ISSN 1982-3541
Belo Horizonte-MG
2008, Vol. X, nº 2, 171-179

Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva

Adaptação da EAH para população de surdos falantes de LIBRAS[1]

Adaptation of the MAS to deaf speech

Cíntia Nazaré M. Sanchez[2]
Universidade Estadual Paulista - UNESP
Amauri Gouveia Jr[3]
Universidade Federal do Pará - UFPA

Resumo

O objetivo deste estudo é traduzir a Escala Analógica de Humor, para surdos usuários da língua brasileira de sinais (LIBRAS) e do alfabeto digital, gerando uma escala trilíngüe. A amostra de estudo foi composta de 15 surdos que dominam o alfabeto digital e a LIBRAS e 40 ouvintes com idades entre 11 e 18 anos de ambos os sexos. Após o treino prévio, os participantes preencheram uma versão da escala segundo as características do seu grupo: em português para o grupo-controle (ouvinte) ou em LIBRAS para o grupo experimental (surdos). A aplicação foi realizada em grupo. Os resultados obtidos no experimento mostraram que a escala analógica de humor apresentou equivalência em ambos os grupos, dado que nas suas duas versões (escala analógica padrão e escala traduzida), não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas no índice total e nos componentes da escala: ansiedade, sedação física e sedação mental. O único fator que apresentou diferença estatística significativa foi o componente outros sentimentos. Tais resultados indicam a possibilidade do uso desta escala para estudos de ansiedade em pacientes com surdez.

Palavras-chaves: Surdez, Língua brasileira de sinais, Ansiedade, Escala analógica de humor.

Abstract

The aim of the present study was to adapt the Analogic Mood Scale for hearing impaired individuals speaking Brazilian Sign Language (LIBRAS) and talking by the finger alphabet, yielding a bilingual scale. The sample of Study was composed of 15 hearing impaired individuals talking by the finger alphabet and LIBRAS and 40 normal hearing individuals aged 11 to 18 years of both genders. After previous training, the participants filled a version of the scale according to the characteristics of their group, in Portuguese or in LIBRAS. The scales were applied in group. The results showed that both versions of the analogue mood scale were equivalent, because no-statistical significant differences in the total index and in the components of the scale (anxiety, physical sedation and mental sedation) were related. The only factor presenting statistically significant difference was the presence of other feelings. Such results suggest the possibility of use of this scale for studies of anxiety among hearing impaired patients.

Key-words: Hearing impaired, Brazilian Sign Language, Anxiety, Analogue mood scale.

1 Este trabalho é parte da dissertação de mestrado da autora, apresentada junto ao programa de pós- graduação em desenvolvimento e aprendizagem da FC/UNESP, Bauru.

2 Mestre em psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem. Programa de pós-graduação em Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Bauru-SP. E-mail: cintiamsanchez@hotmail.com
3 Doutor em Neuro Ciência e Comportamento. Centro de ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará – UFPA, Belém-PA.

Introdução

Teoricamente, a deficiência auditiva ou surdez permanente é definida como uma perda auditiva bilateral, caracterizada por limiares auditivos superiores a 40 Decibéis (dB) no melhor ouvido, nas freqüências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, sem uso da prótese auditiva, atingindo cerca de um em cada 1000 recém-nascidos. Este valor se eleva para 20 a 40 em cada 1000 se consideradas apenas crianças internadas em Unidades de Cuidado Intensivo Neonatais. (Oliveira, Castro & Ribeiro, 2002).

As causas da surdez podem ser genéticas e não-genéticas, sendo as genéticas responsáveis por um terço a metade dos casos. Há ainda 2 a 30% de casos em que não é possível classificar a surdez, denominada então surdez neurossensorial de etiologia desconhecida (Oliveira, Castro & Ribeiro, 2002; Freeman, Cardin & Boese, 1999).

A classificação da surdez, de acordo com o nível lesional, se divide em: surdez de transmissão e surdez neurossensorial, sendo a primeira associada à distorção auditiva e sem perdas superiores a 60 dB. Já a surdez neurossensorial causa distorção da sensação auditiva dificilmente compensável, sendo uma das causas mais comuns de surdez profunda, necessitando de uma readaptação específica como implante coclear ou aparelho de adaptação sonora individual (Oliveira, Castro & Ribeiro, 2002).

