio, educação de jovens e adultos (EJA) e projeto de tempo integral. Ao longo dos anos tornou-se referência regional no atendimento a deficientes auditivos a partir de uma pedagogia inclusiva (GONÇALVES, 2011).

Não há relatos com menções precisas quanto ao início do atendimento e dessa escolarização inclusiva. Todavia, mesmo relatando que há muitos anos a escola já desenvolvia trabalhos com essa população, somente em 2000 passou a contar com profissionais intérpretes de LIBRAS e em 2011 teve implantado o CAS.

Hoje é a escola inclusiva com o maior número de intérpretes e funcionários com capacitação para a colhimento e atendimento à pessoa com surdez do município e região, sendo também referência a outras instituições de ensino por oferecer cursos de LIBRAS à comunidade e a professores. Apesar do trabalho de sensibilização quanto à importância da

³Informações retiradas do site oficial da escola <http://escoladulce.org.br/historia.html>

aprendizagem da LS para trabalho e ensino junto aos alunos, são raros os casos em sala de aula de professores com o conhecimento da LIBRAS, transferindo em demasia a responsabilidade das trocas estabelecidas em sala ao intermédio apenas do intérprete.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA AMOSTRA

Como critérios de inclusão, destacam-se: adolescentes surdos com idades entre 10 a 19 anos que utilizam LS; adolescentes surdos incluídos na faixa etária do estudo e que estejam cursando o ensino fundamental ou médio nas escolas que fazem parte deste estudo na cidade de Uberaba; adolescentes surdos que responderam aos critérios anteriores e queriam participar da pesquisa, apresentando o termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo responsável ou assinado pelo próprio participante, quando este era maior de 18 anos. Destacando ainda que, sujeitos com outras deficiências e desordens associadas à surdez não foram incluídos na pesquisa. Os sujeitos do grupo de adolescentes ouvintes seguiram os mesmos critérios levantados para o primeiro grupo, surdos, com exceção do aspecto ligado à surdez e a utilização da LS que caracterizam a identidade do primeiro grupo.

Apesar de a legislação brasileira considerar a adolescência como o período dos 12 aos 18 anos, neste estudo optou-se pela faixa etária preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) que apontam essa etapa da vida, adolescência, como o período dos 10 aos 19 anos (BRASIL, 2005), destacando que este critério tem sido levantado principalmente para fins estatísticos e políticos.

Faz-se importante ainda lembrar que, neste estudo, por tratar-se de uma população em desenvolvimento, adolescentes, em construção de sua identidade foram escolhidos como sujeitos os surdos que utilizam a Língua de Sinais (LS) como sua primeira língua e que caminham para a construção de uma identidade surda, como nos traria Perlin (1998) caracterizando os surdos que possuem a experiência visual como determinante de seu comportamento, usam LS e aceitam-se como surdos, tem suas comunidades e associações e assumem uma posição sócio-política que avança em busca do delineamento da identidade surda.

3.3.1 Composição da amostra

Devido à baixa frequência de sujeitos com surdez a amostra tornou-se relativamente reduzida e foi classificada como não probabilística por conveniência, sendo que os alunos

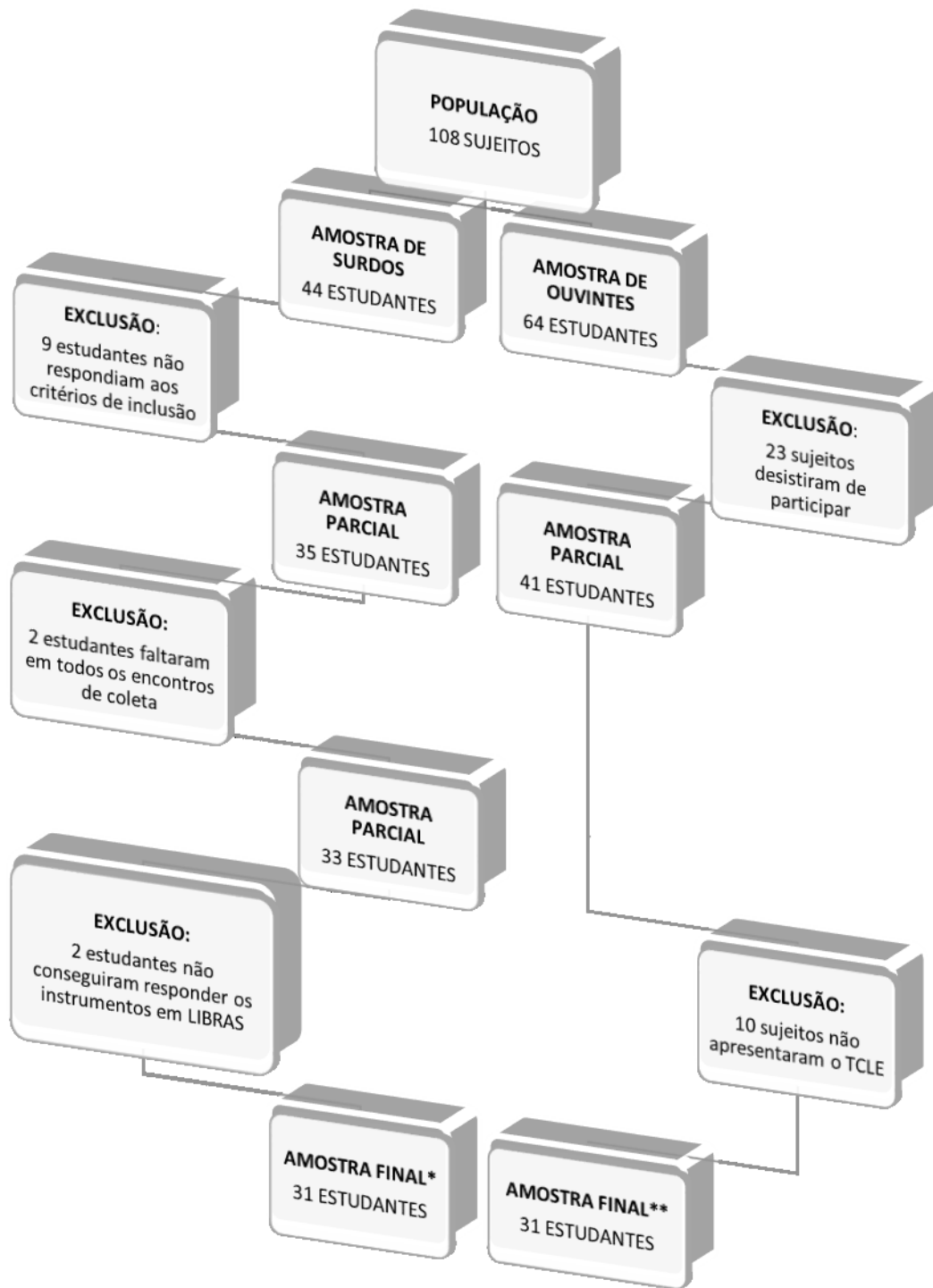
surdos dessas escolas que respondiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa formando o primeiro grupo denominado de grupo surdos. Posteriormente, um novo grupo, denominado ouvintes, formado por adolescentes ouvintes com características similares (sexo e idade) ao primeiro grupo foi criado com o objetivo de comparar as informações coletadas em ambos os grupos.

Os sujeitos da amostra do primeiro grupo foram selecionados a partir de um grupo de 44 adolescentes surdos, sendo que destes nove não respondiam aos critérios de inclusão, dois sujeitos faltaram em todos os encontros da coleta e dois sujeitos não conseguiram responder os instrumentos pela dificuldade de compreensão em LIBRAS. Diante dos 31 sujeitos surdos que atendiam aos critérios de inclusão e conseguiram responder os instrumentos durante os encontros para coleta, um novo grupo de adolescentes ouvintes com características para comparação em variáveis como sexo e idade foi levantado (Figura 6).

Os primeiros nove sujeitos excluídos da amostra do grupo de surdos possuíam diagnósticos associados à surdez e foram retirados do grupo. Diagnósticos esses de albinismo, microcefalia, encefalopatia crônica da infância, cardiopatias e doenças vasculares com restrições para à prática de alguns tipos de esportes, não respondendo aos critérios de inclusão.

Os adolescentes ouvintes, também estudantes das escolas de levantamento do primeiro grupo, foram convidados a partir de um levantamento de sujeitos com características similares em relação a sexo e idade do primeiro. Durante todo o processo, 64 alunos ouvintes que correspondiam aos critérios de inclusão mostraram-se interessados em participar. Todavia, após maiores esclarecimentos do estudo, 23 alunos desistiram da pesquisa, justificando que gostariam de participar se a pesquisa fosse de intervenção. Outros dez participantes não apresentaram o TCLE com a autorização dos responsáveis. A entrega dos TCLEs foi morosa e os adolescentes ouvintes relatavam esquecê-los semanalmente. Assim, adotou-se a estratégia de contato telefônico às famílias ou aos próprios adolescentes para lembrá-los da entrega do documento. Esse processo foi realizado até contabilização de pelo menos 31 sujeitos, número este exato de integrantes do primeiro grupo.

Após a exclusão de sujeitos os grupos foram definidos em 31 sujeitos surdos e 31 sujeitos ouvintes.



* Amostra final composta apenas por sujeitos surdos.

**A amostra final composta apenas por sujeitos ouvintes

Figura 6 - Fluxograma com o processo de seleção dos sujeitos
(Elaborado pelos autores, 2014)

3.4. INSTRUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA), anexo A, e o Check List da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – CIF, apresentado pela OMS, com enfoque nos fatores ambientais dos aspectos fatores contextuais, barreiras e facilitadores, anexo B. Sendo ainda, através da ficha do aluno disponibilizados pelas escolas, coletados dados como idade, sexo, escolaridade, surdez ou ausência desta.

O QAFA surgiu a partir da necessidade da elaboração de um instrumento para estudos epidemiológicos voltados à atividade física, especificamente para a população de adolescentes brasileiros. Sua validação se deu através de uma pesquisa realizada no município de Piracicaba, Estado de São Paulo (FLORINDO et al., 2006). Posteriormente, outros estudos reforçaram evidências de validade e reprodutibilidade em adolescentes brasileiros (ENES; PEGOLO; SILVA, 2009; RIBEIRO; FLORINDO, 2010; ROMERO et al., 2010; ROMERO et al., 2011). Diferente de outros instrumentos que não foram criados exclusivamente para essa população, nem abarcam a faixa etária do projeto de pesquisa aqui destacado, de 10 a 19 anos

Esse instrumento abrange as atividades físicas ligadas ao esporte independentemente do espaço escolar, bem como a locomoção desses sujeitos de suas casas até a escola, calculando em minutos o tempo gasto dessas atividades diariamente, semanalmente e mensalmente durante o ano. O resultado deste instrumento é apontado a partir da variável dicotômica, insuficientemente ativo ou ativo, tendo em seu escore como ponto de corte trezentos minutos semanais de atividades físicas seguindo as recomendações dos estudos de Pate et al. (2002), que é tratado como referência pelos autores e criadores do instrumento. Além de coadunar com as recomendações de importantes órgãos como o governo americano (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008), a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) e a *The European Heart Network* (THE EUROPEAN HEART NETWORK, 2001). Compreendendo as especificidades da população brasileira, como nos mostram Sebastião, Schwingel, Chodzko-Zajko (2014) há que se usar uma combinação de diversas abordagens, reconhecendo o trabalho que já tenha sido feito em todo o mundo e destacando o contexto da saúde pública brasileira, uma vez que não há ainda diretrizes específicas para o país.

O CheckList da CIF com enfoque no componente: fatores ambientais foi utilizado visando identificar as barreiras e facilitadores na prática de atividades físicas seguindo a

terceira convenção para a codificação dos fatores ambientais a partir do componente atividades e participação (OMS, 2004), classificação d9201. Este instrumento caracteriza-se como uma ferramenta prática que visa registrar a funcionalidade e a incapacidade do sujeito. O mesmo é preenchido a partir de códigos (+) para facilitadores ou (-) para barreiras e seus qualificadores em níveis de 0 a 4. A graduação 0 é utilizada para nenhuma barreira ou nada de facilitador (0-4%), 1 significa ligeira barreira ou pouco facilitador (5-24%), 2 barreira ou facilitador moderado (25-49%), 3 para grave barreira ou muito facilitador (50-95%) e 4 para barreira completa ou facilitador tudo / (96-100%).

Os fatores ambientais no CheckList, categorias, foram selecionados a partir da população e da temática abordada na pesquisa, sendo escolhidas categorias do instrumento relacionadas a produtos, tecnologias, ambiente, apoio, atitudes e normas. Algumas categorias que poderiam deixar dúvidas quanto aos seus significados e associações foram esclarecidas por meio de exemplos sugeridos. No primeiro item relacionado a produtos e tecnologia para consumo pessoal, por exemplo, foi sugerido aos alunos classificar pensando em produtos (alimentos ou medicamentos) relacionados à prática de atividades esportivas como barrinhas, shakes, complementos vitamínicos ou bebidas energéticas. Ou como no item relacionado a produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária, com ênfase no esporte, em que foi sugerido exemplos de produtos aos alunos como: capacete, joelheira, luvas ou roupa própria para algum esporte. Para os produtos e tecnologia para a comunicação (no esporte) sugeriu-se produtos como: cartões, apito ou ainda bandeiras e luzes utilizados especificamente com a população surda que comunicam informações durante a prática. Para os produtos e tecnologia para a educação foram sugeridos exemplos relacionados principalmente a revistas, livros, TV e meios digitais que envolvem a temática do esporte, bem como para o aspecto produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o desporto sugerido produtos específicos para otimizar a realização das atividades como bolas, cones, cordas e jogos. Para diferenciação dos aspectos apoio e relacionamentos e atitudes individuais, foram sugeridos neste último direcionar apenas a opinião e ideologia dos sujeitos envolvidos (pais, amigos, autoridades, etc.) em relação à prática desses adolescentes. Lembrando que todas essas sugestões foram levantadas a partir de elementos sugeridas pela própria CIF (OMS, 2004).

