

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**SURDEZ E EDUCAÇÃO: PAIS DE CRIANÇAS SURDAS E
ANSIEDADE**

Cyntia Maria Silva Ferrini

São Carlos – SP

2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

SURDEZ E EDUCAÇÃO: PAIS DE CRIANÇAS SURDAS E

ANSIEDADE

Cyntia Maria Silva Ferrini

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Especial.

São Carlos – SP

2004

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

F392se Ferrini, Cyntia Maria Silva.
Surdez e educação : pais de crianças surdas e ansiedade
/ Cyntia Maria Silva Ferrini. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
214 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2004.

1. Educação especial. 2. Surdez. 3. Pais e filhos. 4.
Crianças surdas. 5. Ansiedade. I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora da Dissertação de **Cyntia Maria Silva Ferrini**

Profa. Dra. Elaine Aparecida Campanha
Araújo

Ass. Elaine Araújo

Prof. Dr. Luiz Marcelino de Oliveira

Ass. Luiz Marcelino de Oliveira

Profa. Dra. Tércia Regina da Silveira Dias

Ass. Tércia Regina da Silveira Dias

Orientadora
Profa. Dra. Tárzia Regina da Silveira Dias

À minha família: pai (Célio), mãe (Benê), irmãs (Flávia e Denise) e sobrinho (Diogo)

Por, teimosamente, me amar

Por, obstinadamente, me incentivar

Por, incansavelmente, me fazer acreditar que tudo isso valeria a pena

A vocês

meu eterno pedido de perdão por todo o período de ausência;

e a esperança de um dia ouvir - Valeu, Cyntia,

Valeu a pena!

**A vocês,
dedico este trabalho!**

Agradecimentos:

À **Profa. Dra. Tércia Regina da Silveira Dias**, por confiar em mim, por proporcionar a oportunidade de trabalhar no Projeto “Atendimento Interdisciplinar ao Portador de Surdez” e pela colaboração.

Ao Prof. Dr. Luiz Marcellino de Oliveira (da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto) e à **Profa. Dra. Eliane Aparecida Campanha Araújo**, pela oportunidade de poder compartilhar o conhecimento que possuem e pelas importantes sugestões que muito contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

Em especial, ao Armando Bugalho, com quem compartilhei este trabalho, por dividir dúvidas, certezas, ansiedade e risos. Por ter tornado possível a realização desta pesquisa. Reconheço sinceramente que dei muito trabalho a você. Meu muito obrigada, pelo carinho, incentivo e por ter me suportado.

À **Luzia Dell Vechio**, pela ajuda na correção dos testes.

Ao Prof. Sérgio Artur pela ajuda na análise estatística.

À **Gema A. Pereira** pela revisão do texto.

Ao meu cunhado, André, e ao meu colega, Rafael, pelo socorro nas horas de grande aflição e sufoco, em que precisei de vocês para configurar meu computador.

À **Maria Helena**, por confiar em mim e proporcionar a oportunidade de realizar os experimentos no Departamento da Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto.

À **Ana Clara (coordenadora do Projeto Oralista da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP)**, à **Ana Paula (coordenadora do NADEF - Núcleo de Atenção aos Deficientes)** e à **Rosana (Profa. da escola Fernandes Palma)**, por autorizarem a realização deste trabalho com os sujeitos que freqüentavam seus serviços.

Aos familiares, peças fundamentais deste trabalho, que participaram deste estudo, dispostos a me ajudar.

Aos colegas Juliana Rocha, Cristina Pedroso, Helena, Patrícia Rocha, Jenainne, Roberta Cortês e Roberta Nishi, pela amizade e com quem convivi e aprendi neste curto (tão longo) período. **Em especial, à Juliana Rocha**, por estar sempre presente quando precisei, e disposta a me ajudar.

À Lika e à Mayra, pelo carinho, incentivo, pelo ombro no qual precisei chorar algumas vezes durante a realização deste trabalho e, principalmente, pelas traduções de textos.