Independentemente da forma de classificação, um fato inerente a surdez é a impossibilidade de detecção da fala humana, total ou parcialmente, e este é o maior impacto na vida do indivíduo surdo, pois interfere na interação social e na principal forma de acesso ao conhecimento, que é a interação verbal (Fernandes, 2006). Para contornar tal problema, três filosofias educacionais são utilizadas na educação de surdos: oralismo, comunicação total e bilingüismo.

O oralismo tem como principal objetivo, o desenvolvimento da língua oral por parte da criança surda, como forma de comunicação, possibilitando sua interação com os meios sociais gerais, compostos de pessoas não surdas e que não dominam linguagem de sinais (Civitella, 2001).

Na comunicação total, o desenvolvimento da língua oral da criança surda é importante, mas (em oposição ao oralismo) não deve ser o objetivo principal da reabilitação, devendo-se considerar os aspectos cognitivos, emocionais e sociais do desenvolvimento da criança (Goldfeld, 1997). Utilizam-se técnicas e recursos para garantir a comunicação, sem excluir nenhuma forma de comunicação, podendo utilizar a linguagem oral, de sinais, datiologia ou a combinação destas (Ciccone, 1996).

Outra filosofia proposta para a educação de surdos é bilingüismo. Na década de 80, surgiram os primeiros estudos baseados na filosofia bilíngüe que tem como principal objetivo o desenvolvimento cognitivo-lingüístico da criança surda, equivalente ao da criança ouvinte (Lacerda, 1998). Para compreensão da proposta bilingüista, deve-se considerar que a criança ouvinte, desde seu nascimento, está exposta à língua oral, adquirindo, dessa maneira, a língua naturalmente, realizando trocas comunicativas, vivenciando situações do seu ambiente, desenvolvendo uma língua efetiva, o que não ocorre com a criança surda exposta somente à língua oral (Dizeu & Caporali, 2005). Portanto, a criança surda deve adquirir duas línguas: a primeira é a língua de sinais, que lhe permitirá aprender a segunda língua que será a língua oficial do seu país, e poderá ser na modalidade escrita ou oral (Goldfeld, 1997).Assim, o bilingüismo pode ser dividido em duas abordagens: 1) bilingüismo: língua de sinais e língua oral; e 2) bilingüismo: língua de sinais e língua escrita. Ambas, no entanto, consideram a importância da língua de sinais para o desenvolvimento da criança surda (Goldfeld, 1996).

Na abordagem língua de sinais e língua oral, o acesso à língua de sinais ocorre naturalmente por meio da interação comunicativa da criança surda com o adulto surdo. A língua oral é aprendida como segunda língua

junto a um adulto ouvinte (Ruschel, 1999).

Uma proposta bilíngüe para surdos necessita da utilização de uma língua de sinais própria da comunidade surda. No Brasil, esta se denomina LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), pois os sinais que designam as propriedades lingüísticas variam de cultura para cultura (Quadros, 1997).

A LIBRAS é considerada uma língua por possuir estrutura e gramática própria, considerando o conceito de língua como um conjunto de convenções necessárias adotadas por uma comunidade (Saussure, 1987). Nas línguas orais auditivas, os elementos comunicativos são chamados palavras, e na língua de sinais, os itens lexicais recebem o nome de sinais. A diferença da língua de sinais é sua modalidade espaço-visual, ou seja, o uso dessa língua se dá por meio da visão e da utilização dos movimentos no espaço. Os sinais são formados pela interação de movimentos das mãos com suas formas, e dos pontos no espaço ou no corpo onde estes movimentos são feitos (Quadros, 1997).

Os estudos que mostram as dificuldades de aprendizagem do surdo, decorrentes da dificuldade de comunicação, são muitos.

Em 1995, a FENEIS (Federação Nacional de Educação para Surdos) realizou uma pesquisa e constatou que, no Brasil, somente 5% da população surda atingem a universidade e a maioria tem dificuldades com o português escrito (Salles, Faustich, Carvalho & Ramos, 2004), apresentando muitos anos de vida escolar nas séries iniciais, sem uma produção escrita compatível com a série, além de defasagem em outras áreas (Salles, Faustich, Carvalho & Ramos, 2004).