3.4.1 Tradução e adaptação transcultural dos instrumentos

Para garantir a fidedignidade do estudo foram construídos vídeos na Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS através da imagem de um intérprete que traduzia as instruções dos

instrumentos, assim como outros documentos pertencentes à pesquisa, como o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B).

O processo de tradução e adaptação transcultural requer etapas específicas para garantir equivalência linguística, semântica e conceitual em relação ao instrumento original. Para Cardoso (2006) sendo a cultura um determinante crítico do comportamento humano, os instrumentos de avaliação devem em sua definição conceitual e linguística contemplar as características específicas da população investigada. Segundo a mesma, a linguagem seria a principal forma de se transmitir sintomas, preocupações, desejos, afetos. Assim, os instrumentos de avaliação possuem a necessidade de equivalências conceituais e linguísticas, de forma a manter uma equivalência cultural do conceito a ser trabalhado.

A fim de traduzir e adaptar transculturalmente os instrumentos dessa pesquisa, encontros entre os pesquisadores, tradutores/intérpretes de LIBRAS e membros da comunidade foram realizados sendo as traduções analisadas segundo as orientações de Borsa, Damásio e Bandeira (2012) que apontam quatro diferentes áreas: equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência experiencial e equivalência conceitual.

Primeiramente uma tradução denominada como ingênua por Reichenheim e Moraes (2007) caracterizada pela tradução simples dos itens do instrumento foi realizada, seguida de um estudo piloto com apenas quatro sujeitos, devido ao risco de redução no número de sujeitos para viabilização do estudo. As informações angariadas neste primeiro contato com a população foram analisadas e discutidas nos encontros entre os especialistas, pesquisadores e membros da comunidade visando a adaptação transcultural.

A partir deste primeiro momento uma nova operacionalização foi realizada em uma perspectiva denominada pelos autores acima citados como “universalista”, assumindo que os construtos de um instrumento podem variar de uma cultura para outra, havendo necessidade de investigar a existência e a interpretação de cada conceito na outra cultura, estabelecendo suas equivalências transculturais por meio de uma determinada metodologia.

Modificações singulares foram realizadas devido a especificidade da população por suas características culturais e regionais, assim como pela etapa da vida em formação (adolescentes) dos sujeitos investigados. Modificações estas como escalas numéricas associadas a escalas visuais, sendo estas garantidas na equivalência operacional, bem como substituições de sinais não utilizados pela comunidade local por sinais com equivalência conceitual. Ainda a retirada das legendas que por ora desviavam a atenção e diminuía a possibilidade de assimilação da informação, principalmente dos mais novos.

Entre modificações semânticas e sintáticas, houve a necessidade de incluir uma escala análoga visual ao novo vídeo de tradução, uma vez que foi constatada a dificuldade, principalmente com sujeitos mais jovens de interpretar níveis de mensuração em proximidade, como “muito” ou “tudo” (Figura 8).

Um novo estudo piloto foi realizado verificando maior confiabilidade da versão reconciliadora produzida a partir do segundo vídeo em comparação ao primeiro vídeo de tradução.

Qualificadores	Barreira ou facilitador	0	1	2	3	4	8	9
		nenhum nada	ligeiro pouco	moderado + ou -	grave muito	completo tudo	Não especificada não continua	Não aplicável nada a ver
e110 Para consumo pessoal (<i>alimentos, medicamentos</i>)								
e115 Para uso pessoal na vida diária								

Figura 7 - Escala análoga visual dos níveis de barreiras ou facilitadores da CIF (Elaborado pelos autores/pesquisadores, 2014)

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Um primeiro contato com as escolas foi realizado para estabelecimento de parceria, sendo assinadas declarações de autorização e ciência dos objetivos do estudo. Foi ainda firmada a disponibilidade de oferecer espaço adequado com sala, mesa e cadeiras para a realização das coletas (ver modelo APÊNDICE A).

Semanas de sensibilização sobre a importância do estudo foram realizadas junto às escolas, a partir de encontros com os pais e com os próprios alunos para convite e esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa. O maior objetivo desses encontros era ressaltar a importância do estudo, bem como explicar todo o processo do mesmo.

Os termos de compromisso (APÊNDICE B) foram encaminhados aos responsáveis daqueles alunos menores de 18 anos por intermédio da própria escola ou do próprio participante. Sendo necessário realizar contato via telefone com alguns responsáveis que não puderam ir até a escola para maiores esclarecimentos.

Os instrumentos foram aplicados individualmente com os adolescentes surdos que necessitavam visualizar as instruções dos mesmos através dos vídeos com traduções em LIBRAS ofertado por meio do auxílio de um notebook. Os sujeitos assistiam aos vídeos e realizavam a transcrição das alternativas para o papel impresso, com supervisão da pesquisadora em caso de dúvida. Enquanto que os adolescentes ouvintes foram separados em grupos de no máximo 8 alunos, dependendo da disponibilidade de horário, para responderem

os instrumentos apenas impresso em língua portuguesa. Os ouvintes foram organizados de forma a ficarem distantes uns dos outros, seguindo orientações prévias de não comunicação com os demais participantes. Este grupo também foi supervisionado pela pesquisadora em todos os momentos, para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas.

Os encontros para coleta de dados eram realizados através de agendamentos prévios com as escolas em ambos os grupos. Havia um acordo para liberação dos alunos em intervalos durante as aulas ou no contra turno, remarcando os encontros em caso de prova e outras atividades avaliativas realizadas no período anteriormente agendado.

Após todo o levantamento dos dados com os dois grupos nas escolas parceiras, estes foram tabulados e analisados em programa estatístico específico descrito posteriormente no item análise estatística. Os resultados gerados foram discutidos e fundamentados na literatura, sendo levantados congruência com o cenário nacional e considerações importantes para a realização de novos estudos. As limitações no processo e finalização da presente pesquisa também foram discutidas no final desse documento, sendo importante seu reconhecimento para a elaboração de novos estudos com processos mais apurados a partir dessa experiência.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A presente pesquisa obteve aprovação através do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) a partir do protocolo 2570 (APÊNDICE C). Houve ainda neste estudo assinatura de termo de parceria pelas escolas que trabalham com a população, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis ou adolescentes maiores de 18 anos, participantes do estudo. Os dados coletados foram utilizados única e exclusivamente para os objetivos descritos no projeto, sendo tratados com sigilo e ética, e posteriormente serão descartados após a finalização do estudo.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados seguindo a análise estatística exploratória e os resultados foram transcritos para o banco de dados no *Statistics/Data Analysis* (STATA) versão 12.0. Na fase descritiva, foram usados números brutos, frequências simples e porcentagens. Enquanto que a análise inferencial foi executada por meio da comparação dos dados a partir dos grupos, surdos e ouvintes. As variáveis contínuas foram expressas por medidas de tendência central e

dispersão e as categóricas por frequência. O teste de Qui-Quadrado para comparação de frequências e significância entre os grupos foi utilizado, bem como foi adotada a análise comparativa pelos intervalos de confiança calculados, significância adotada de 5%, para as variáveis polîtômicas.

4. RESULTADOS

A partir das informações coletadas a amostra e os resultados foram descritos em tabelas através dos dois grupos investigados, surdos e ouvintes. A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis escola de origem, sexo e idade para cada grupo através de uma análise bivariada.

A variável escolaridade, Tabela 1, demonstra que 67,74% dos adolescentes surdos estavam cursando o ensino fundamental, enquanto apenas 32,67% dos adolescentes ouvintes cursavam essa mesma etapa. A média de idade dos adolescentes surdos foi de 14,87 ($\pm 3,26$) anos, enquanto dos adolescentes ouvintes foi de 15,38 ($\pm 1,90$) anos. Apesar da comparação de grupos dessa média não ser estatisticamente significativa, faz-se importante ressaltar essa variável, visto que mesmo com médias de idades aproximadas há um nítido atraso do primeiro grupo para o segundo em relação a variável escolaridade.

Tabela 1 - Descrição da amostra segundo as variáveis escola, sexo e escolaridade (2014, Uberaba-MG)

VARIÁVEIS	SURDOS		OUVINTES		TOTAL	
	n(31)	%(100)	n(31)	%(100)	n(62)	%(100)
ESCOLA						
Bílingue – LIBRAS/português	19	61,29	0	0	19	30,65
Escola Regular	12	38,71	31	100,00	43	69,35
SEXO						
Feminino	13	41,94	13	41,94	26	41,94
Masculino	18	58,06	18	58,06	36	58,06
ESCOLARIDADE						
Ensino Fundamental	21	67,74%	10	32,67%	31	50,00
Ensino Médio	10	32,26%	21	67,33%	31	50,00

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014

Na Tabela 2 foram descritos os NAFs, sendo utilizado o teste de qui-quadrado para comparação das frequências nos grupos. Em relação a essa variável, abordada no primeiro instrumento, apontam-se resultados com diferenças significativas de um grupo para o outro. Destacando o NAF a partir apenas dos aspectos investigados ligados ao esporte 25,81% dos

alunos surdos foram classificados como ativos, sendo que no grupo de ouvintes 61,29 % foram assim classificados. Somados os níveis de atividade física relacionado à locomoção e esporte, nível de atividade física total, apesar do aumento no número de sujeitos ativos no grupo de surdos, 29,03%, o grupo de adolescentes ouvintes permaneceu com 61,29% de sujeitos ativos ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Nível de Atividade Física (NAF) a partir da comparação dos grupos

VARIÁVEIS	SURDOS		OUVINTES		TOTAL		p*
	n(31)	%(100)	n(31)	%(100)	n(62)	%(100)	
NAF relacionada ao ESPORTE							
Ativo	8	25,81	19	61,29	27	43,55	0,0050
Insuficientemente ativo	23	74,19	12	38,71	35	56,45	
NAF TOTAL							
Ativo	9	29,03	19	61,29	28	45,16	0,0110
Insuficientemente ativo	22	70,97	12	38,71	34	54,84	

*teste de qui-quadrado

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014

A Tabela 3, salienta resultados com destaque para aqueles estatisticamente significativos referentes às Barreiras e Facilitadores para a prática de atividade física, a partir do instrumento relativo à CIF, através das categorias: produtos e tecnologia para a educação, ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados à luz; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados ao som; apoio e relacionamentos de amigos.

Os resultados, não mostrados em tabelas, apontam que os adolescentes surdos relataram maiores barreiras para a prática de AF em relação aos ouvintes, sendo que aqueles trouxeram 134 barreiras enquanto estes apresentaram apenas 82. O que foi apontado ainda é que os facilitadores para esse segundo grupo, ouvintes, foi maior sendo relatados 425 facilitadores enquanto os surdos relataram 419. Estatisticamente não houve significância estatística entre os grupos nem mesmo na variável barreiras ($p = 0,173$). Sendo assim, não confirmada a hipótese, nessa amostra, de que os surdos possuem mais barreiras e menos facilitadores que os ouvintes para essa prática.

A primeira categoria discutida pelo instrumento CIF que foi significativa entre os grupos foi a produtos e tecnologia para a educação, trazendo como resultado que, enquanto 96,77% dos alunos ouvintes consideravam ser um facilitador esses elementos para a realização de suas atividades físicas, enquanto apenas 70% dos alunos surdos assim os considerava. Já em relação a categoria ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo

homem relacionados à luz, 46,67% dos adolescentes surdos classificaram essa categoria como barreira e apenas 16,13% dos adolescentes ouvintes a consideraram dessa forma.

O ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados ao som, evidenciou que 80% dos surdos entendem essas mudanças como barreiras, enquanto que no grupo de ouvintes essa mesma classificação é apontada por apenas 54,84% do grupo. Ainda, como pode ser observado na Tabela 3, os resultados demonstram que no grupo de alunos surdos, 13,33% entendem como uma barreira o apoio e relacionamentos de amigos e 100% dos ouvintes acreditam que essa categoria é um facilitador para a sua prática, sendo para todas essas variáveis $p < 0,05$.

Tabela 3 - Barreiras e Facilitadores para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados

VARIÁVEIS	GRUPOS				TOTAL		p*
	SURDOS		OUVINTES		n ⁱ (61)	%(100)	
	n(30)	%(100)	n(31)	%(100)			
Produtos e tecnologia para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)							0,3300
Barreira	6	20,00	3	9,68	9	14,75	
Facilitador	22	73,33	23	74,19	45	73,77	
Não específico	1	3,33	2	6,45	3	4,92	
Não aplicável	1	3,33	3	9,68	4	6,56	
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (esporte)							0,2690
Barreira	3	10,00	1	3,23	4	6,56	
Facilitador	26	86,67	30	96,77	56	91,80	
Não específico	1	3,33	0	0	1	1,64	
Não aplicável	0	0	0	0	0	0	
Produtos e tecnologia para a comunicação (esporte)							0,6400
Barreira	3	10,00	2	6,45	5	8,20	
Facilitador	27	90,00	28	90,32	55	90,16	
Não específico	0	0	1	3,23	1	1,64	
Não aplicável	0	0	0	0	0	0	
Produtos e tecnologia para a educação							0,0150
Barreira	7	23,33	1	3,23	8	13,11	
Facilitador	21	70,00	30	96,77	51	83,61	
Não específico	1	3,33	0	0	1	1,64	
Não aplicável	1	3,33	0	0	1	1,64	
Produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o esporte							0,0780
Barreira	5	16,67	1	3,23	6	9,84	
Facilitador	25	83,33	30	96,77	55	90,16	
Não específico	0	0	0	0	0	0	
Não aplicável	0	0	0	0	0	0	
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados ao clima							0,1480
Barreira	10	33,33	14	45,16	24	39,34	
Facilitador	19	63,33	12	38,71	31	50,82	
Não específico	1	3,33	1	3,23	2	3,28	
Não aplicável	0	0	4	12,90	4	6,56	
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados à luz							0,0060
Barreira	14	46,67	5	16,13	19	31,15	