Às minhas amigas: Pri, Lalol, Simone, Lolinha, Jaqueline e Adriana, pela amizade constante, para que o sucesso fosse concreto.

À Elaine, à Juliana Tini, ao Paulo, à Renata e à Adriana, por me suportarem, aconselharem, ensinarem e conduzirem minhas dúvidas e incertezas. Pelo companheirismo, pela presença amiga, meiga e tão sólida.

A todas as pessoas que acompanharam direta ou indiretamente este trabalho.

Ao CNPq, pela ajuda financeira!

À Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) e à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que, pelas mãos de seus docentes, lapidaram, majestosamente, mais um diamante.

Finalmente, meus agradecimentos àqueles que sempre foram fontes de força e amor em todos os caminhos de minha vida.

Ao meu pai, que me ensina, no seu
Exemplo, dia- a -dia, que a nobreza
Se adquire por meio da bravura, do
Trabalho honesto e da crença em dias
Melhores. Obrigada pela Presença!

À minha mãe, tão docemente firme e sempre
Altiva e sábia, que ensinou o valor
Da essência, da bondade, do carinho

Fraterno e do compromisso terreno a
Que nos dispomos.

Às minhas irmãs, Flávia e Denise, cuja
Convivência me ensina a tolerância,
O respeito e a abdição.

Ao meu sobrinho, Diogo, por todas as
Brincadeiras e sucessos que não
Pude compartilhar. Te amo!

A Deus, pelas oportunidades de vitórias
E derrotas, indispensável equilíbrio
Que amalgama luz e espírito
Obrigada por tudo!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO	1
1. Família.....	1
2. Surdez e família.....	15
3. Ansiedade.....	28
4. Instrumentos de avaliação.....	48
OBJETIVO	69
MÉTODO	71
1. Participantes.....	71
2. Contexto de Estudo.....	77
3. Local.....	86
4. Materiais e Instrumentos.....	87
PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	88
1. Aspectos Éticos.....	88
2. Seleção dos Sujeitos.....	88
3. Delineamento Experimental.....	91
4. Fidedignidade.....	96
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	98
RESULTADOS	102
1. Resultados obtidos através da aplicação da escala IDATE.....	102
2. Resultados obtidos através dos traçados da condutividade elétrica da pele (GSR) em todas as apresentações dos estímulos para os grupos de pais oralista, bilíngüe e ouvinte.....	111
3. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para o grupo de pais oralistas.....	119
4. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para o grupo de pais bilíngües.....	123
5. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para o grupo de pais ouvintes.....	126
6. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para mãe oralista-bilíngüe no serviço oralista.....	129
7. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para mãe oralista-bilíngüe no serviço bilíngüe.....	130

8. Resultados obtidos através do registro do eletroencefalograma (EEG) dos hemisférios cerebrais (esquerdo e direito), em todas apresentações dos estímulos para os grupos de pais oralista, bilíngüe e ouvinte.....	130
9. Resultados obtidos através do registro do eletroencefalograma (EEG) dos hemisférios cerebrais (esquerdo e direito) durante todo o experimento para o grupo de pais oralista.....	140
10. Resultados obtidos através do registro do eletroencefalograma (EEG) dos hemisférios cerebrais (esquerdo e direito) durante todo o experimento para o grupo de pais bilíngües.....	145
11. Resultados obtidos através do registro do eletroencefalograma (EEG) dos hemisférios cerebrais (esquerdo e direito) durante todo o experimento para o grupo de pais ouvintes.....	149
12. Resultados obtidos através do registro do eletroencefalograma (EEG) dos hemisférios cerebrais (esquerdo e direito) durante todo o experimento para a mãe oralista-bilíngüe no serviço oralista.....	154
13. Resultados obtidos através do registro do eletroencefalograma (EEG) dos hemisférios cerebrais (esquerdo e direito) durante todo o experimento para a mãe oralista-bilíngüe no serviço bilíngüe.....	154
14. Resultados obtidos através das categorias comportamentais.....	155
15. Resultados obtidos através das verbalizações.....	167
DISCUSSÃO.....	172
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	215
ANEXO 2 - CARTA DE INFORMAÇÃO AOS PAIS.....	216
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	217
ANEXO 4 - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO.....	218