Esta realidade educacional do surdo ocorre pela falta de capacitação do professor da sala regular para trabalhar com o aluno surdo (Strobel, 2006). Góes e Tartuci (2002) descreveram essa simulação da aprendizagem do surdo, e identificaram o aluno surdo como mero reprodutor dos rituais educacionais para ocupar um lugar dentro da sala de aula.

Considerando também que as interações no ambiente escolar são realizadas pela oralidade, o aluno surdo encontra-se em desvantagem quanto ao acesso às informações e à aprendizagem, o que leva à simulação da aprendizagem (Fernandes, 2006). Esta dificuldade lingüística (LIBRAS X Português) no ambiente escolar tem levado o aluno surdo a comportamentos inadequados em sala e aula e à evasão (Fernandes, 2006). Strobel (2006) realizou uma revisão histórica da inclusão do surdo e concluiu que o aluno surdo, com sua diferença lingüística que não é respeitada no ambiente escolar, não está incluso, e sim se adaptando forçadamente ao dia-a-dia da sala de aula.

Fernandes (2006), em sua pesquisa em práticas de letramento na educação bilíngüe para surdos, observou que o professor se utiliza das mesmas estratégias de alfabetização com o aluno surdo e o ouvinte. Dessa maneira, a aprendizagem continua distante da realidade do aluno surdo. Diante das dificuldades de aprendizagem, o aluno surdo utiliza-se de estratégias de confronto na sala de aula, tais como agressividade, indisciplina, e outras.

Em razão disso, várias pesquisas são realizadas para identificar os sentimentos desagradáveis no surdo, porém sem a aplicação de um material sistematizado para avaliar estes sentimentos. Portanto, a tradução da escala analógica de humor para surdos em língua de sinais e alfabeto digital auxiliaria na avaliação dessa população. Para tanto, se faz necessária uma breve descrição da escala a ser adaptada.

Escala Analógica de Humor

As escalas de auto-avaliação são instrumentos usados para medir estados subjetivos, sendo, em geral, preenchidas pelo próprio sujeito e podem ser de natureza discreta ou analógica. Na primeira, o sujeito assinala categorias intervalais ou qualidades de seu estado (por exemplo: pouco, às vezes, muito, quase sempre, quase nunca, bastante). Na segunda, o sujeito assinala numa linha reta contínua que supostamente representa toda

gama daquela situação (Guimarães, 1998).

As escalas analógicas visuais têm sido utilizadas para avaliar diversos aspectos subjetivos, entre eles a ansiedade, tanto em pacientes ansiosos quanto em pacientes submetidos à situação diversa: como reações de estudantes a exames (Kidson & Hornblom, 1982).

A escala analógica de humor é largamente utilizada no Brasil (Del Porto *et al*., 1983; Guimarães *et. al*., 1987; Zuardi & Karniol, 1981; Zwicker, 1985; Guimarães *et al*., 1987; Zuardi *et al*., 1993; Hetem *et al*., 1996), sendo originalmente proposta por Noris (1971), em inglês. Possui 16 itens, cada qual composto de uma linha reta de 100 mm que liga dois sentimentos opostos. Estes itens foram originalmente agrupados de forma intuitiva, em quatro fatores: (tranqüilização, sedação física, sedação mental e outros sentimentos e atitudes).

A escala analógica de humor foi traduzida e validada para o português por Zuardi e Kardiol (1981) que, com o objetivo de validar a tradução, reproduziram o trabalho de Bond e Lander (1974). Nesse trabalho, Bond e Lader submeteram à escala analógica de humor 500 voluntários e concluíram, na análise fatorial das respostas, que os itens poderiam ser agrupados em três fatores, denominados - com base nos itens de maior peso - de tranqüilização, sedação e contentamento. Zuardi e Kaniol observaram que, diferentemente do trabalho original de Bond e Lader, as respostas dos 540 estudantes universitários brasileiros submetidos à escala no Brasil concentraram-se nos extremos da escala, isto é, estes resultados impossibilitaram a análise paramétrica e também diminuíram a sensibilidade da escala de aferir estados de humor/ emocionais (Guimarães, 1998).

Del Porto *et al.* (1983) presumiram que a diferença entre os dados brasileiros e os ingleses seria devida à má interpretação das instruções de preenchimento da escala. Reaplicaram a escala em 436 estudantes universitários, ampliando e detalhando as instruções originais e obtiveram respostas com tendência central (Guimarães, 1998).