Facilitador	10	33,33	20	64,52	30	49,18	
Não específico	2	6,67	1	3,23	3	4,92	
Não aplicável	4	13,33	5	16,13	9	14,75	
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados ao som							0,0260
Barreira	24	80,00	17	54,84	41	67,21	
Facilitador	3	10,00	10	32,26	13	21,31	
Não específico	1	3,33	1	3,23	2	3,28	
Não aplicável	2	6,67	3	9,68	5	8,20	
Apoio e Relacionamentos da família próxima							0,1950
Barreira	4	13,33	8	25,81	12	19,67	
Facilitador	25	83,33	21	67,74	46	75,41	
Não específico	0	0	0	0	0	0	
Não aplicável	1	3,33	2	6,45	3	4,92	
Apoio e Relacionamentos de amigos							0,0350
Barreira	4	13,33	0	0	4	6,56	
Facilitador	26	86,67	31	100,00	57	93,44	
Não específico	0	0	0	0	0	0	
Não aplicável	0	0	0	0	0	0	
Apoio e Relacionamentos de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade							0,8170
Barreira	4	13,33	5	16,13	9	14,75	
Facilitador	19	63,33	20	64,52	39	63,93	
Não específico	0	0	0	0	0	0	
Não aplicável	7	23,33	6	19,35	13	21,31	
Apoio e Relacionamentos de Pessoas em posição de autoridade							0,5760
Barreira	6	20,00	6	19,35	12	19,67	
Facilitador	19	63,33	13	41,94	32	52,46	
Não específico	1	3,33	2	6,45	3	4,92	
Não aplicável	4	13,33	10	32,26	14	22,95	
Apoio e Relacionamentos prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							0,2330
Barreira	4	13,33	1	3,23	5	8,20	
Facilitador	17	56,67	16	51,61	33	54,10	
Não específico	6	20,00	1	3,23	7	11,48	
Não aplicável	3	10,00	13	41,94	16	26,23	
Apoio e Relacionamentos de outros profissionais							0,6320
Barreira	1	3,33	2	6,45	3	4,92	
Facilitador	20	66,67	22	70,97	42	68,85	
Não específico	2	6,67	2	6,45	4	6,56	
Não aplicável	7	23,33	5	16,13	12	19,67	
Atitudes individuais dos membros da família próxima							0,4840
Barreira	6	20,00	4	12,90	10	16,39	
Facilitador	21	70,00	23	74,19	44	72,13	
Não específico	1	3,33	0	0	1	1,64	
Não aplicável	2	6,67	4	12,90	6	9,84	
Atitudes individuais dos amigos							0,8830
Barreira	4	13,33	3	9,68	7	11,48	
Facilitador	26	86,67	22	70,97	48	78,69	
Não específico	0	0	1	3,23	1	1,64	
Não aplicável	0	0	5	16,13	5	8,20	
Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade							0,8090
Barreira	6	20,00	4	12,90	10	16,39	
Facilitador	15	50,00	12	38,71	27	44,26	
Não específico	1	3,33	3	9,68	4	6,56	

Não aplicável	8	26,67	12	38,71	20	32,79	
Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais							0,3790
Barreira	6	20,00	3	9,68	9	14,75	
Facilitador	15	50,00	15	48,39	30	49,18	
Não específico	2	6,67	4	12,90	6	9,84	
Não aplicável	7	23,33	9	29,03	16	26,23	
Atitudes individuais de profissionais de saúde							0,2510
Barreira	3	10,00	1	3,23	4	6,56	
Facilitador	24	80,00	29	93,55	53	86,89	
Não específico	1	3,33	0	0	1	1,64	
Não aplicável	2	6,67	1	3,23	3	4,92	
Normas, práticas e ideologias sociais							0,0530
Barreira	7	23,33	1	3,23	8	13,11	
Facilitador	18	60,00	18	58,06	36	59,02	
Não específico	3	10,00	2	6,45	5	8,20	
Não aplicável	2	6,67	10	32,26	12	19,67	
Outros fatores ambientais a considerar – aparelho auditivo							
Barreira	7	23,33	0	0	7	23,33	
Facilitador	21	70,00	0	0	21	70,00	
Não específico	0	0	0	0	0	0	
Não aplicável	2	6,67	0	0	2	6,67	

ⁱ RECUSA NA RESPOSTA– um sujeito não quis responder ao questionário

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014

A Tabela 4 apresenta os níveis de barreiras para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados, sendo que foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nas categorias relacionadas ao ambiente natural e as mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados ao clima, à luz e ao som.

Nas três categorias supracitadas, todas apresentaram diferença significativa em relação aos níveis nenhuma e ligeira no total de grupos. Todavia como o enfoque deste estudo dar-se-á partir da comparação entre grupos, serão destacados aqui os resultados encontrados como significativos apenas dentro de cada grupo ou na comparação destes.

Assim, observa-se nesta quarta tabela que refere-se ao ambiente natural e as mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados ao som, dentro do grupo de adolescentes surdos houve significância em relação aos níveis nenhuma 4,18% (IC95%: -4,45;12,78) para ligeira, 33,33% (IC95%: 12,99;53,66).

Tabela 4 - Níveis de barreiras para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados

VARIÁVEIS	BARREIRAS					
	SURDOS		OUVINTES		TOTAL	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n ⁱⁱ	% (IC 95%)
Produtos e tecnologia para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)						

Nenhuma	0	0	2	66,67 (-76,75;210,08)	2	22,22 (-11,67;56,11)
Ligeira	1	16,67 (-26,17;59,50)	0	0	1	11,11 (-14,51;36,73)
Moderada	3	50,00 (-7,47;107,48)	1	33,33 (-110,08;176,75)	4	44,45 (3,93;84,95)
Grave	2	33,33 (-20,85;87,52)	0	0	2	22,22 (-11,67;56,11)
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	100,00	3	100,00	9	100,00
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (esporte)						
Nenhuma	1	33,33 (-110,08;176,75)	0	0	1	25,00 (-54,56;104,56)
Ligeira	1	33,33 (-110,08;176,75)	0	0	1	25,00 (-54,56;104,56)
Moderada	1	33,34 (-110,08;176,75)	1	100,00	2	50,00 (-41,86;141,86)
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	100,00	1	100,00	4	100,00
Produtos e tecnologia para a comunicação (esporte)						
Nenhuma	1	33,33 (-110,08;176,75)	0	0	1	20,00 (-35,52;75,52)
Ligeira	1	33,33 (-110,08;176,75)	0	0	1	20,00 (-35,52;75,52)
Moderada	1	33,34 (-110,08;176,75)	2	100,00	3	60,00 (-8,00;128,00)
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	100,00	2	100,00	5	100,00
Produtos e tecnologia para a educação						
Nenhuma	0	0	0	0	0	0
Ligeira	4	57,14 (7,70;106,57)	1	100,00	5	62,50 (19,23;105,76)
Moderada	1	14,29 (-20,67;49,24)	0	0	1	12,50 (-17,05;42,05)
Grave	2	28,57 (-16,55;73,69)	0	0	2	25,00 (-13,70;63,70)
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7	100,00	1	100,00	8	100,00
Produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o desporto						
Nenhuma	0	0	0	0	0	0
Ligeira	2	40,00 (-28,00;108,00)	0	0	2	33,33 (-20,85;87,52)
Moderada	1	20,00 (-35,52;75,52)	1	100,00	2	33,33 (-20,85;87,52)
Grave	1	20,00 (-35,52;75,52)	0	0	1	16,67 (-26,17;59,50)
Completa	1	20,00 (-35,52;75,52)	0	0	1	16,67 (-26,17;59,50)
TOTAL	5	100,00	1	100,00	6	100,00
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados ao clima						
Nenhuma	0	0	2	14,29 (-6,68;35,25)	2	8,33 (-3,58;20,25)
Ligeira	5	50,00 (12,29;87,70)	5	35,71 (7,00;64,42)	10	41,67 (20,40;62,93)
Moderada	3	30,00 (-4,55;64,55)	4	28,57 (1,50;55,63)	7	29,17 (9,56;48,77)
Grave	1	10,00 (-12,62;32,62)	2	14,29 (-6,68;35,25)	3	12,50 (-1,76;26,76)
Completa	1	10,00 (-12,62;32,62)	1	7,14 (-8,28;22,57)	2	8,33 (-3,58;20,25)
TOTAL	10	100,00	14	100,00	24	100,00
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados à luz						
Nenhuma	1	7,14 (-8,28;22,57)	0	0	1	5,26 (-5,79;16,32)
Ligeira	7	50,00 (20,04;79,95)	2	40,00 (-28,00;108,00)	9	47,37 (22,64;72,09)
Moderada	5	35,72 (7,00;64,42)	1	20,00 (-35,52;75,52)	6	31,58 (8,56;54,59)
Grave	1	7,14 (-8,28;22,57)	0	0	1	5,26 (-5,79;16,32)
Completa	0	0	2	40,00 (-28,00;108,00)	2	10,53 (-4,67;25,72)
TOTAL	14	100,00	5	100,00	19	100,00
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados ao som						
Nenhuma	1	4,18 (-4,45;12,78)	1	5,88 (-6,58;18,35)	2	4,88 (-2,00;11,76)
Ligeira	8	33,33 (12,99;53,66)	3	17,65 (-2,55;37,85)	11	26,83 (12,67;40,98)
Moderada	5	20,83 (3,31;38,35)	2	11,76 (-5,31;28,84)	7	17,07 (5,04;29,09)
Grave	5	20,83 (3,31;38,35)	7	41,18 (15,09;67,25)	12	29,27 (14,72;43,80)
Completa	5	20,83 (3,31;38,35)	4	23,53 (1,04;46,01)	9	21,95 (8,72;35,17)
TOTAL	24	100,00	17	100,00	41	100,00
Apoio e Relacionamentos da família próxima						
Nenhuma	1	25,00 (-54,56;104,56)	1	12,50 (-17,05;42,05)	2	16,67 (-8,06;41,39)
Ligeira	2	50,00 (-41,86;141,86)	1	12,50 (-17,05;42,05)	3	25,00 (-3,73;53,73)

Moderada	0	0	3	37,50 (-5,76;80,76)	3	25,00 (-3,73;53,73)
Grave	1	25,00 (-54,56;104,56)	2	25,00 (-13,70;63,70)	3	25,00 (-3,73;53,73)
Completa	0	0	1	12,50 (-17,05;42,05)	1	8,33 (-10,00;26,67)
TOTAL	4	100,00	8	100,00	12	100,00
Apoio e Relacionamentos de amigos						
Nenhuma	0	0	0	0	0	0
Ligeira	2	50,00 (-41,86;141,86)	0	0	2	50,00 (-41,86;141,86)
Moderada	0	0	0	0	0	0
Grave	2	50,00 (-41,86;141,86)	0	0	2	50,00 (-41,86;141,86)
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	100,00	0	0	4	100,00
Apoio e Relacionamentos de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade						
Nenhuma	0	0	0	0	0	0
Ligeira	1	25,00 (-54,56;104,56)	4	80,00 (24,47;135,52)	5	55,56 (15,04;96,06)
Moderada	1	25,00 (-54,56;104,56)	0	0	1	11,11 (-14,51;36,73)
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	2	50,00 (-41,86;141,86)	1	20,00 (-35,52;75,52)	3	33,33 (-5,10;71,76)
TOTAL	4	100,00	5	100,00	9	100,00
Apoio e Relacionamentos de Pessoas em posição de autoridade						
Nenhuma	1	16,67 (-26,17;59,50)	1	16,67 (-26,17;59,50)	2	16,67 (-8,06;41,39)
Ligeira	3	50,00 (-7,47;107,48)	2	33,33 (-20,85;87,52)	5	41,66 (8,94;74,38)
Moderada	1	16,67 (-26,17;59,50)	2	33,33 (-20,85;87,52)	3	25,00 (-3,73;53,73)
Grave	1	16,66 (-26,17;59,50)	1	16,67 (-26,17;59,50)	2	16,67 (-8,06;41,39)
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	100,00	6	100,00	12	100,00
Apoio e Relacionamentos prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais						
Nenhuma	1	25,00 (-54,56;104,56)	0	0	1	20,00 (-35,52;75,52)
Ligeira	2	50,00 (-41,86;141,86)	1	100,00	3	60,00 (-8,00;128,00)
Moderada	1	25,00 (-54,56;104,56)	0	0	1	20,00 (-35,52;75,52)
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	100,00	1	100,00	5	100,00
Apoio e Relacionamentos de outros profissionais						
Nenhuma	0	0	0	0	0	0
Ligeira	0	0	2	100,00	2	66,67 (-76,75;210,08)
Moderada	0	0	0	0	0	0
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	1	100,00	0	0	1	33,33 (-110,08;176,75)
TOTAL	1	100,00	2	100,00	3	100,00
Atitudes individuais dos membros da família próxima						
Nenhuma	1	16,67 (-26,17;59,50)	1	25,00 (-54,56;104,56)	2	20,00 (-10,16;50,16)
Ligeira	3	50,00 (-7,47;107,48)	0	0	3	30,00 (-4,55;64,55)
Moderada	0	0	2	50,00 (-41,86;141,86)	2	20,00 (-10,16;50,16)
Grave	1	16,67 (-26,17;59,50)	1	25,00 (-54,56;104,56)	2	20,00 (-10,16;50,16)
Completa	1	16,66 (-26,17;59,50)	0	0	1	10,00 (-12,62;32,62)
TOTAL	6	100,00	4	100,00	10	100,00
Atitudes individuais dos amigos						
Nenhuma	0	0	0	0	0	0
Ligeira	4	100,00	1	33,33 (-110,08;176,75)	5	71,42 (26,30;116,55)
Moderada	0	0	1	33,34 (-110,08;176,75)	1	14,29 (-20,67;49,24)
Grave	0	0	1	33,33 (-110,08;176,75)	1	14,29 (-20,67;49,24)
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	4	100,00	3	100,00	7	100,00
Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade						
Nenhuma	0	0	1	25,00 (-54,56;104,56)	1	10,00 (-12,62;32,62)
Ligeira	2	33,33 (-20,85;87,52)	0	0	2	20,00 (-10,16;50,16)
Moderada	2	33,34 (-20,85;87,52)	0	0	2	20,00 (-10,16;50,16)
Grave	2	33,33 (-20,85;87,52)	1	25,00 (-54,56;104,56)	3	30,00 (-4,55;64,55)