QUADROS

Quadro 1 - Organograma do Serviço bilíngüe.....	78
--------------------------------------------------------	-----------

Quadro 2 - Categorias comportamentais dos pais.....	95
------------------------------------------------------------	----

TABELAS

Tabela 01 - Classificação dos transtornos de ansiedade primários, segundo o DSM-IV e a CID-10.....	40
Tabela 02 - Tempo de permanência no atendimento, no momento em que foi realizada a pesquisa, e a condição do grupo controle.....	72
Tabela 03 - Caracterização dos pais quanto à profissão exercida e o nível de escolaridade atingida.....	74
Tabela 04 - Caracterização dos pais de acordo com a posição do filho na família e o número de filhos.....	75
Tabela 05 - Caracterização dos pais de acordo com o período (em meses) em que a surdez foi descoberta e o período em que não se detectou a surdez.....	75
Tabela 06 - Idade do filho na época da coleta de dados.....	76
Tabela 07 - Distribuição dos participantes quanto ao grau de parentesco em relação ao surdo e ao ouvinte, a faixa etária, ao estado civil e à renda familiar.....	76
Tabela 08 - Nível da ansiedade-estado (A-estado) dos pais oralistas.....	102
Tabela 09 - Nível da ansiedade-traço (A-traço) dos pais oralistas.....	103
Tabela 10 - Nível da ansiedade-estado (A-estado) dos pais bilíngües.....	104
Tabela 11 - Nível da ansiedade-traço (A-traço) dos pais bilíngües.....	105
Tabela 12 - Nível da ansiedade-estado (A-estado) dos pais ouvintes.....	106
Tabela 13 - Nível de ansiedade-traço (A-traço) dos pais ouvintes.....	107
Tabela 14 - Resultado do teste de significância Wilcoxon das diferenças dos níveis médios de ansiedade-estado e ansiedade-traço entre pais de um mesmo grupo (oralista, bilíngüe e ouvinte).....	108
Tabela 15 - Média e desvio padrão da ansiedade-estado e ansiedade-traço dos grupos, oralista, bilíngüe e ouvinte.....	108
Tabela 16 - Resultado do teste de significância Kruskal-Wallis das diferenças dos níveis médios de ansiedade entre os grupos oralistas, bilíngüe e ouvinte.....	110
Tabela 17 - Nível da ansiedade-estado da mãe oralista-bilíngüe no serviço oralista e bilíngüe.....	110
Tabela 18 - Nível da Ansiedade-traço da mãe oralista-bilíngüe no serviço oralista e bilíngüe.....	111

- Tabela 19** - GSR dos pais do grupo oralista (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....112
- Tabela 20** - GSR dos pais do grupo bilíngüe (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....114
- Tabela 21** - GSR dos pais do grupo ouvinte (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....116
- Tabela 22** - GSR da mãe oralista-bilíngüe quando freqüentava o serviço oralista, a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....118
- Tabela 23** - GSR da mãe oralista-bilíngüe quando passou a freqüentar o serviço bilíngüe, a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....118
- Tabela 24** - EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) dos pais do grupo oralista (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação do EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....131
- Tabela 25** - EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) dos pais do grupo bilíngüe (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação do EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....134
- Tabela 26** - EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) dos pais do grupo ouvinte (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação do EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....136
- Tabela 27** - EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) da mãe oralista-bilíngüe quando freqüentava o serviço oralista, a variação do EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....139
- Tabela 28** - EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) da mãe oralista-bilíngüe, quando passou a freqüentar o serviço bilíngüe, a

variação do EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).....	140
Tabela 29 - Categorias comportamentais do grupo de pais oralistas, bilíngües e ouvintes: freqüência absoluta e porcentagem.....	155
Tabela 30 - Verbalizações dos pais oralistas, antes, durante e depois do experimento.....	167
Tabela 31 - Verbalizações dos pais bilíngües, antes, durante e depois do experimento.....	168
Tabela 32 - Verbalizações dos pais ouvintes antes, durante e depois do experimento.....	169
Tabela 33 - Verbalizações da mãe oralista-bilíngüe, no serviço oralista, antes, durante e depois do experimento.....	170
Tabela 34 - Verbalizações da mãe oralista-bilíngüe, no serviço bilíngüe, antes, durante e depois do experimento.....	171