Gorenstein (1984) considera que um treino prévio para o preenchimento da escala é fundamental. Além das instruções escritas, eles recebem instruções orais, com exemplos práticos sobre a escala. Na instrução oral, é enfatizado, como propôs Del Porto (1983), que o extremo de cada linha deve se considerado como equivalente ao máximo que se pode sentir naquele item, e que o centro da escala deve equivaler a seu estado habitual.

Guimarães *et al.* (1998), em outro estudo, concluíram que, após este treino prévio, o preenchimento da escala analógica de humor teve uma distribuição dos escores com tendência central. Uma dificuldade encontrada no uso da escala analógica de humor é em relação ao agrupamento dos itens. Em 1993, Zuardi *et al*. realizaram uma análise fatorial dos resultados do preenchimento da escala em situação basal com 90 voluntários. Agruparam os seis itens da escala em quatro fatores, de acordo com seus pesos relativos, e cada fator foi denominado com uma nomenclatura original (Zuardi *et al*.,1993). Essa é a divisão que foi utilizada neste trabalho e que é descrita no quadro 1.

Diversos trabalhos brasileiros (Guimarães *et al.,* 1987; Zuardi *et al*., 1993; Hetem *et al.,* 1996) indicam que a escala analógica de humor tem sido mais sensível para detectar efeitos de drogas na ansiedade, do que ou-

Quadro 1 – Elementos constituintes da escala analógica de humor, conforme Zuardi *et al*, 1993.

1- Ansiedade:	
2-calmo	agitado
10-relaxado	tenso
8-tranqüilo	preocupado
2- Sedação física:	
9-perspicaz	raciocínio difícil
12-capaz	incapaz
6-dinâmico	apático
4-com idéias claras	confuso
16-sociável	retraído
5-ágil	desajeitado
3-forte	fraco
3- Sedação mental:	
1- alerta	sonolento
11-atento	distraído
4-Outros sentimentos:	
15-interessado	desinteressado
14-amistoso	hostil
13-alegre	triste

tras escalas como o IDATE I (Índice de ansiedade Traço-Estado). Esses resultados estão de acordo com a literatura internacional em que tal diferença de sensibilidade também é narrada (Egan *et al*., 1992; Kapezinki *et al*., 1994; Brown, 1990). Portanto, considerando a maior sensibilidade da EAH para medir a ansiedade, a dificuldade de se encontrar material adaptado para surdos e de leitura desta população de surdos, bem como o fato de que o IDATE exige mais domínio da língua portuguesa do que a escala analógica de humor - e que o surdo tem dificuldade de leitura e escrita -, este trabalho optou por adaptar a EAH em detrimento de outras escalas utilizadas no Brasil.

Objetivo

Traduzir a Escala Analógica de Humor para surdos usuários de LIBRAS, utilizando o alfabeto digital e LIBRAS, gerando uma escala trilíngüe (português, LIBRAS e alfabeto digital) e testar esta escala traduzida, para comparar a ansiedade relatada entre não surdos e surdos falantes de LIBRAS

Método

Participantes

Participaram deste estudo 55 sujeitos, divididos em dois grupos. O Grupo Experimental foi composto de 15 surdos, de ambos os sexos, que utilizavam a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), e que dominavam o alfabeto digital (idade 11-18 anos), matriculados em um programa de reabilitação da cidade de Bauru-SP. O grupo-controle foi composto de 40 ouvintes matriculados em uma escola pública da cidade de Bauru.

Instrumentos

Escala Analógica de Humor (EAH) e Escala Analógica de Humor- traduzida em LIBRAS, constituem-se numa escala de auto–aplicação, composta por 16 itens, cada qual composto por uma linha reta de 100 mm ligando dois adjetivos de sentidos opostos. Esta foi aplicada em duas versões: uma, com palavras; outra, composta pelo alfabeto digital e LIBRAS, conforme apresentado por Capovilla (Capovilla & Raphael, 2001).

Procedimento

Foi realizado, em ambos os grupos, um treino prévio na escola do grupo-controle e no programa de reabilitação no grupo experimental, para o preenchimento da escala. Neste, além das instruções escritas, foram dadas orientações orais e em LIBRAS, segundo a característica do grupo, com exemplos para explicar o significado das palavras utilizadas na escala, enfatizando que o extremo de cada linha devia ser considerado o máximo que se podia sentir naquele item, e que o centro da escala devia equivaler ao estado habitual.