Completa	0	0	2	50,00 (-41,86;141,86)	2	20,00 (-10,16;50,16)
TOTAL	6	100,00	4	100,00	10	100,00
Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais						
Nenhuma	3	50,00 (-7,47;107,48)	2	66,67 (-76,75;210,08)	5	55,56 (15,04;96,06)
Ligeira	0	0	1	33,33 (-110,08;176,75)	1	11,11 (-14,51;36,73)
Moderada	1	16,66 (-26,17;59,50)	0	0	1	11,11 (-14,51;36,73)
Grave	1	16,67 (-26,17;59,50)	0	0	1	11,11 (-14,51;36,73)
Completa	1	16,67 (-26,17;59,50)	0	0	1	11,11 (-14,51;36,73)
TOTAL	6	100,00	3	100,00	9	100,00
Atitudes individuais de profissionais de saúde						
Nenhuma	1	33,33 (-110,08;176,75)	0	0	1	25,00 (-54,56;104,56)
Ligeira	1	33,33 (-110,08;176,75)	0	0	1	25,00 (-54,56;104,56)
Moderada	0	0	1	100,00	1	25,00 (-54,56;104,56)
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	1	33,34 (-110,08;176,75)	0	0	1	25,00 (-54,56;104,56)
TOTAL	3	100,00	1	100,00	4	100,00
Normas, práticas e ideologias sociais						
Nenhuma	0	0	1	100,00	1	12,50 (-17,05;42,05)
Ligeira	3	42,86 (-6,57;92,29)	0	0	3	37,50 (-5,76;80,76)
Moderada	4	57,14 (7,70;106,57)	0	0	4	50,00 (5,31;94,68)
Grave	0	0	0	0	0	0
Completa	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7	100,00	1	100,00	8	100,00
Outros fatores ambientais a considerar – aparelho auditivo						
Nenhuma	2	28,57 (-16,55;73,69)	0	0	2	28,57 (-16,55;73,69)
Ligeira	2	28,57 (-16,55;73,69)	0	0	2	28,57 (-16,55;73,69)
Moderada	0	0	0	0	0	0
Grave	1	14,29 (-20,67;49,24)	0	0	1	14,29 (-20,67;49,24)
Completa	2	28,57 (-16,55;73,69)	0	0	2	28,57 (-16,55;73,69)
TOTAL	7	100,00	0	0	7	100,00

ⁱⁱ AMOSTRA REDUZIDA – apenas os sujeitos que optaram pelas opções barreiras ou facilitadores dentre as opções barreiras, facilitadores, não específico ou não aplicável

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014

Já a Tabela 5, relacionada aos níveis de facilitadores relatados por ambos os grupos, houve significância estatística nas categorias: produtos e tecnologia para consumo pessoal (alimentos, medicamentos); produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (esporte); produtos e tecnologia para a comunicação (esporte); produtos e tecnologia para a educação; produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o desporto; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados ao clima; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados à luz; apoio e relacionamentos de amigos; apoio e relacionamentos de pessoas em posição de autoridade; atitudes individuais dos membros da família próxima; atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade; atitudes individuais de profissionais de saúde; bem como outros fatores ambientais a considerar – aparelho auditivo.

No grupo de adolescentes ouvintes, a categoria produtos e tecnologia para consumo pessoal (alimentos, medicamentos) a significância foi encontrada nos níveis pouco e

moderado para muito. Enquanto que na categoria produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (esporte) foi significativo do nível moderado para o nível tudo.

No mesmo grupo a categoria produtos e tecnologia para a educação apresentou significância nos níveis nada para tudo, enquanto que para produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o desporto destacaram-se os níveis pouco, moderado, muito para tudo.

Em relação a categoria ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados à luz, para esse mesmo grupo, houve significância nos níveis pouco, moderado, muito para tudo. Enquanto que na categoria atitudes individuais dos membros da família próxima houve significância do nível pouco para tudo. Já os níveis pouco e moderado na categoria atitudes individuais de profissionais de saúde apresentaram significância em relação ao nível tudo.

O grupo de adolescentes surdos apresentou significância em relação a categoria produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (esporte) nos níveis pouco para tudo e na categoria produtos e tecnologia para a comunicação (esporte) houve significância em relação ao nível nada para muito e tudo, e pouco para tudo.

Os alunos surdos, em relação a categoria produtos e tecnologia para a educação, apresentaram significância estatística nos níveis nada e moderado para tudo. Já a categoria produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o desporto apresentou nesse grupo significância nos níveis pouco e moderado para muito e tudo.

Na categoria ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem relacionados ao clima, no grupo supracitado, foi estatisticamente significativa nos níveis nada e moderado para muito. Enquanto que na categoria apoio e relacionamentos de amigos, essa significância foi apresentada no nível moderado para tudo. Considerando a categoria apoio e relacionamentos de pessoas em posição de autoridade foi significativo do nível pouco para muito, enquanto que na categoria atitudes individuais dos amigos, destacam-se os níveis moderado para muito. Já na categoria atitudes individuais de profissionais de saúde os níveis com significância foram nada com 4,17% (IC95%: -4,45;12,78) e pouco com 8,33% (IC95%: -3,58;20,25) para tudo 45,83% (IC95%: 24,34;67,32).

Houve significância entre grupos apenas em relação à categoria apoio e relacionamentos de amigos no nível moderado de facilitadores, sendo no grupo de alunos surdos 7,69% (IC95%: -3,28-18,66) e no grupo de ouvintes 38,71% (IC95%: 20,54-56,87). Bem como, na categoria referente apenas a população de surdos, outros fatores ambientais a considerar - aparelho auditivo foi significativo o nível moderado para tudo.

Tabela 5 - Níveis de facilitadores para a prática de atividade física em relação aos grupos de sujeitos avaliados

VARIÁVEIS	FACILITADORES					
	SURDOS		OUVINTES		TOTAL	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n ⁱⁱ	% (IC 95%)
Produtos e tecnologia para consumo pessoal (alimentos, medicamentos)						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	6	27,27 (7,06;47,48)	1	4,35 (-4,66;13,36)	7	15,56 (4,54;26,56)
Moderado	2	9,09 (-3,95;22,13)	3	13,04 (-1,84;27,93)	5	11,10 (1,56;20,65)
Muito	5	22,73 (3,70;41,74)	12	52,18 (30,08;74,26)	17	37,78 (23,04;52,50)
Tudo	9	40,91 (18,59;63,22)	7	30,43 (10,09;50,77)	16	35,56 (21,01;50,09)
TOTAL	22	100,00	23	100,00	45	100,00
Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária (esporte)						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	2	7,69 (-3,28;18,66)	0	0	2	3,57 (-1,44;8,58)
Moderado	6	23,08 (5,72;40,43)	2	6,67 (-2,80;16,14)	8	14,29 (4,82;23,74)
Muito	6	23,08 (5,72;40,43)	10	33,33 (15,42;51,23)	16	28,57 (16,36;40,77)
Tudo	12	46,15 (25,61;66,68)	18	60,00 (41,39;78,60)	30	53,57 (40,09;67,04)
TOTAL	26	100,00	30	100,00	56	100,00
Produtos e tecnologia para a comunicação (esporte)						
Nada	1	3,70 (-3,90;11,31)	1	3,57 (-3,75;10,89)	2	3,64 (-1,47;8,74)
Pouco	2	7,41 (-3,15;17,96)	0	0	2	3,64 (-1,47;8,74)
Moderado	3	11,11 (-1,55;23,78)	3	10,71 (-1,49;22,92)	6	10,90 (2,40;19,41)
Muito	10	37,04 (17,57;56,50)	8	28,58 (10,73;46,41)	18	32,73 (19,92;45,52)
Tudo	11	40,74 (20,93;60,54)	16	57,14 (37,60;76,68)	27	49,09 (35,45;62,73)
TOTAL	27	100,00	28	100,00	55	100,00
Produtos e tecnologia para a educação						
Nada	2	9,52 (-4,16;23,21)	1	3,33 (-3,48;10,15)	3	5,88 (-0,80;12,56)
Pouco	3	14,29 (-2,03;30,60)	3	10,00 (-1,39;21,39)	6	11,76 (2,61;20,91)
Moderado	1	4,76 (-5,17;14,69)	8	26,67 (9,87;43,46)	9	17,65 (6,81;28,47)
Muito	4	19,05 (0,73;37,36)	8	26,67 (9,87;43,46)	12	23,53 (11,48;35,57)
Tudo	11	52,38 (29,08;75,67)	10	33,33 (15,42;51,23)	21	41,18 (27,19;55,15)
TOTAL	21	100,00	30	100,00	51	100,00
Produtos e tecnologia para a cultura, a recreação e o desporto						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	1	4,00 (-4,25;12,25)	1	3,33 (-3,48;10,15)	2	3,64 (-1,47;8,74)
Moderado	2	8,00 (-3,42;19,42)	5	16,67 (2,51;30,82)	7	12,72 (3,63;21,82)
Muito	11	44,00 (23,08;64,91)	5	16,67 (2,51;30,82)	16	29,09 (16,69;41,48)
Tudo	11	44,00 (23,08;64,91)	19	63,33 (45,03;81,63)	30	54,55 (40,96;68,13)
TOTAL	25	100,00	30	100,00	55	100,00
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados ao clima						
Nada	1	5,26 (-5,79;16,32)	0	0	1	3,23 (-3,36;9,81)
Pouco	3	15,79 (-2,26;33,84)	2	16,67 (-8,06;41,39)	5	16,13 (2,41;29,84)
Moderado	2	10,53 (-4,67;25,72)	4	33,33 (2,04;64,61)	6	19,35 (4,62;34,08)
Muito	10	52,63 (27,90;77,35)	3	25,00 (-3,73;53,73)	13	41,94 (23,53;60,33)
Tudo	3	15,79 (-2,26;33,84)	3	25,00 (-3,73;53,73)	6	19,35 (4,62;34,08)
TOTAL	19	100,0	12	100,00	31	100,00
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados à luz						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	1	10,00 (-12,62;32,62)	1	5,00 (-5,46;15,46)	2	6,67 (-2,80;16,14)
Moderado	3	30,00 (-4,55;64,55)	3	15,00 (-2,14;32,14)	6	20,00 (4,80;35,19)
Muito	4	40,00 (3,05;76,94)	3	15,00 (-2,14;32,14)	7	23,33 (7,27;39,39)

Tudo	2	20,00 (-10,16;50,16)	13	65,00 (42,09;87,90)	15	50,00 (31,01;68,98)
TOTAL	10	100,00	20	100,00	30	100,00
Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem relacionados ao som						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	2	66,67 (-76,75;210,08)	0	0	2	15,39 (-7,30;38,07)
Moderado	0	0	2	20,00 (-10,16;50,16)	2	15,38 (-7,30;38,07)
Muito	0	0	2	20,00 (-10,16;50,16)	2	15,38 (-7,30;38,07)
Tudo	1	33,33 (-110,08;176,75)	6	60,00 (23,05;96,94)	7	53,85 (22,49;85,20)
TOTAL	3	100,00	10	100,00	13	100,00
Apoio e Relacionamentos da família próxima						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	5	20,00 (3,14;36,85)	0	0	5	10,87 (1,52;20,21)
Moderado	2	8,00 (-3,42;19,42)	5	23,81 (3,94;43,67)	7	15,22 (4,43;26,00)
Muito	10	40,00 (19,36;60,63)	6	28,57 (7,50;49,64)	16	34,78 (20,48;49,08)
Tudo	8	32,00 (12,34;51,65)	10	47,62 (24,32;70,91)	18	39,13 (24,47;53,78)
TOTAL	25	100,00	21	100,00	46	100,00
Apoio e Relacionamentos de amigos						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	5	19,23 (2,99;35,46)	0	0	5	8,77 (1,19;16,34)
Moderado	2	7,69 (-3,28;18,66)	12	38,71 (20,54;56,87)	14	24,56 (13,03;36,08)
Muito	8	30,77 (11,75;49,78)	10	32,26 (14,82;49,68)	18	31,58 (19,13;44,02)
Tudo	11	42,31 (21,95;62,65)	9	29,03 (12,10;45,95)	20	35,09 (22,31;47,86)
TOTAL	26	100,00	31	100,00	57	100,00
Apoio e Relacionamentos de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade						
Nada	1	5,26 (-5,79;16,32)	0	0	1	2,56 (-2,62;7,75)
Pouco	0	0	4	20,00 (0,79;39,20)	4	10,26 (0,29;20,21)
Moderado	3	15,79 (-2,26;33,84)	6	30,00 (7,99;52,00)	9	23,08 (9,24;36,91)
Muito	5	26,32 (4,51;48,12)	5	25,00 (4,20;45,79)	10	25,64 (11,30;39,98)
Tudo	10	52,63 (27,90;77,35)	5	25,00 (4,20;45,79)	15	38,46 (22,48;54,43)
TOTAL	19	100,00	20	100,00	39	100,00
Apoio e Relacionamentos de Pessoas em posição de autoridade						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	1	5,26 (-5,79;16,32)	1	7,69 (-9,06;24,45)	2	6,24 (-2,61;15,11)
Moderado	5	26,32 (4,51;48,12)	6	46,15 (14,79;77,50)	11	34,38 (16,97;51,77)
Muito	8	42,10 (17,65;66,55)	3	23,08 (-3,42;49,57)	11	34,38 (16,97;51,77)
Tudo	5	26,32 (4,51;48,12)	3	23,08 (-3,42;49,57)	8	25,00 (9,13;40,86)
TOTAL	19	100,00	13	100,00	32	100,00
Apoio e Relacionamentos prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	2	11,76 (-5,31;28,84)	1	6,25 (-7,07;19,57)	3	9,10 (-1,26;19,44)
Moderado	3	17,65 (-2,55;37,85)	6	37,50 (10,85;64,14)	9	27,27 (11,23;43,30)
Muito	6	35,29 (9,96;60,62)	4	25,00 (1,16;48,83)	10	30,30 (13,75;46,85)
Tudo	6	35,30 (9,96;60,62)	5	31,25 (5,74;56,75)	11	33,33 (16,35;50,30)
TOTAL	17	100,00	16	100,00	33	100,00
Apoio e Relacionamentos de outros profissionais						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	3	15,00 (-2,14;32,14)	5	22,73 (3,70;41,74)	8	19,05 (6,66;31,43)
Moderado	3	15,00 (-2,14;32,14)	0	0	3	7,14 (-0,97;15,26)
Muito	6	30,00 (7,99;52,00)	6	27,27 (7,06;47,48)	12	28,57 (14,32;42,81)
Tudo	8	40,00 (16,47;63,52)	11	50,00 (27,30;72,69)	19	45,24 (29,53;60,93)
TOTAL	20	100,00	22	100,00	42	100,00
Atitudes individuais dos membros da família próxima						

Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	4	19,05 (0,73;37,36)	1	4,35 (-4,66;13,36)	5	11,36 (1,60;21,12)
Moderado	5	23,81 (3,94;43,67)	7	30,43 (10,09;50,77)	12	27,27 (13,57;40,96)
Muito	7	33,33 (11,34;55,32)	7	30,43 (10,09;50,77)	14	31,82 (17,49;46,14)
Tudo	5	23,81 (3,94;43,67)	8	34,79 (13,72;55,84)	13	29,55 (15,51;43,57)
TOTAL	21	100,00	23	100,00	44	100,00
Atitudes individuais dos amigos						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	4	15,38 (0,52;30,24)	5	22,73 (3,70;41,74)	9	18,75 (7,29;30,20)
Moderado	2	7,69 (-3,28;18,66)	7	31,82 (10,68;52,95)	9	18,75 (7,29;30,20)
Muito	11	42,31 (21,95;62,65)	6	27,27 (7,06;47,48)	17	35,42 (21,38;49,45)
Tudo	9	34,62 (15,01;54,21)	4	18,18 (0,67;35,68)	13	27,08 (14,04;40,12)
TOTAL	26	100,00	22	100,00	48	100,00
Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	1	6,67 (-7,63;20,96)	2	16,67 (-8,06;41,39)	3	11,11 (-1,55;23,78)
Moderado	4	26,67 (1,31;52,01)	7	58,33 (25,61;91,05)	11	40,74 (20,93;60,54)
Muito	5	33,33 (6,31;60,35)	1	8,33 (-10,00;26,67)	6	22,22 (5,46;38,98)
Tudo	5	33,33 (6,31;60,35)	2	16,67 (-8,06;41,39)	7	25,93 (8,25;43,59)
TOTAL	15	100,00	12	100,00	27	100,00
Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	1	6,67 (-7,63;20,96)	3	20,00 (-2,92;42,92)	4	13,33 (0,42;26,24)
Moderado	4	26,67 (1,31;52,01)	4	26,66 (1,31;52,01)	8	26,67 (9,87;43,46)
Muito	3	20,00 (-2,92;42,92)	1	6,67 (-7,63;20,96)	4	13,33 (0,42;26,24)
Tudo	7	46,67 (18,06;75,26)	7	46,67 (18,06;75,26)	14	46,67 (27,71;65,61)
TOTAL	15	100,00	15	100,00	30	100,00
Atitudes individuais de profissionais de saúde						
Nada	1	4,17 (-4,45;12,78)	0	0	1	1,89 (-1,89;5,67)
Pouco	2	8,33 (-3,58;20,25)	2	6,90 (-2,91;16,70)	4	7,55 (0,19;14,89)
Moderado	3	12,50 (-1,76;26,76)	3	10,34 (-1,44;22,13)	6	11,31 (2,50;20,13)
Muito	7	29,17 (9,56;48,77)	9	31,03 (13,12;48,94)	16	30,19 (17,41;42,96)
Tudo	11	45,83 (24,34;67,32)	15	51,73 (32,38;71,06)	26	49,06 (35,14;62,96)
TOTAL	24	100,00	29	100,00	53	100,00
Normas, práticas e ideologias sociais						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	0	0	2	11,11 (-4,97;27,19)	2	5,56 (-2,30;13,41)
Moderado	7	38,89 (13,94;63,83)	6	33,33 (9,21;57,45)	13	36,10 (19,62;52,59)
Muito	8	44,44 (19,01;69,87)	3	16,67 (-2,40;35,73)	11	30,56 (14,74;46,36)
Tudo	3	16,67 (-2,40;35,73)	7	38,89 (13,94;63,83)	10	27,78 (12,40;43,14)
TOTAL	18	100,00	18	100,00	36	100,00
Outros fatores ambientais a considerar – aparelho auditivo						
Nada	0	0	0	0	0	0
Pouco	5	23,81 (3,94;43,67)	0	0	5	23,81 (3,94;43,67)
Moderado	1	4,76 (-5,17;14,69)	0	0	1	4,76 (-5,17;14,69)
Muito	5	23,81 (3,94;43,67)	0	0	5	23,81 (3,94;43,67)
Tudo	10	47,62 (24,32;70,91)	0	0	10	47,62 (24,32;70,91)
TOTAL	21	100,00	0	0	21	100,00

ⁱⁱ AMOSTRA REDUZIDA – apenas os sujeitos que optaram pelas opções barreiras ou facilitadores dentre as opções barreiras, facilitadores, não específico ou não aplicável

Fonte: Elaborado pelos autores, 2014

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, foram encontrados resultados com uma porcentagem alta de adolescentes insuficientemente ativos entre surdos, bem como uma porcentagem, apesar de menor, ainda sim relevante entre ouvintes. Estes resultados corroboram com os achados do estudo proveniente da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que foram entrevistados alunos do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de todas as capitais brasileiras e do Distrito Federal apresentando uma proporção de jovens ativos em apenas 43,1% da amostra. O percentual de jovens ativos variou de 34,2% em São Luís (MA) a 51,5% em Florianópolis (SC), sendo que apenas duas capitais (Florianópolis-SC e Curitiba-PR) tiveram mais da metade dos jovens atingindo as recomendações atuais referentes à prática de atividade física, enquanto que nove capitais esse percentual foi inferior a 40% (HALLAL et al., 2010). Como o estudo realizado na cidade de Pelotas que trouxe que 48,7% dos meninos e 67,5% das meninas, em uma amostra de 4452 adolescentes, também foram considerados insuficientemente ativos (GONÇALVES et al., 2007).

Embora estudos com a população de adolescentes surdos sejam escassos, foi encontrado um estudo brasileiro realizado com adolescentes com deficiência auditiva e deficiência visual envolvendo as temáticas AF e qualidade de vida. Os resultados do estudo mencionado reafirmam os achados da presente pesquisa, apontando que cerca de 60% da amostra de adolescentes com deficiência auditiva foram classificados como irregularmente ativos (INTERDONATO; GREGUOL, 2011). Essa classificação corresponde a insuficientemente ativo da classificação utilizada pelo instrumento QAFA e reforça os resultados da presente pesquisa. Os autores supracitados inferem que os níveis de atividade física encontrados podem ser considerados como medianos, visto as dificuldades vivenciadas em relação a falta de profissionais capacitados e estruturas adaptadas que possibilitem a realização de atividades físicas por essa população.

Ainda que o estudo não tenha sido realizado com a população surda propriamente, respeitando suas especificidades culturais, os resultados colaboram com os achados do presente estudo e dos demais encontrados com a população de adolescentes em geral no país. Reforçando que no Brasil, o baixo nível de atividade física ainda é comumente encontrado nas pesquisas com adolescentes ouvintes e surdos.

O estudo de Alves e colaboradores (2005) apontou em uma amostra de universitários que a prevalência de sedentarismo foi estimada em 77,4% (120/155: IC 95%: 70,8 a 84,0%),

sendo que associado aos relatos de prática realizadas durante a adolescência o sedentarismo aumentou de 20,6%, na adolescência, para 79,4% na idade adulta. Outra pesquisa, realizada em uma amostra de escolares na cidade de Curitiba, revelou que apenas 22% dos meninos e 9,1% das meninas atingiram as recomendações dos níveis de atividade física necessárias para trazer benefícios à saúde (SANTOS, et al. 2010). Resultados como estes revelam um cenário crítico com inescusáveis discussões sobre a necessidade de criar estratégias para reduzir e reverter esse quadro de sedentarismo e baixa frequência de atividade física com impactos negativos sobre os estados de saúde das populações.

Por mais que no Brasil haja um interesse crescente na promoção de estilos de vida ativos para auxiliar no combate à epidemia de sobrepeso observada no país (GONÇALVES et al., 2007) são comuns estudos como os de Garcia e Fisberg (2011) que ratificam as afirmações anteriormente discutidas em amostras de adolescentes, ao apresentar resultados em que cerca de 50,8% dos adolescentes entrevistados não praticavam qualquer atividade física no lazer e ainda associavam como barreira para essa prática a falta de suporte social ou ambiental. Como nos achados de Santos et al. (2010) em que foi evidenciado que “Não ter a companhia dos amigos” foi uma das principais barreiras reportadas pelos meninos (30,4%) e meninas (51,8%).

A associação mais forte que o estudo de Gonçalves e colaboradores (2007) alcançou em relação ao maior nível de prática de AF foi relacionada justamente à possibilidade que a AF oferece de encontrar com os amigos. Os resultados angariados no presente estudo reforçam que o apoio de amigos foi considerado por 100% dos ouvintes e mais de 80% dos surdos como um facilitador para a prática. Acredita-se que a convivência em um meio híbrido entre surdos e ouvintes, pode em algum momento trazer dificuldades na comunicação entre estes, sendo talvez uma justificativa para a associação com barreira destas variáveis, apoio de amigos e AF, para alguns surdos.

Em um estudo com narrativas surdas Bremm e Bisol (2008) apontam que confirmando achados da literatura os adolescentes entrevistados traziam que a descoberta da surdez e os seus desdobramentos eram destacados como momentos de tensão familiar e como marcos importantes em suas vidas. Como se o diagnóstico da surdez surgisse como o primeiro momento de tensão entre ser surdo e ser ouvinte, com relatos que floresciam discussões delicadas no âmbito familiar quando alguns relatos traziam a comunicação familiar como uma espécie de farsa, em que os pais fingiam comunica-se com seus filhos, negando sua surdez, enquanto os filhos fingiam compreendê-los, agindo como ouvintes (BREMM; BISOL, 2008).

Esse universo de incompreensão muitas vezes ressurgue na adolescência, como destacam os autores supracitados, em que os amigos e colegas surdos passam a exercer importante função ao permitir relações nas quais o adolescente surdo não é marcado pela falta ou pela deficiência. Todavia, suas relações perpassam a amigos ouvintes que também compartilham seus cenários, e que podem apresentar dificuldades na comunicação. Esse raciocínio leva a hipótese de que os resultados encontrados no presente estudo com associação dessa variável como sendo uma barreira, pode ser plausível.

Os baixos níveis de atividade física podem estar relacionados em ambos os grupos a diferentes variáveis. Neste estudo, por exemplo, entre as barreiras destacadas ressalta-se as mudanças no ambiente envolvendo luz e som. Constatou-se que 80% dos adolescentes surdos declaram que as mudanças feitas no ambiente relacionadas ao som tornam-se barreiras para a sua prática e, apesar de não ter sido encontrado em outras pesquisas relações com essa variável, boa parte da noção espaço-temporal em relação ao movimento do sujeito surdo dá-se também pelo resíduo auditivo ainda presente. Assim, ruídos e sons no ambiente podem prejudicá-los em sua orientação no espaço, como na compreensão de mensagens e comandos pelos colegas e treinadores, principalmente em atividades esportivas coletivas. Além de somar o fator luz do ambiente, como um elemento potencializador de sua experiência, que naturalmente é espaço-visual e não oro-auditiva.

Em um estudo sobre as estratégias de relação de escolares surdos e ouvintes (MARTIN; BAT-CHAVA, 2003) foi apontado que a capacidade das crianças surdas compreenderem a língua falada pelos colegas ouvintes dependia, entre outras coisas, do grau de sua audição residual, da competência de comunicação, e das propriedades acústicas do ambiente. Pensando nas atividades esportivas compartilhadas por surdos e ouvintes, para os surdos os ruídos pode interferir mais significativamente em suas relações.

No presente estudo, entre o grupo de adolescentes surdos a maioria apontou como um facilitador as atitudes individuais de profissionais de saúde para a prática de atividade física. Todavia, houve significativa variação entre as escolhas dos níveis de facilitadores indo de nada com 4,17%, pouco com 8,33% até tudo com 45,83%. Chaveiro, Barbosa e Porto (2008) apontaram em uma revisão de literatura voltada ao atendimento em saúde à pessoa surda que as barreiras entre o profissional e o paciente surdo podem colocar em risco a assistência e o tratamento.

Castro, Paiva e Cesar (2012), em um estudo conduzido com 160 sujeitos que declaravam deficiência auditiva unilateral ou dificuldades para ouvir, deixaram claro o desafio que as barreiras de linguagem podem oferecer nesse cenário, mesmo não

entrevistando sujeitos com perda bilateral, o que poderia trazer resultados ainda mais alarmantes. Os autores trazem para discussão que as dificuldades de comunicação entre pacientes e profissionais da saúde podem implicar em um menor uso dos serviços além de complicações na relação destes sujeitos, diminuindo a confiança no profissional e na aderência ao tratamento.

Um estudo qualitativo analisou discursos de surdos usuários de língua de sinais sobre o atendimento realizado em serviços públicos e privados de atenção à saúde na cidade de São Paulo, destacando dificuldades na comunicação que apontavam para os sujeitos até mesmo pré-impressões negativas dos profissionais de saúde, interferido na interação entre eles (PEREIRA; FORTES, 2010). Mesmo com o Decreto nº 5626/2005 que determina que o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva na rede de saúde seja realizado por profissionais capacitados para o uso da LIBRAS ou para a sua tradução e interpretação, o atendimento e reconhecimento da comunidade surda como minoria sociolinguística cultural é apresentando ainda como um importante desafio para o Sistema Único de Saúde - SUS (IANNI; PEREIRA, 2009).