FIGURAS

Figura 1 - Ansiedade-estado dos pais oralistas.....	102
Figura 2 - Ansiedade-traço dos pais oralistas.....	103
Figura 3 - Ansiedade-estado dos pais bilíngües.....	104
Figura 4 - Ansiedade-traço dos pais bilíngües.....	105
Figura 5 - Ansiedade-estado dos pais ouvintes.....	106
Figura 6 - Ansiedade-traço dos pais ouvintes.....	107
Figura 7 - Ansiedade-estado média para todos os grupos (oralista, bilíngüe e ouvinte).....	109
Figura 8 - Ansiedade-traço média para todos os grupos (oralista, bilíngüe e ouvinte).....	109
Figura 9 - Ansiedade-estado da mãe oralista-bilíngüe.....	110
Figura 10 - Ansiedade-traço da mãe oralista-bilíngüe.....	111
Figura 11 - Variação da GSR do pai 1 (P1) oralista durante todo o experimento..	120
Figura 12 - Variação da GSR do pai 2 (P2) oralista durante todo o experimento...	120
Figura 13 - Variação da GSR do pai 3 (P3) oralista durante todo o experimento...	121
Figura 14 - Variação da GSR do pai 4 (P4) oralista durante todo o experimento...	121
Figura 15 - Variação da GSR do pai 5 (P5) oralista durante todo o experimento...	121
Figura 16 - Variação da GSR do pai 6 (P6) oralista durante todo o experimento...	122

Figura 17 - Variação da GSR do pai 7 (P7) oralista durante todo o experimento...	122
Figura 18 - Variação da GSR do pai 8 (P8) oralista durante todo o experimento...	123
Figura 19 - Variação da GSR do pai 1 (P1) bilíngüe durante todo o experimento.	124
Figura 20 - Variação da GSR do pai 2 (P2) bilíngüe durante todo o experimento.	124
Figura 21 - Variação da GSR do pai 3 (P3) bilíngüe durante todo o experimento.	124
Figura 22 - Variação da GSR do pai 4 (P4) bilíngüe durante todo o experimento.	125
Figura 23 - Variação da GSR do pai 5 (P5) bilíngüe durante todo o experimento.	125
Figura 24 - Variação da GSR do pai 6 (P6) bilíngüe durante todo o experimento.	125
Figura 25 - Variação da GSR do pai 7 (P7) bilíngüe durante todo o experimento.	126
Figura 26 - Variação da GSR do pai 8 (P8) bilíngüe durante todo o experimento.	126
Figura 27 - Variação da GSR do pai 1 (P1) ouvinte durante todo o experimento..	127
Figura 28 - Variação da GSR do pai 2 (P2) ouvinte durante todo o experimento..	127
Figura 29 - Variação da GSR do pai 3 (P3) ouvinte durante todo o experimento..	128
Figura 30 - Variação da GSR do pai 4 (P4) ouvinte durante todo o experimento..	128
Figura 31 - Variação da GSR do pai 5 (P5) ouvinte durante todo o experimento..	128
Figura 32 - Variação da GSR do pai 6 (P6) ouvinte durante todo o experimento..	128
Figura 33 - Variação da GSR do pai 7 (P7) ouvinte durante todo o experimento..	129
Figura 34 - Variação da GSR do pai 8 (P8) ouvinte durante todo o experimento..	129
Figura 35 - Variação da GSR da mãe oralista-bilíngue durante todo o experimento no serviço oralista.....	130
Figura 36 - Variação da GSR da mãe oralista-bilíngue durante todo o experimento no serviço oralista.....	130
Figura 37 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 1 (P1) oralista durante todo o experimento.....	141
Figura 38 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 1 (P1) oralista durante todo o experimento.....	141
Figura 39 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 2 (P2) oralista durante todo o experimento.....	142
Figura 40 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 2 (P2) oralista durante todo o experimento.....	142
Figura 41 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 3 (P3) oralista durante todo o experimento.....	142
Figura 42 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 3 (P3) oralista durante todo o experimento.....	142