No grupo-controle, a aplicação foi realizada em grupo numa sala da própria escola. Os alunos foram selecionados aleatoriamente entre as classes, seguindo somente critérios de idade e série cursada, para falantes e, para surdos, idade e domínio do alfabeto digital e de LIBRAS. Após o treino-prévio, os participantes preencheram uma versão da escala segundo seu grupo: em português, para falantes ouvintes, ou LIBRAS, para os surdos.

A instrução oral dada foi: "Esta é uma escala composta por 16 itens, contento dois adjetivos de sentido oposto, ligados por uma linha. Os extremos de cada linha representam o grau máximo de seu estado. Você deve fazer um marco em qualquer lugar da linha representando o seu estado atual". Esta instrução oral foi adaptada conforme a idade e escolaridade dos participantes. A mesma instrução foi dada ao grupo surdos em LIBRAS.

Análise estatística

Os dados foram analisados por ANOVA de uma via (grupos: falantes e surdos) seguido de teste de hipótese (Tukey) quando necessário.

Resultados

A Figura 1 apresenta os dados resul-

tantes da aplicação da escala analógica de humor em suas duas versões, nos dois grupos.

A observação do score total indica que o grupo-controle apresentou uma ansiedade moderada, por volta de 70 pontos, com um desvio-padrão de cerca de 20 pontos. O grupo surdo, para o qual foi apresentada a escala modificada, apresentou uma ansiedade relatada de cerca de 50 pontos, menor que o grupo-controle, mas com um desvio-padrão muito maior. A análise estatística entre os grupos, apesar dessa diferença, não se mostrou estatisticamente significante [F(1,53) =0, 0459, p=0, 831].

Na análise dos fatores constituintes da ansiedade, pôde-se observar que o grupo-controle apresentou índices de ansiedade por volta dos 20 pontos, com desvio-padrão de aproximadamente 10 pontos. O grupo experimental apresentou a ansiedade de 10 pontos e um desvio-padrão de cerca de 10 pontos; portanto, o grupo experimental apresentou a ansiedade relatada menor que a do grupo-controle, mas com desvio-padrão igual. Porém, esta diferença no fator ansiedade também não se mostrou estatisticamente significante [F(1,53) =0, 133, p=0, 717].

No fator sedação física, pôde-se observar, na análise dos resultados, que o grupo-controle apresentou aproximadamente 40 pontos e um desvio-padrão de cerca de 10 pontos. O grupo experimental para este fator apresentou cerca de 30 pontos e um desvio-padrão de 20 pontos. Neste fator, sedação física, pôde-se observar uma diferença no desvio-padrão maior no grupo experimental. Na análise estatística, esta diferença não é significante [F(1,53) =2, 762, p= 0, 102].

Já no fator sedação mental, pôde-se observar que o grupo-controle e o grupo experimental apresentaram os mesmos valores e o mesmo desvio-padrão. Não houve diferença, neste fator, entre os grupos. Estatisticamente, esta diferença também não foi significante [F(1,53) =1, 302, p=0, 259].

No fator outros sentimentos, puderam-se observar diferenças em relação aos demais fatores. Neste fator, o grupo experimental apresentou maior valor que o grupo-controle. Nos outros fatores, o grupo-controle sempre apresentou índices maiores, o desvio-padrão também foi maior no grupo experimental. Este também foi o único fator que apresentou diferença estatisticamente significativa [F= (1,53) =9, 528, p=0, 003].

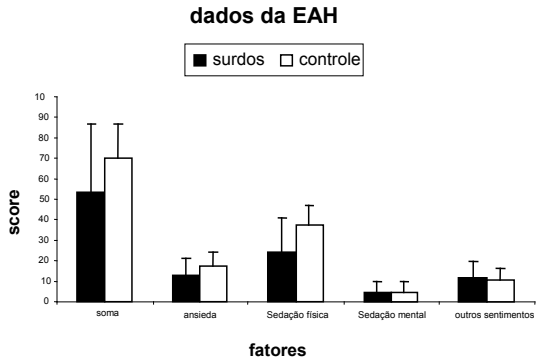


Figura 1. Resposta da escala analógica de humor e escala analógica de humor traduzida no grupo-controle e grupo experimental, na soma e nos fatores: ansiedade, sedação física, sedação mental e outros sentimentos.