O estudo supracitado destacou como barreiras para essa população nestes contextos as dificuldades na marcação de consulta por telefone, ausência de intérprete, surdo confundido com deficiente mental, falta de língua em comum, falta de paciência, escassez de Aparelhos de Amplificação Sonora Individuais (AASI), ausência de Telefones para surdos (TDD), poucas adaptações no uso de iluminação, celulares, e-mails e fax, e falta de meios comunicativos visuais, bem como escassez de profissionais para reabilitação, ausência de legendas em campanhas com políticas ouvintizadoras e assistenciais, até mesmo má vontade do profissional, atendimento de baixa qualidade e dificuldades socioeconômicas.

Seguindo o modelo da CIF, que neste estudo também é trabalhado, o ambiente pode atuar de maneira positiva ou negativa apontando facilitadores ou barreiras (físicas, sociais ou atitudinais) para esse indivíduo. Os problemas de acessibilidade nesses serviços de saúde, incluindo aí o atendimento e a relação paciente-profissional violam um dos pilares do Sistema Único de Saúde, o princípio de equidade. (CASTRO et al., 2011; CASTRO, 2011). Esses serviços devem atuar de maneira diferenciada e adequada a necessidade de cada sujeito. Todas essas informações, baseadas na experiência pessoal dos sujeitos entrevistados podem justificar a variação estatisticamente significativa dos níveis de qualificadores da variável relacionada as atitudes individuais de profissionais de saúde como um facilitador.

Os sujeitos surdos têm sido retratados na literatura, devido às dificuldades acarretadas pelas questões de linguagem, em defasagem no que diz respeito à escolarização, estando

aquém em conhecimento e desenvolvimento comparados a ouvintes com a mesma idade. Esses achados levantam a importância da elaboração de propostas que atendam às necessidades dessa população, que possui estratégias de comunicação peculiar e em sua maioria estão inseridas em famílias ouvintes que permitem o desenvolvimento linguístico pouco satisfatório (LACERDA, 2006).

Este fato implica em suas discussões inúmeros aspectos, desde a entrada destes sujeitos surdos no ambiente escolar com grande atraso em relação aos ouvintes tanto em desenvolvimento de sua língua materna quanto da segunda língua, bem como a dificuldade de inclusão em redes com pouco preparo para receber essa população. Destaca-se ainda muitas vezes a ausência de intérpretes e núcleos específicos nas escolas inclusivas, e o desconhecimento da existência por parte das famílias de escolas com pedagogia bilíngue tendo a LIBRAS por primeira língua.

A escola tem sido um território que possibilita a aproximação e a convivência entre diversos sujeitos. A comunidade surda constituída dentro da escola é fortemente marcada no modo de ser e de estar no mundo a partir dela (LOPES, VEIGA-NETO, 2006). Um ensino sem o preparo para receber esse aluno, pode trazer marcas e afetar significativamente seu desenvolvimento dentro e fora deste ambiente.

Um reflexo desse despreparo pode ser observado nos resultados que apontaram menos facilitadores aos sujeitos surdos que aos sujeitos ouvintes quanto aos produtos e tecnologias para educação em relação ao esporte, como revistas, livros e até meios digitais que em sua maioria são apresentados em português. As línguas de sinais escapam ao registro gráfico. A natureza efêmera do gesto implica efeitos no espaço e no tempo da transmissão e da apropriação da língua. Logo, a língua de sinais ainda não possui uma forma escrita que seja plenamente funcional para a grande maioria dos surdos (GUIMARÃES, 2009). Sua ausência em meios impressos, digitais, ou televisivos anula a possibilidade de acesso a milhares de informações que possam estimular e auxiliar essa parcela da população na prática de atividade física.

Os resultados neste estudo informaram que 30% dos alunos surdos consideraram como barreira as tecnologias voltadas à educação para o esporte levantando a dificuldade de acesso as informações através dos meios que viabilizam essas tecnologias, em sua maioria através de revistas, livros e meios digitais e televisivos, em geral em línguas orais auditivas. Reforçam, como nos trazem outros estudos como os de Fajardo et al. (2006) a dificuldade e uma desorganização com a informação quando esta apresenta-se apenas em forma de texto, contribuindo para um baixo desempenho quanto a absorção dessas mensagens que se fossem

apresentadas através de pistas gráficas, através de imagens, levaria mais facilmente a memorização semântica, somadas à informação verbal ou escrita e seus equivalentes gráficos, melhorando a interação.

Os meios digitais tornam-se também importantes ferramentas de acesso as informações, inclusive sobre esportes e hábitos mais saudáveis para os jovens. Para tanto, em se tratando de uma sociedade plural, faz-se legítimo aplicar a acessibilidade associada ao desenho universal. O planejamento de uma Arquitetura da Informação Digital Inclusiva, ampliando espaços informacionais para as diversas comunidades, com qualidade de uso e flexibilidade no atendimento as necessidades informacionais dos usuários (CORRADI, 2007).

Dentre os elementos de acessibilidade digital destacados pela autora que aborda a discussão supracitada, ressalta-se a presença da Língua de Sinais, do SignWriting e de legendas (closed caption) em português escrito, com tecnologias próprias para a população surda como: tecnologias com ferramentas de edição de textos (SIGNED, SWEDIT, SIGN WRITER), de tradução (SINGSIM), de comunicação (SIGNTALK, SIGNMAIL, SIGN WEBMESSAGE), no Brasil o Prodeaf e Handtalk, e ainda os de criação de páginas web em HTML (SIGNHTML). Sendo ainda levantadas alternativas como a hipermídia (texto, imagens e sons) com elementos de acessibilidade, podendo atender a uma ampla variedade de usuários.

Os atuais fracassos presenciados e relatados no processo que envolve a educação dos surdos, dentre outros fatores, ocorrem devido principalmente a ambientes inadequados baseados em processos essencialmente orais-auditivos, bem distante do visual. Não há um reconhecimento de um processo diferenciado durante o aprendizado do português. Este considerado um processo similar ao de uma língua estrangeira, exigindo metodologias próprias e ambiente sistematizado (CORRADI, 2007).

Apesar de haver referências sobre a crença generalizada na alta eficiência do processamento visuo-espacial (FAJARDO, 2006), alguns estudos sugerem a utilização dos chamados sistemas de hipertexto/hipermídia composto por um conjunto de informações gráficas, textuais, auditivas ou táteis conectados por link, que podem repercutir positivamente não só a comunidade surda, mas também a outros tipos de usuários, tais como os idosos, as pessoas com dislexia, pessoas que navegam em um site escrito em uma língua estrangeira, ou pessoas com um nível cultural baixo. Essa somatória de recursos poderia facilitar a assimilação de informações importantes a qualquer população quanto a hábitos e condições de saúde mais favoráveis.

As reflexões sobre esse processo devem ser profundas, uma vez que o oferecimento de cursos de LIBRAS nesses ambientes para o favorecimento de práticas esportivas e aumento no NAF não resolveria o problema ou ainda garantiria o sucesso dos alunos surdos junto a alunos ouvintes. Para não serem excluídos ou terem sua participação em programas ligados a esportes e atividade física é preciso compreender as reais dificuldades e principalmente as possibilidades destes jovens (TEIXEIRA; VANÍCOLA; GORGATTI, 2008).

No atual estudo, através deste trabalho descrito, mesmo o grupo de alunos surdos apresentando resultados inferiores ao grupo de ouvintes, o que pode ser observado é como nos trazem Teixeira, Vanícola e Gorgatti (2008) a deficiência auditiva em si não implica em restrições significativas em relação a prática de atividade física ou de esportes. Para estes, a garantia de um desenvolvimento motor adequado e a prevenção de doenças crônico-degenerativas para esses sujeitos podem ter suas chances reduzidas quando relacionadas a fatores como falta de informação ou boa vontade, diminuindo a oportunidade de vivências motoras.

Algumas categorias nesta pesquisa como produtos e tecnologias para o consumo pessoal e as de uso pessoal, mudanças no ambiente relacionadas à luz foram apontadas como facilitadores pelos grupos investigados tendo diferenças significativas entre seus níveis. Acredita-se que essas variações podem ter ocorrido devido a fatores sócio demográficos, que neste estudo não foram investigados ou ainda fatores não levantados devido a subjetividade do instrumento CIF quanto aos qualificadores ambientais.

No estudo de Garcia e Fisberg (2011) apesar da falta de apoio social ou ambiental ter sido relatado por adolescentes como a maior barreira para a prática de atividade física de sua preferência, aspectos como recursos financeiros ou materiais e motivos pessoais também foram relatados. Dessa forma, os níveis encontrados no presente estudo em relação aos produtos e tecnologias supracitados, bem como a variável cultura recreação e desporto, como a possibilidade de acesso a materiais e jogos, podem estar relacionados, como mencionado anteriormente, a questões socioeconômicas ou pessoais não investigadas.

No presente estudo, a variável atitudes individuais dos membros da família, no caso a opinião destes membros, no grupo de ouvintes foi relatada como um facilitador também variando em seus níveis de qualificadores. Como em alguns estudos mencionados anteriormente (GARCIA; FISBERG, 2011; GONÇALVES et al., 2007) o apoio social aparece como fator preponderante e essencial na prática de atividade física. A companhia frequente de familiares durante a prática de atividade física foi associada positivamente com a prática nos estudos de Prado et al. (2014).

Essa variável tem sido amplamente discutida na literatura (GONÇALVES et al., 2007; GARCIA; FISBERG, 2011; PETERSON et al., 2013; PRADO et al., 2014) com variações de gênero para alguns destes, levantando a necessidade de maiores investimentos em campanhas e ações que estimulem a participação da família na prática de atividade física desses jovens. Aumentando a busca por essas atividades e sua aderência.

Acredita-se que investimentos que estimulem a participação da família e da comunidade nessas atividades favoreça a busca e permanência desses jovens nos programas e iniciativas voltados ao esporte, melhorando índices sociais e de saúde. Essas discussões vão ao encontro das propostas abordadas pela CIF que incita que as modificações vêm da participação e responsabilidade coletiva da sociedade. O protagonismo de múltiplos sujeitos e esferas, indivíduo, família, comunidade e gestores amplia o pensar e fazer saúde para uma construção coletiva. Compreendendo, como nos traz a CIF (2004), a incapacidade e a funcionalidade como uma questão política de participação plena do sujeito em todas as áreas da vida.

Ao final, o uso do aparelho auditivo à comunidade surda no presente estudo foi apresentado como um facilitador. Apesar de seu uso em esportes coletivos voltados à população surda em grandes eventos ser proibido, como na Surdo Olimpíadas⁴, acredita-se que os resultados apresentados podem apresentar uma realidade não condizente com esses eventos, uma vez que a maioria dos adolescentes entrevistados praticam suas atividades juntamente com os ouvintes. Neste cenário heterogêneo, o uso do aparelho auditivo pode contribuir para aumentar a noção espacial e a compreensão das comunicações dos demais participantes e do ambiente. Em sujeitos surdos com perdas auditivas moderada, severa ou profunda o uso do aparelho auditivo nas escolas é estimulado para um melhor aproveitamento de seus resíduos auditivos, melhor domínio do ambiente sonoro e melhor desempenho comunicativo (BRASIL, 2006a).

Na literatura não há relatos claros ou documentos ligados a Comitês e Federações Esportivas que elucidem as questões ligadas ao uso do aparelho auditivo e sua proibição em algumas modalidades, inferindo que essas regras podem estar ligadas a fatores protetivos ao atleta e de conservação do equipamento devido a suor e quedas. Os relatos apontados em alguns estudos, referente a prática de atividade física e eventos esportivos ligados à população surda, muitas vezes reforçam na verdade, segundo Feliciano (2010), que os treinamentos à

⁴ DEAFLYMPICS GENERAL REGULATIONS/2013 <http://www.deaflympics.com/pdf/RegulationsGeneral-Deaflympics.pdf>

essa população deve ocorrer seguindo os métodos aplicados aos atletas ouvintes, respeitando alguns fatores individuais e níveis de surdez. As adaptações seriam relativamente pequenas e ainda e muitas vezes ligadas apenas à categoria voltada à comunicação no esporte como bandeiras, cartões coloridos ou flash de luz para advertir o atleta sobre os acontecimentos do jogo (início, término, penalidade, etc.).

As discussões levantadas colaboram para instigar novas pesquisas e ações envolvendo a população alvo. Todavia, torna-se importante refletir sobre as dificuldades e limitações evidenciadas durante o desenvolvimento da pesquisa para futuros projetos. Aspectos como as características da população, o tempo para a realização da pesquisa e o próprio aprendizado sobre a população ao longo do processo deste estudo revelam limitações humanas e materiais.

Dados censitários, por exemplo, evidenciam uma baixa prevalência de surdos na população em geral, como mencionado anteriormente na introdução deste trabalho, dificultando a seleção de uma amostra maior de surdos que viabilizem considerar o próprio surdo como referência para discussões e comparações entre grupos de surdos. Essa realidade de uma amostra em menor frequência, principalmente em uma população em um único município conduz e reforça discussões que caminham em direção ao binômio surdo-ouvinte para produções e realizações de pesquisas quantitativas. Essa limitação devido às características da população no estudo foi evidenciada e apontou a necessidade de buscar nessa realidade produzir conhecimento ainda a partir desse binômio, mas apresentando possibilidades futuras de ampliar essa população somando amostras de outras regiões e discutindo realidades a partir de grupos entre surdos.

As mudanças e novos olhares sobre a comunidade, a cultura e a população surda foi sendo amadurecida ao longo de toda a pesquisa. A cada nova leitura, aprendia-se e aprimorava-se, mas acima de tudo tocava-se e se sensibilizava-se com uma nova realidade. A limitação dos pesquisadores ouvintes, adentrando ao universo surdo, também pode ter refletido na necessidade inicial de compará-lo a um grupo ouvinte. Reflexo esse arraigado à história dos surdos e da surdez, que trazem a marca da deficiência e da falta como determinantes de uma condição de submissão ao ouvinte e ao seu mundo como um padrão de normalidade.

Ao surdo foi ensinado a olhar-se e a narrar-se a partir desse nivelamento e da dependência da representação desse grupo em maioria. A presença do binário surdo-ouvinte, nas narrativas surdas, pode afastar do próprio surdo a possibilidade de fazer de si referência a sua condição de ser surdo, criando marcas na alma surda (LOPES, VEIGA-NETO, 2006). Após estas reflexões emergidas em discussões ao final do estudo, a temporalidade foi ainda

apresentada como um fator limitante. Pois, o desejo posterior de comparação com outros grupos surdos foi impossibilitado devido ao tempo disponível para coleta, análise e discussão do tema, que para um trabalho de mestrado é muito curto.