Figura 43 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 4 (P4) oralista durante todo o experimento.....	143
Figura 44 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 4 (P4) oralista durante todo o experimento.....	143
Figura 45 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 5 (P5) oralista durante todo o experimento.....	143
Figura 46 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 5 (P5) oralista durante todo o experimento.....	143
Figura 47 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 6 (P6) oralista durante todo o experimento.....	144
Figura 48 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 6 (P6) oralista durante todo o experimento.....	144
Figura 49 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 7 (P7) oralista durante todo o experimento.....	144
Figura 50 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 7 (P7) oralista durante todo o experimento.....	144
Figura 51 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 8 (P8) oralista durante todo o experimento.....	145
Figura 52 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 8 (P8) oralista durante todo o experimento.....	145
Figura 53 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 1 (P1) bilíngüe durante todo o experimento.....	146
Figura 54 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 1 (P1) bilíngüe durante todo o experimento.....	146
Figura 55 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 2 (P2) bilíngüe durante todo o experimento.....	146
Figura 56 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 2 (P2) bilíngüe durante todo o experimento.....	146
Figura 57 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 3 (P3) bilíngüe durante todo o experimento.....	147
Figura 58 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 3 (P3) bilíngüe durante todo o experimento.....	147
Figura 59 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 4 (P4) bilíngüe durante todo o experimento.....	147
Figura 60 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 4 (P4) bilíngüe durante todo o experimento.....	147
Figura 61 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 5 (P5) bilíngüe durante todo o experimento.....	148

Figura 62 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 5 (P5) bilíngüe durante todo o experimento.....	148
Figura 63 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 6 (P6) bilíngüe durante todo o experimento.....	148
Figura 64 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 6 (P6) bilíngüe durante todo o experimento.....	148
Figura 65 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 7 (P7) bilíngüe durante todo o experimento.....	149
Figura 66 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 7 (P7) bilíngüe durante todo o experimento.....	149
Figura 67 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 8 (P8) bilíngüe durante todo o experimento.....	149
Figura 68 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 8 (P8) bilíngüe durante todo o experimento.....	149
Figura 69 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 1 (P1) ouvinte durante todo o experimento.....	150
Figura 70 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 1 (P1) ouvinte durante todo o experimento.....	150
Figura 71 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 2 (P2) ouvinte durante todo o experimento.....	150
Figura 72 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 2 (P2) ouvinte durante todo o experimento.....	151
Figura 73 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 3 (P3) ouvinte durante todo o experimento.....	151
Figura 74 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 3 (P3) ouvinte durante todo o experimento.....	151
Figura 75 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 4 (P4) ouvinte durante todo o experimento.....	151
Figura 76 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 4 (P4) ouvinte durante todo o experimento.....	152
Figura 77 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 5 (P5) ouvinte durante todo o experimento.....	152
Figura 78 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 5 (P5) ouvinte durante todo o experimento.....	152
Figura 79 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 6 (P6) ouvinte durante todo o experimento.....	152
Figura 80 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 6 (P6) ouvinte durante todo o experimento.....	153