Discussão

Pôde-se observar ausência de diferença no índice total e nos fatores componentes da escala, a saber: ansiedade, sedação física e sedação mental, entre o grupo-controle e o grupo experimental. A única diferença estatisticamente significativa ocorreu em outros sentimentos, e também foi o único fator em que o grupo experimental apresentou maior valor. Isso provavelmente se explica pelo fato de o grupo experimental ter familiaridade com a experimentadora e com o ambiente da aplicação da escala em relação ao grupo-controle.

Dessa forma, pode-se considerar que a escala analógica de humor traduzida equivale à escala analógica de humor padrão para medir a ansiedade na amostra estudada.

Portanto, considerando os objetivos deste trabalho, pode-se considerar que a escala analógica de humor traduzida não apresentou diferenças estatísticas ao mensurar a ansiedade em relação à escala-padrão, permitindo seu uso como medida de ansiedade nesta população.

Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn., Belo Horizonte-MG, 2008, Vol. X, nº 2, 171-179

Considerações finais

O estudo de instrumentos psicológicos utilizados para avaliação e diagnóstico é fundamental para a prática do psicólogo, considerando que as avaliações e os diagnósticos devem ser confiáveis e precisos para a atuação profissional (Noronha *et al.,* 2003) - sendo indispensáveis para nortear as decisões, ou seja, eles orientam uma ação segura e adequada do trabalho do psicólogo (Noronha, 2002).

Testes e escalas são instrumentos de medida importantes na avaliação e no diagnóstico psicológico para investigar comportamentos e devem ajudar a identificar as características do sujeito (Oliveira *et al*., 2005). Autores, como Wechsler (1999), apontam dificuldades na utilização de teste na avaliação e diagnóstico psicológico, porque os mesmos não estão adaptados à realidade e populações brasileiras, muito menos a de portadores de necessidades especiais.

Embora, atualmente, pesquisas em universidades estejam sendo realizadas para investigar os parâmetros psicométricos dos testes para obter instrumentos mais confiáveis e de qualidade melhor (Noronha, 2002), tal movimento não se direciona para os portadores de necessidades especiais, como surdos e cegos.

Portanto, o uso e a importância de instrumentos na avaliação e diagnóstico psicológicos são indiscutíveis, e a necessidade de adaptação destes instrumentos é de interesse científico. Este trabalho demonstrou a importância da possibilidade de se traduzirem escalas e testes para surdos, que muitas vezes têm suas avaliações e diagnósticos prejudicados pela falta de material adequado. A possibilidade de adaptação pode tornar as pesquisas, nesta área, reaplicáveis e propiciar um diagnóstico mais fidedigno no trabalho prático do psicólogo que atende surdos. Dessa forma, a adaptação de escalas padronizadas para as populações com necessidades especiais se mostra uma rica linha de pesquisa a ser desenvolvida pelos psicólogos brasileiros.

Referências Bibliográficas

Bond, A. J. & Lader, M. H**.** (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings**.** *British Journal of Medical Psychology*, *47*, 211-218.

Brown, S. M. (1990). Quantitative Measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease**.** *Journal of Advanced Nursering*, *15*, 962-970.

Capovilla, C. C. & Raphael, W. D. (2001). *Dicionário enciclopédico ilustrado trilíngüe da língua brasileira de sinais (LIBRAS)*. São Paulo: Imprensa Oficial.

Ciccone, M. (1996). *Comunicação total – introdução – estratégia: a pessoa surda***.** Rio de Janeiro: Cultura Médica.

Civitella, M. C. F. M. (2001, outubro /dezembro). Abordagens terapêuticas na reabilitação do deficiente auditivo. *O mundo da saúde*, São Paulo, ano 25(4), pp.351-354.

Del Porto, J. A., Laranjeiras R. R. & Mansur, J. (1983). Escalas de auto-avaliação de Estados Subjetivos: Influência das Instruções**.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *32*, 87-90.

Dizeu, L. C. T. B; Caporalli, S. A. A.(2005, maio/agosto). A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. R*evista Educação & Sociedade*, Campinas, v.26(91), pp.583-597.

Egan, K. J.; Ready, L. B.; Nessly, M. & Geer, B. E. (1992). Self-administration of midazolam for postoperative anxiety: a double blinded study. *Pain, 49*, 3-8.