Há que se destacar ainda as realidades observadas nos dois espaços de coletas que não foram alvos de investigação, mas que incorporam aspectos importantes em relação principalmente à população surda. A princípio a não descrição desses espaços não foi priorizada, devido às informações coletadas sobre atividades físicas não serem restritas ao espaço escolar. O adolescente relatava atividades físicas relacionadas ao esporte praticadas na escola, no bairro, em praças, centros de convivência, academia, etc. Assim, após o contato e a coleta, os espaços explorados para a prática dessas atividades físicas não foram investigados, mas brevemente descritos, apenas para situar o leitor a realidade encontrada. Podendo levantar ainda essa não exploração do ambiente destacada como uma limitação deste estudo.

A escola bilíngue, por exemplo, resguardou aos adolescentes surdos o direito de ter informações e comandos ligados a atividade física nesse cenário em sua língua materna, pois todo e qualquer conteúdo dentro desse espaço era transmitido a partir da LS. Por outro lado, a estrutura física observada nesta instituição era improvisada em galpões, áreas e projetos externos à instituição.

A escola inclusiva, apesar de possuir boa estrutura física e materiais, não garantia ao adolescente surdo instruções e comandos em sua língua materna. E se por vezes durante as aulas de conteúdos como matemática, história e geografia possuíam a presença de um intérprete, as aulas de educação física não tinham a presença deste profissional, nem tão pouco possuíam professores capacitados para instruir em LS.

Em nenhuma das escolas foi observado a presença de equipamentos adaptados ao surdo específicos para o esporte e acredita-se que todas essas informações observadas, mas não investigadas profundamente, de certa forma, podem trazer mais barreiras à essa população. Somando-se a este fato ainda, a informação de que nos espaços públicos e privados no município não existem intérpretes e materiais adaptados à comunidade surda.

Essas reflexões se foram tardias, e posteriores ao contato mais profundo com a comunidade e com as pesquisas que envolvem a mesma, foram importantes para a criação de um olhar sensível aos resultados. Importantes para a realização de uma análise dos dados com o olhar plural independente do pertencimento a cultura ouvinte e surda. Destacando o significado dos ambientes que envolvem as atividades físicas discutidas serem plurais e comuns à diversidade. Equiparando oportunidades a sujeitos diferentes em suas diferentes especificidades. Trazendo à tona dados regionalizados das realidades dessas duas

comunidades em relação à atividade física. Alertando para os baixos NAFs em ambos os grupos e para a necessidade de maiores investimentos em ações que envolvam a família, recursos físicos e estruturais, bem como a contratação de profissionais capacitados para a condução dessas atividades com recursos adaptados e em LS.

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa se propôs a investigar e comparar os fatores ambientais para a prática de atividades físicas e seus níveis segundo a CIF, entre adolescentes surdos e ouvintes. Entre seus achados, evidenciou que a prática de atividade física aparece entre os adolescentes de ambos os grupos com índices classificatórios baixos, categorizando-os como insuficientemente ativos, confirmando a realidade de outras cidades do país. E por mais que os dois grupos não apresentem altos níveis de atividade física, o grupo de adolescentes surdos mostrou-se menos ativo que o grupo de adolescentes ouvintes, sendo essa diferença estatisticamente significativa, comprovando a segunda hipótese apresentada neste estudo (H2).

Na realidade retratada, sem justa equiparação de oportunidades a ambos, pertencer a comunidade surda e entender-se em sua identidade como surdo, mostrou-se como mais suscetível a baixos níveis de atividade física. Todavia, os resultados em relação aos qualificadores ambientais da CIF que apontaram mais barreiras e menos facilitadores para o grupo de adolescentes surdos não foram estatisticamente significativos. Não confirmando a primeira hipótese apresentada nesse estudo (H1).

Apesar desse grupo apresentar desfechos mais negativos comparado ao grupo de ouvintes, os resultados encontrados em uma população e outra não expõem incapacidades relacionadas à condição biológica, mas refletem uma condição cultural. Não sobre a cultura surda propriamente, mas as dificuldades vivenciadas pelas pessoas que pertencem a essa cultura dentro de ambientes com maiores facilitadores para as pessoas que pertencem à cultura ouvinte.

O mesmo pode ser destacado para o aspecto que envolve apoio social de amigos e familiares para a prática de AF. O presente estudo ratificou achados de outras pesquisas. Apresentando discussões e possíveis reflexões sobre o resultado que manifestou valores diferentes para os adolescentes surdos, com evidências plausíveis em uma real barreira linguística diante de um meio híbrido entre surdos e ouvintes.

As pesquisas com uma população em minoria linguística cultural descrevendo situações e aspectos vivenciados por estes, trazem para o cenário acadêmico reflexões de realidades muitas vezes, pouco exploradas. Revogando o direito de espaço e aparição desses sujeitos. Aparição essa como discutida por Luz (2013) envolvendo dimensões éticas, subjetivas e situacionais, entendo esta como um fenômeno diário, que mesmo quando impedida, trata-se de uma dificuldade passível de ser humanamente enfrentada.

Participar desse fenômeno e trazer para a discussão as necessidades desses sujeitos é papel também do pesquisador observador que, presente no universo de um certo grupo humano, em “comunidade de destino”, caminha vivenciando a realidade dessa população, sem ter como manter a tão clamada neutralidade. Segundo o mesmo autor, estando ao lado para estar além. “Pois não há neutralidade em pesquisa, nem na escrita sobre algo ou alguém” (LUZ, 2013 p. 176).

Por tudo isso, o contato e a mediação entre a comunidade surda e órgãos e secretarias ligadas ao esporte, saúde e educação do município passam a ser fundamentais para buscar discussões e soluções para as problemáticas levantadas na presente pesquisa. Salientando assim, nesse entrelaçar cultural e na aparição desses sujeitos adolescentes, surdos e ouvintes, que as informações angariadas sobre essas populações destacam a necessidade de investimento em iniciativas que visem o aumento da prática de atividade física em adolescentes de diferentes culturas. Criando estratégias e ações que diminuam as barreiras relacionadas principalmente à educação, incluindo a comunicação como um aspecto intrínseco a essa, bem como à estrutura (luz e som) e os recursos físicos e humanos. Possibilitando concretizar e viabilizar espaços para o esporte de maneira condizente com as necessidades implícitas de um ambiente e de uma sociedade inclusiva. Somados a iniciativas que visem a elaboração e concretização de futuros estudos e ações para mudanças efetivas na realidade dessas populações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de Vida:** definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa (FACH.). São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012.

ALVES, João Guilherme Bezerra; MONTENEGRO, Fernanda Maria Ulisses; OLIVEIRA, Fernando Antonio; ALVES, Roseane Victor. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 5, Set/Out, 2005.

ALVEZ, Carla Barbosa; FERREIRA, Josimário de Paula; DAMÁZIO, Mirlene Macedo. **A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar:** abordagem bilíngue na escolarização de pessoas com surdez. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial [Fortaleza], Universidade Federal do Ceará, 2010.

AZEVEDO JUNIOR, Mario Renato; ARAÚJO, Cora Luiza Pavin; PEREIRA, Flávio Medeiros. Atividades físicas e esportivas na adolescência: mudanças de preferências ao longo das últimas décadas. **Revista Brasileira Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 51-58, jan./mar. 2006.

BRASIL. Declaração de Salamanca: Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais. (1994). **Declaração de Salamanca**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2014.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos**, Brasília, 13 de julho, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso: 5 nov. 2014.

_____. Lei nº 10.379, de 10 de janeiro de 1991. Reconhece oficialmente, no Estado de Minas Gerais, como meio de comunicação objetiva e de uso corrente, a linguagem gestual codificada na Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. (1991). **Lei nº 10.379, de 10 de janeiro de 1991**, Belo Horizonte, 10 de janeiro, 1991. Disponível em: <http://crv.educacao.mg.gov.br/SISTEMA_CRV/banco_objetos_crv/%7B90AA857A-F928-4861-A7F3-44076BD2BB60%7D_LEI%2010379,%20de%2010%20DE%20JANEIRO%20DE%201991.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

_____. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos**, Brasília, 24 de abril, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2002/L10436.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Educação infantil : saberes e práticas da inclusão : dificuldades de comunicação e sinalização: surdez.** [4. ed.] / elaboração prof^a Daisy Maria Collet de Araujo Lima – Secretaria de Estado da Educação do Distrito Federal... [et. al.] – Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes /** Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL).** (2014) Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** / Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, set. 2007c.

BREMM, Eduardo Scaranti; BISOL, Cláudia Alquati. Sinalizando a Adolescência: Narrativas de Adolescentes Surdos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 272-287, 2008.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMÁSIO, Brumo Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas. **Algumas Consideraciones**, v. 22, n. 53, p. 423–432, set./dez. 2012.

CARDOSO Ilda. Aspectos Transculturais na Adaptação de Instrumentos de Avaliação Psicológica. **Interacções**, v. 10, n. 1, p. 98–112, 2006.

CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E., CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports**, v. 100, n. 2, p.126–31, mar./apr.1985.

CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyry Sulyvan de. Brazilian publications on the International Classification of Functioning. **Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CASTRO, Shamyry Sulyvan de. Pessoas com deficiência e o uso dos serviços de saúde: a questão da (in)acessibilidade. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde** (Impr.) [online], v. 13, n. 2, p. 162-169. ISSN 1518-1812, 2011.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; CASTANEDA, Luciana; SILVEIRA, Heitor. Identification of common content between the questionnaire of the Health Survey (ISA-SP) and the International Classification of Functionality, Disability, and Health. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v.17, n. 1, p. 59-70. ISSN 1415-790X, 2014.

CASTRO, Shamyry Sulyvan; LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; CESAR, Chester Luiz Galvão. Accessibility to health services by persons with disabilities. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 45, n. 1, p. 99-105. Epub Oct 29, 2010. ISSN 0034-8910, 2011.

CASTRO, Shamyry Sulyvan de; PAIVA, Karina Mary; CESAR, Chester Luiz Galvão. Communication difficulties between individuals with hearing disability and health professionals: a public health matter. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia** [online], v. 17, n. 2, p. 128-134. ISSN 1982-0232, 2012.

CHAVEIRO, Neuma; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celeno. Revisão de literatura sobre o atendimento ao paciente surdo pelos profissionais da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v. 42, n. 3, p. 578–83, set. 2008.

CORRADI, Juliane Adne Mesa. **Ambientes informacionais digitais e usuários surdos:** questões de acessibilidade. 2007. 204 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2007.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 324-35, jun. 2008.

ENES, Carla Cristina; PEGOLO, Giovana Eliza; SILVA, M. V. da. Influência do consumo alimentar e do padrão de atividade física sobre o estado nutricional de adolescentes de Piedade, São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 265–271, 2009.

ERLICHMAN J, KERBEY AL, JAMES WP. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 1: The impact of physical activity on cardiovascular disease and all-cause mortality: an historical perspective. **Obesity Reviews**, 2002, v. 3, p. 257-71.

EUROPEAN HEART NETWORK [The]. **Children and Young People – the importance of physical activity**. The European Heart Health Initiative. THE EUROPEAN HEART NETWORK: Bélgica, 2001.

FAJARDO I.; CANÃS J. J.; SALMERÓN L.; ABASCAL J.. Improving deaf users' accessibility in hypertext information retrieval: are graphical interfaces useful for them? **Behaviour & Information Technology**, v. 25, n. 6, p. 455–467, nov.–dec. 2006.

FARIAS, Edson dos Santos; SALVADOR, Maria Regina Domingos. Antropometria, composição corporal e atividade física de escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 7, n. 1, p.21-29, 2005.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, n. 2, p. 187-93, jun. 2005.

FELICIANO, Daniel Alves. **Avaliação da prática esportiva como fator de socialização com deficientes auditivos a partir do teste sociométrico de Jacob Levi Moreno**. 2010. 71.f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2010.

FERREIRA, Luana Talita Diniz; CASTRO, Shamyry Sulyvan de; BUCHALLA, Cassia Maria. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities. **Ciências & Saúde Coletiva** [online], v.19, n. 2, p. 469-474. ISSN 1413-8123, 2014.

FLORINDO, Alex Antonio; SALVADOR, Emanuel Péricles; REIS, Rodrigo Siqueira; GUIMARÃES, Vanessa Valente. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p.302-310, 2011.

FLORINDO, Alex Antonio; ROMERO, Alexandre; PERES, Stela Verzinhasse; SILVA, Marina Vieira da; SLATER, Betzabeth. Desenvolvimento e validação de um questionário de avaliação da atividade física para adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 802–809, out. 2006.

GARCIA, Leandro Martin Totaro; FISBERG, Mauro. Physical activities and barriers reported by adolescents attending a health service. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano** (Online) [online], v. 13, n. 3, p. 163-169. ISSN 1980-0037, 2011.

GONÇALVES, Amanda Regina (Org.) **Memórias, territorialidades e identidades em Uberaba - MG: bairro Estados Unidos e Escola Estadual Quintiliano Jardim**. Uberaba (MG): UFTM, 2011.

GONÇALVES, Helen; HALLAL, Pedro C.; AMORIM, Tales C.; ARAÚJO, Cora L. P.; MENEZES, Ana M. B.. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 4, 2007.

GORDON-LARSEN, Penny; MCMURRAY, Robert G, POPKIN, Barry M. Determinants of Adolescent Physical Activity and Inactivity Patterns. **Pediatrics**,105;e83 DOI: 10.1542, 2000.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete R.P. Atividade física, aptidão física e saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 18–35, 1995.

GUIMARÃES, Angela Deise Santos. **Leitores surdos e acessibilidade virtual mediada por tecnologias de informação e comunicação**. 2009. 75 f. Trabalho de Conclusão Curso (de Especialização em Educação Profissional Tecnológica Inclusiva) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

HALLAL, Pedro Curi; KNUTH, Alan Goularte; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; MENDES, Maria Isabel; MALTA, Deborah Carvalho. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, (Supl. 2), p.:3035-3042, 2010.