Figura 81 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 7 (P7) ouvinte durante todo o experimento.....	153
Figura 82 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 7 (P7) ouvinte durante todo o experimento.....	153
Figura 83 - Variação do EEG do hemisfério direito do pai 8 (P8) ouvinte durante todo o experimento.....	153
Figura 84 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo do pai 8 (P8) ouvinte durante todo o experimento.....	154
Figura 85 - Variação do EEG do hemisfério direito da mãe oralista-bilíngüe, durante todo o experimento no serviço oralista.....	154
Figura 86 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo da mãe oralista-bilíngüe, durante todo o experimento no serviço oralista.....	154
Figura 87 - Variação do EEG do hemisfério direito da mãe oralista-bilíngüe durante todo o experimento no serviço bilíngüe.....	155
Figura 88 - Variação do EEG do hemisfério esquerdo da mãe oralista-bilíngüe durante todo o experimento no serviço bilíngüe.....	155
Figura 89 - Verbalizações durante o experimento. Freqüência do comportamento de verbalizações dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....	156
Figura 90 - Mudar de posição durante o experimento. Freqüência do comportamento de mudar de posição dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....	157
Figura 91 - Movimentar a língua durante o experimento. Freqüência do comportamento de movimentar a língua dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....	157
Figura 92 - Movimentar os olhos durante o experimento. Freqüência do comportamento de movimentar os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....	158
Figura 93 - Abrir ligeiramente os olhos durante o experimento. Freqüência do comportamento de abrir ligeiramente os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....	158
Figura 94 - Abrir os olhos durante o experimento. Freqüência do comportamento de abrir os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....	159

- Figura 95** - Fechar os olhos durante o experimento. Frequência do comportamento de fechar os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....159
- Figura 96** - Piscar durante o experimento. Frequência do comportamento de piscar dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....160
- Figura 97** - Levantar a mão durante o experimento. Frequência do comportamento de levantar a mão dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....160
- Figura 98** - Direcionar a mão à boca durante o experimento. Frequência do comportamento de direcionar a mão à boca dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....161
- Figura 99** - Mexer as mãos durante o experimento. Frequência do comportamento de mexer as mãos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....161
- Figura 100** - Manusear objetos durante o experimento. Frequência do comportamento de manusear objetos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....162
- Figura 101** - Rir durante o experimento. Frequência do comportamento de rir dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....162
- Figura 102** - Chorar durante o experimento. Frequência do comportamento de chorar dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....163
- Figura 103** - Sorrir durante o experimento. Frequência do comportamento de sorrir dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....163
- Figura 104** - Enxugar as lágrimas durante o experimento. Frequência do comportamento de enxugar as lágrimas dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....164
- Figura 105** - Mexer as pernas durante o experimento. Frequência do comportamento de mexer as pernas dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte

(OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....164

Figura 106 - Chacoalhar as pernas durante o experimento. Frequência do comportamento de chacoalhar as pernas dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....165

Figura 107 - Mexer a cabeça durante o experimento. Frequência do comportamento de mexer a cabeça dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....165

Figura 108 - Pegar a moeda durante o experimento. Frequência do comportamento de pegar a moeda dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....166

Figura 109 - Segurar as fotos durante o experimento. Frequência do comportamento de segurar as fotos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....166

Figura 110 - Coçar o nariz durante o experimento. Frequência do comportamento de coçar o nariz dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se à soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.....167

RESUMO

O nascimento de uma criança surda impõe uma nova realidade à família. Essa realidade poderá ou não desencadear estados de ansiedade, dependendo da concepção que a família tem sobre surdez e pessoa surda, bem como da qualidade das interações e do nível de comunicação estabelecido. Frente a essa problemática, este estudo teve como objetivo conhecer o nível de ansiedade dos pais que freqüentam serviços oralistas em busca de interação oral com seus filhos surdos, e o nível de ansiedade daqueles que freqüentam serviços bilíngües e buscam interagir com seus filhos surdos por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), sinais caseiros, fala e escrita. Adicionalmente, foram obtidas e analisadas as medidas fisiológicas e comportamentais desses pais que podiam ou não estar relacionadas com a ansiedade. Para isso, os sujeitos participaram de sessões de experimento, em que foram registradas as respostas fisiológicas e comportamentais a estímulos, bem como foi aplicado o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). Os resultados deste estudo apontaram para a diferença entre os grupos ouvinte, oralista e bilíngüe na escala de ansiedade, com maior nível de ansiedade nos pais oralistas, ao passo que os pais bilíngües apresentaram ansiedade maior que os pais ouvintes; porém, essa diferença não foi constatada nas medidas fisiológicas, durante a apresentação dos estímulos. Contudo, pode-se perceber diferença nessas medidas durante o experimento. Já, as categorias comportamentais indicaram que há diferença entre os grupos. Tendo em vista os resultados, seria interessante confirmar os dados da escala de ansiedade por outras escalas, por exemplo, pela aplicação dos testes de *Stress* da Marilda Lipp, pela Escala Analógica do Humor e pela Escala de Hamilton para Ansiedade.