Fernandes, S. F. (2006). *Práticas de letramento na educação bilíngüe para surdos***.** Curitiba: SEED.

Freedman, R. D.; Carbin, C. F. & Boese, R. J. (1999). *Seu filho não escuta? Um guia para todos os que lidam com crianças surdas*. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direito Humanos. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE.

Brasília: Valci.
Goldfeld, M. (1996**).** *O desenvolvimento da criança surda sob o enfoque sócio-interacionista***.** Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. Pontificia Universidade Catolica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
Goldfeld, M. (1997). *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista***.** São Paulo: Plexus.
Gorenstein C. (1984). *Estudo da equivalência de dosagem de hipnóticos benzodiaze·pinicos. Efeitos residuais e sedação aguda***.** Tese de Doutorado. Instituto de Ciências Biomédicas. Universidade de São Paulo. São Paulo.
Guimarães, F. S; Zuardi, A. W. & Graeff, F. G**.** (1987). Effect of chlromipramine and maprotiline on experimental anxiety in humans. *Journal of Psychopharmacology*, *03*, 184-192.
Guimarães, F. S. (1998). Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos**.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, *25* (5), 217-222.
Guimarães, F. S; Zuard, A. W.; Gentil, V. & Graeff, F. G. (1998). A importância do treinamento prévio para uma melhor utilização da escala analógica de humor de Norris**.** *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, *10*, 5-7.
Hetem, L. A. B.; Viana, M.; Guimarães, F. S. & Graeff, F. G. (1996). Papel dual da Serotonina na ansiedade. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, *18*, 59-79.
Kapezink, F.; Curran, H. V; Gray, J. & Lader, M. (1994). Flumazenil has an anxiolytic effect in simulated stress**.** *Psychopharmacology 114*, 187-189.
Kidson, M. & Hornblow, A. (1983). Examination Anxiety in Medical Students: Experiences with the visual Analogue Scale for Anxiety. *Medical Education 16*, 247-250.
Lacerda, C. B. F. (1998). Um pouco da história das diferentes abordagens na educação dos surdos. *Cadernos CEDES, ISSN 0101-3262*, *19* (46), Campinas.
Norris, H. (1971). The Action of Sedatives on Brain Stem Oculomotor Systems in Man. *Neuropharmacology 10*, 181-191.
Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais freqüentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: reflexão e crítica***,** *15* (1), 135-142.
Noronha, A. P. P, Freitas, F. A. de & Ottatti, F. (2003, set/dez). Análise de instrumento de avaliação de interesses profissionais**.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 19*, (3) 287-291.
Oliveira, K. L. de; Noronha, A. P. P.; Dantas, M. A. & Santarem, E. M. (2005, jan./abril). O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos**.** *Psicologia em Estudo*, *10* (1), 127-135.
Oliveira P.; Castro, F.; Ribeiro, A. (2002, maio). Surdez infantil. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, 68(3), pp.417-423.
Quadros, R. M. (1997). *Educação de Surdos.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
Ruschel, M. A. de M. (1999). Discursos atuais sobre a surdez: II Encontro a propósito de fazer, do saber e do ser na infância. In R. I. Bergamaschi, R. V. Martins (Orgs.). pp.15-28, La Salle, Canoas.
Saussure, F. (1987). *Curso de lingüística geral.* São Paulo: Cultrix.
Wechsler, S.M. (1999). Guia de procedimentos éticos para a avaliação psicológica. Em S. M. Wechsler & R.S.L. Guzzo (Orgs.), *Avaliação psicológica. Perspectiva internacional*, pp. 133-141. São Paulo: Casa do Psicólogo.
Zuardi, A. W. & Karniol, I. G. (1981). Estudo transcultural de uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos**.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *31,* 403-496.
Zuardi, A. W.; Cosme, R. A. & Guimarães, F. S. (1993). Effects of ipsapirone and cannabidiol on human experimental anxiety. *Journal of Psychopharmacology, 07*, 82-88.
Zwicker, A. P.(1985). *Efeitos neuroquímicos de tratamentos antidepressivos*. Tese (Doutorado)- Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-graduação em Psicobiologia, São Paulo.

Recebido em: 25/06/2007
Primeira decisão editorial em: 12/11/2007
Versão final em: 22/04/2008
Aceito para publicação em: 31/01/2008