IANNI, Aurea; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da Amostra**. [2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1>. Acesso em: set. 2012.

INTERDONATO, Giovana Carla; GREGUOL, Márcia. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 2, p. 282-295, 2011.

LACERDA, Cristina Broglia Feitosa de. A inclusão escolar de alunos surdos: o que dizem alunos, professores e intérpretes sobre esta experiência. **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 26, n. 69, p. 163-184, maio/ago. 2006.

LOPES, Maura Corcini; VEIGA-NETO, Alfredo. Marcadores culturais surdos: quando eles se constituem no espaço escolar. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 24, n. Especial, p. 81-100, jul./dez. 2006.

- MARIN, Carla Regina; GÓES, Maria Cecília Rafael de. A experiência de pessoas surdas em esferas de atividade do cotidiano. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 26, n. 69, p. 231–249, mai./ago. 2006.
- MARTIN, Daniela; BAT-CHAVA, Y. Negotiating deaf–hearing friendships: coping strategies of deaf boys and girls in mainstream schools. **Child: Care, Health & Development**, v. 29, n. 6, p. 511 – 521, 2003.
- MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha; ARAUJO, Timóteo Leandro; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; ANDRADE, Douglas Roque; VALQUER W. Nível de atividade física adolescente. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 3, n. 4, p. 14–26, 1998.
- MUNGUBA, Marilene Calderaro. Abordagem da Terapia Ocupacional na Disfunção Auditiva. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- NAKAGAWA, Hugo Eiji Ibanhes. **Culturas surdas**: o que se vê, o que se ouve. (Dissertação) Mestrado em Cultura e Comunicação. Faculdade de Letras. Área de Literaturas, Artes e Culturas. Universidade de Lisboa: Lisboa, 2012.
- NETO, Carlos. **Mudanças Sociais, Desporto e Desenvolvimento Humano**. Associação Portuguesa de Gestão, Lisboa, (s/d.). Disponível em: <<http://www.fmh.utl.pt/Cmotricidade/dm/textoscn/mudancassociais.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013.
- NÓBREGA, Juliana Donato; ANDRADE, Andréa Batista de; PONTES, Ricardo José Soares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Maria Tavares. Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, mar. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Direção-Geral da Saúde: Lisboa, 2004.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- OZELLA, Sergio; AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de. Desmistificando a Concepção de Adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, jan./abr. 2008.
- PAPALIA, Diane E. et. al. **Desenvolvimento Humano**. 10ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.
- PATE, Russel R.; PATTY, Freedson S.; SALLIS, James F.; TAYLOR, Wendell C.; Sirard, John; TROST, Stewart G.; DOWDA, Marsha. Compliance with physical activity guidelines: prevalence in a population of children and youth. **Annals of epidemiology**, v. 12, n. 5, p. 303–8, jul. 2002.

PATE, Russel R, PRATT, Michael, BLAIR, Steve N. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA** 1995; v. 5, p. 273:402-7.

PERLIN, Gladis. **Histórias de vida surda**: Identidades em questão. 1998. 51 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Communication and Information Barriers to Health Assistance for Deaf Patients. **American Annals of the Deaf**, v. 155, n. 1, p. 31-37, Spring 2010.

PETERSON, Michelle S.; LAWMAN, Hannah G.; FAIRCHILD, Amanda; WILSON, Dawn K; VAN HORN, M. Lee. The Association of Self-Efficacy and Parent Social Support on Physical Activity in Male and Female Adolescents. **Health Psychology**, v. 32, n. 6, p. 666–674, June 2013. doi:10.1037/a0029129.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, Brasília, v.10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

PRADO, Crisley Vanessa; LIMA, Alex Vieira; FERMINO, Rogério César; AÑEZ, Ciro Romelio Rodriguez; REIS, Rodrigo Siqueira. Apoio social e prática de atividade física em adolescentes da rede pública de ensino: qual a importância da família e dos amigos? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 30, n. 4, p. 827-838, abr. 2014.

QUADROS, Ronice Müller de. **Educação de Surdos**: A aquisição da linguagem. Porto Alegre: Artmed, 2008.

QUADROS, Ronice Müller; KARNOPP, Lodenir Becker. **Língua de sinais brasileira**. Estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665–673, mai. 2007.

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.1, p. 7-17. ISSN 1413-8123.

RIBEIRO, Evelyn Helena C.; FLORINDO, Alex Antonio. Efeitos de um programa de intervenção no nível de atividade física de adolescentes de escolas públicas de uma região de baixo nível socioeconômico: descrição dos métodos utilizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 28–34, 2010.

ROMERO, Alexandre; FLORINDO, Alex Antonio; VOCI, Silvia Maria; SLATER, Betzabeth. Reprodutibilidade de questionário informatizado de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 3, p. 234–239, 2011.

ROMERO, Alexandre; SLATER, Betzabeth; FLORINDO, Alex Antonio; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; CEZAR, Cláudia; SILVA, Marina Vieira da. Determinantes do índice de massa corporal em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba, São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 141–149, jan. 2010.

SALLES, Heloísa Maria Moreira Lima [et al.]. **Ensino de língua portuguesa para surdos: caminhos para a prática pedagógica**. (Programa Nacional de Apoio à Educação dos Surdos) Brasília: MEC, SEESP, v. 2, 2004.

SAMPAIO, Rosana Ferreira.; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, mar, 2009.

SANTANA, Ana Paula; BERGAMO, Alexandre. Cultura e Identidade Surdas: Encruzilhada de Lutas Sociais e Teóricas. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 565-582, maio/ago. 2005.

SANTOS, Mariana Silva, HINO, Adriano Akira Ferreira; REIS, Rodrigo Siqueira; RODRIGUEZ-AÑEZ, Ciro Romélio. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], 2010, v.13, n.1, pp. 94-104. ISSN 1415-790X.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo Uma Sociedade Para Todos**. ed. 8. WVA: São Paulo, 2010.

SEABRA, André F. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.721-736, abr. 2008.

SEBASTIÃO, Emerson; SCHWINGEL, Andiará; CHODZKO-ZAJKO, Wojtek. Brazilian physical activity guidelines as a strategy for health promotion. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4 p. 709-712, 2014.

SILVA, Joyce Mary Adam de Paula e; SALLES, Leila Maria Ferreira(orgs.). **Jovens, violência e escola: um desafio contemporâneo**. Cultura Acadêmica: São Paulo, 2010.

SILVA, Márcia do Socorro E. da . Um olhar sobre a Identidade Surda. Educação básica e cultura: diagnósticos, proposições e novos agenciamentos. **Fórum Nacional de Crítica Cultural 2**. nov. 2010.

SKLIAR, Carlos; QUADROS, Ronice Muller de. Invertendo epistemologicamente o problema da inclusão: os ouvintes no mundo dos surdos. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 32-51, 2000.

TASSITANO, Rafael Miranda; BEZERRA, Jorge, TENÓRIO, Maria Cecília Marinho, COLARES Viviane, BARROS, Mauro Virgílio Gomes de, HALLAL PC. Atividade Física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 9, n. 1, p. 55–60, 2007.

TEIXEIRA, L.; VANÍCOLA, M. C.; GORGATTI, M. G. Deficiência auditiva. In: TEIXEIRA, L. **Atividade física adaptada e saúde: da teoria à prática**. Barueri, SP: Phorte, 2008.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TROST, Stewart.G.; OWEN, Neville.; BAUMAN, Adrian .E.; SALLIS, James .F.; BROWN, Wendy. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v.34, n.12, p.1996-2001, 2002.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Guidelines for Americans**. [2008]. Disponível em: <<http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>>. Acesso: 4 nov. 2014.

WILCOX, Sherman; WILCOX, Phyllis Perrin. **Aprender a ver: O ensino da Língua de Sinais Americana como segunda língua**. [tradução] LEITE, Tarcísio de Arantes. Arara Azul: Petrópolis, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneve: WHO. [2004]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 08 out., 2014.

_____. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. WHO. [2011]. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf?ua=1>>. Acesso em: 18 nov., 2014.

ANEXO A QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES

Versão final do questionário de atividade física habitual.

1. Você praticou esporte ou exercício físico em clubes, academias, escolas de esportes, parques, ruas ou em casa nos últimos 12 meses?	1. Sim	2. Não
2. Qual esporte ou exercício físico você praticou mais frequentemente?		
3. Quantas horas por dia você praticou?		
4. Quantas vezes por semana você praticou?		
5. Quantos meses por ano você praticou?		
6. Você praticou um segundo esporte ou exercício físico?	1. Sim	2. Não
7. Qual esporte ou exercício físico você praticou?		
8. Quantas horas por dia você praticou?		
9. Quantas vezes por semana você praticou?		
10. Quantos meses por ano você praticou?		
11. Você praticou um terceiro esporte ou exercício físico?	1. Sim	2. Não
12. Qual esporte ou exercício físico você praticou?		
13. Quantas horas por dia você praticou?		
14. Quantas vezes por semana você praticou?		
15. Quantos meses por ano você praticou?		
16. Você costuma ir de bicicleta ou a pé para a escola?	1. Sim	2. Não
17. Quantas horas por dia você gasta nessas atividades?		

ANEXO B CHECKLIST CIF

CHECKLIST (por referência à CIF)

II Factores Contextuais								
Factores Ambientais								
<p>Nota: Podem ser tidas em consideração todas as categorias ou apenas aquelas que se considerem mais pertinentes em função da condição específica da criança/jovem. As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:</p> <p>0- Nenhum facilitador/barreira 1- Facilitador/barreira ligeiro; 2- Facilitador/barreira moderado 3- Facilitador/barreira grave; 4- Facilitador/barreira completo; 8- Não especificada; 9- Não aplicável</p>								
QUALIFICADORES	BARREIRA OU FACILITADOR	0	1	2	3	4	8	9
		nenhum nada	ligeiro pouco	moderada + ou -	grave muito	completo tudo	X Não especificada não combina	Não aplicável nada a ver
Capítulo 1 Produtos e tecnologias								
e110	Para o consumo pessoal (alimentos e medicamentos)							
e115	Para uso pessoal na vida diária							
e125	Para a comunicação							
e130	Para a educação							
e140	Para a cultura, a recreação e o desporto							
Capítulo 2 Amb. Natural e Mudanças Amb. feitas pelo Homem								
e225	Clima							
e240	Luz							
e250	Som							
Capítulo 3 - Apoio e Relacionamentos								
e310	Família Próxima							
e320	Amigos							
e325	Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comun.							
e330	Pessoas em posição de autoridade							
e340	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes							
e360	Outros profissionais							
Capítulo 4 - Atitudes								
e410	Atitudes individuais dos membros da família próxima							
e420	Atitudes individuais dos amigos							
e425	Atit. ind. de conhecidos, pares, colegas e mem. da comun.							
e440	Atit. ind. de prestadores de cuidados pessoais e assist. pes.							
e450	Atitudes individuais de profissionais da saúde							
e465	Normas, práticas e ideologias sociais							
Outros Factores ambientais a considerar								
	Aparelho auditivo							

APÊNDICE A DECLARAÇÃO DE PARCERIA

Uberaba, / /

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Escola _____, cadastrada sob o CNPJ _____ foi informada dos objetivos do Projeto de Pesquisa intitulado _____ com o objetivo de investigar a prática de atividades físicas por adolescentes surdos e ouvintes no município de Uberaba.

Como diretor(a) da instituição, comunico por meio desse documento a autorização para a coleta de dados na instituição supracitada, estando ciente que esta não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Ressalto ainda que a instituição oferecerá a infraestrutura necessária solicitada para que a pesquisa seja realizada, como sala reservada, mesa e cadeiras.

Diretor(a) da Escola

APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto:

Prática de atividades físicas por adolescentes surdos: barreiras e facilitadores

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você, ou a(o) *adolescente* sob sua responsabilidade, está sendo convidado(a) a participar do estudo Prática de atividades físicas por adolescentes surdos: barreiras e facilitadores. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso sua participação ou da(o) *adolescente* sob sua responsabilidade, é importante. O objetivo deste estudo é investigar as barreiras e facilitadores na prática de atividades físicas de adolescentes surdos no município de Uberaba. Caso você, ou a(o) *adolescente* sob sua responsabilidade, participe, será necessário responder aos questionários do estudo referentes a às barreiras e os facilitadores na prática de atividade de física e o nível de motivação à prática regular da mesma. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você, ou a(o) *adolescente* juntamente com seu responsável, poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, ou da(o) *adolescente* sob sua responsabilidade, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome, ou da(o) *adolescente* sob sua responsabilidade, não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um número.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto:

Prática de atividades físicas por adolescentes surdos: barreiras e facilitadores

Eu, *(nome do voluntário ou do responsável pelo adolescente)*, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual eu, ou o *adolescente* sob minha responsabilidade, serei submetida(o). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada. Sei que o nome do participante não será divulgado, que não terá despesas e não receberá dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a minha participação no estudo (ou a participação do *adolescente* desde que ela também concorde, e se possível, assine junto comigo este Termo de Consentimento).

Uberaba,/...../.....

Assinatura do responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do *adolescente* (caso ele possa assinar)

Documento de Identidade (se possuir)

Assinatura do pesquisador orientador

Contatos:

Prof.º Dr. Shamyry Sulyvan de Castro 34-92928122/shamyry@fisioterapia.uftm.edu.br

Luana Foroni Andrade 34-91667651/ luanaforoni@gmail.com

Em caso de dúvida em relação a este documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

IMPORTANTÍSSIMO: SEGUNDO DETERMINAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, OS PESQUISADORES E OS SUJEITOS DA PESQUISA DEVERÃO RUBRICAR TODAS AS PÁGINAS DO TERMO (APÓS A COLETA DE DADOS). UMA VIA DO TERMO DEVERÁ SER ENTREGUE AOS SUJEITOS.

APÊNDICE C APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS POR ADOLESCENTES SURDOS: BARREIRAS E FACILITADORES
PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: SHAMYR SULLYVAN DE CASTRO
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 7/2/2013
PROTOCOLO CEP/UFTM: 2570

PARECER

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 29 de maio de 2013.

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP/UFTM