ABSTRACT

A deaf child's birth brings the family into a new reality. Such reality might unchain anxiety states or not, depending on the conception the family has on deafness and deaf people as well as on interaction quality and established communication level. Facing that problem, this study aimed at getting to know the anxiety level of parents that attend orality services searching for oral interaction with their deaf children, and the anxiety level of those that attend bilingual services looking for interaction with their deaf children through the Brazilian Language of Signs (LIBRAS), homelike signs, speaking, and writing. In addition, this study has obtained and analyzed physiologic and behavioral measures of those parents that could be related to anxiety or not. For this, subjects took part in experiment sessions, where physiologic and behavioral reactions to stimuli were recorded and IDATE (Trace-Status Anxiety Inventory) was applied. The results of this study present difference among listener groups, orality and bilinguism as to the anxiety scale, with higher anxiety level among orality parents, while bilingual parents presented a higher anxiety than listener parents; however, this difference was not verified in physiologic measures, during the stimuli presentation. However, difference in those measures during experiment was found. On the other hand, behavioral categories indicated difference among groups. Having such results in mind, it would be interesting to confirm data from the anxiety scale with other scales, for instance, through application of Marilda Lipp's *Stress* test, the Analogical Scale of Humor, and Hamilton's scale for Anxiety.

APRESENTAÇÃO

Quando estagiei no “Centro de Educação Especial Egydio Pedreschi”, na disciplina Psicologia do Excepcional, oferecida no curso de graduação de Psicologia, comecei a questionar como seria possível entender o surdo sem uma comunicação. Indagava, ainda, sobre os recursos que os familiares utilizavam para conseguir obter um diálogo superficial.

Motivada a conhecer mais sobre famílias de crianças surdas, procurei uma professora Universitária ligada à Universidade do interior paulista para trabalhar como colaboradora no serviço educacional e bilíngüe, observando os grupos de apoio aos familiares. Na função de observadora desse grupo minha tarefa era registrar e transcrever o desenvolvimento de grupos operativos e de ajudar na elaboração de crônicas, artigos e relatórios científicos.

Nessa ocasião, o serviço estava completando três anos de funcionamento e percebeu-se a necessidade de avaliar os atendimentos prestados à comunidade. A partir dessa necessidade, surgiu a proposta de conhecer a ansiedade dos familiares que freqüentavam grupos de apoio e de ensino de LIBRAS, a fim de elucidar questões polêmicas que ainda não foram suficientemente resolvidas, relacionadas à comunicação entre pais ouvintes e filhos surdos.

Desse aprofundamento resultou meu projeto de mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial de uma Universidade Federal do interior de São Paulo com o propósito de estudar a ansiedade da família de surdos que significa aprofundar conhecimentos sobre a família, a surdez e a família, a ansiedade e os instrumentos que

dão subsídios para medir a ansiedade. A coleta de dados foi realizada durante o período em que participei como observadora nos grupos de familiares.

Atualmente, deixei de auxiliar os grupos de apoio e passei a coordená-los mensalmente.

INTRODUÇÃO

Na Introdução iremos aprofundar aspectos relacionados a família, a surdez e família, a ansiedade e aos instrumentos que dão subsídios para medir a ansiedade.

1. Família

É indiscutível a importância da família no desenvolvimento de crianças e adolescentes, pois, a família é o núcleo social básico e das relações aí estabelecidas vão depender as relações interpessoais de seus integrantes. Apesar da importância e da ênfase que as políticas educacionais têm dado a participação da família no processo educacional de seus filhos (Dias, Matelatto, Del Prette, Pedroso, Gonçalves e Magalhães, 1999; Lima, Maia e Distler, 1999; Mantelatto, Pedroso e Dias, 2000; Pedroso e Dias, 2000), ainda são incipientes trabalhos sistemáticos com as mesmas. Estes trabalhos são ainda mais difíceis de serem organizados quando se trata de atender famílias de crianças surdas em uma perspectiva bilíngüe. Daí a importância de se estudar famílias de surdos.

Trabalhar com famílias implica em estudar e compreender o que é família e as transformações históricas dessa estrutura, bem como, os elementos que a compõem.

Tudo que existe em todas as situações que envolvem o indivíduo, existe também, em suas devidas proporções, dentro de sua família, pois, a família é sem dúvida um microcosmo, ou seja, tudo que se passa no mundo externo tem sua origem primeiro na família (Assumpção e Sprovieri, 1987, p.37).

A família é uma das mais importantes instituições sociais, é a base da sociedade. É também o primeiro palco no qual um indivíduo com necessidades especiais, ou não, é socializado, educado e exposto a crenças e valores de sua cultura que são fundamentais para as suas experiências sociais (Dorziat, 1999 e Gargiulo, 2003). Essa grande responsabilidade é, geralmente, assumida pelos pais dos jovens.

Scabini (1992) define família como uma organização complexa de relações de parentesco que tem e cria uma história. Colnago (2000) mostra que esta organização é um processo ativo, ou seja, que garante a continuidade e a identidade de seus membros. Portanto, a família produz, organiza e dá forma e significado às relações entre os mesmos.

Já que o conceito de família vem se modificando de várias maneiras com o decorrer da história, Araújo (2001) fez um levantamento das várias definições disponíveis na literatura específica, apontando algumas semelhanças e por vezes divergências entre os autores (Biasóli-Alves, 1996; Fukui, 1996; Scabini, 1996; Turnbull & Turnbull, 1997). Apesar das divergências, Ribeiro (1999) discutindo os estudos Kaloustian (1994) admite uma definição consensual sobre família, ou seja: “A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, de desenvolvimento e proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou forma como vêm se estruturando” (Ribeiro, 1999, p. 11).

Com o passar do tempo, os modelos de família foram se alterando, de acordo com as transformações históricas. Ribeiro (1999) mostra que os diferentes modelos de famílias estão relacionados a diferentes épocas, sociedades e segmentos sociais. Sendo assim, a família é uma estrutura social que muda com a sociedade.

Diferentes autores (Ariès, 1978; Engels, 1984; Snyders, 1984) ajudam na compreensão histórica das mudanças que afetaram a instituição familiar no decorrer dos séculos. Segundo tais autores, essas mudanças se relacionam prioritariamente às transformações nos meios de produção, que acarretam mudanças nas relações entre os homens (homem e mulher, pais e filhos).

Engels (1984) reconhece Morgan (1985) como o teórico que levantou o maior número de dados acerca da instituição familiar e o que primeiro a subdividiu quanto às formas assumidas no decorrer da história. As formas até agora encontradas foram, em ordem de formação: consangüínea, punaluana, sindiásmica, patriarcal e monogâmica¹

Para o presente trabalho, será discutida a forma monogâmica de família e suas transições. A família monogâmica foi instituída baseada no predomínio do homem sobre a mulher e tinha como finalidade garantir a paternidade e a herança de pai para filho.

Os gregos proclamavam abertamente que os únicos objetivos da monogamia eram a preponderância do homem sobre a família e a procriação de filhos, assegurando-lhe a

1

I. A família consangüínea: funda-se sobre o intercasamento dos irmãos e irmãs, carnais e colaterais no interior de um grupo.

II. A família punaluana: funda-se sobre o casamento de várias irmãs, carnais e colaterais, com os maridos cada uma das outras, no interior de um grupo: os maridos comuns não eram necessariamente parentes entre si. Fundava-se também sobre o casamento de irmãos, carnais e colaterais, com as esposas de cada um dos outros, no interior de grupo. As esposas não eram, necessariamente, parentes entre si, embora esses casos se verificassem com freqüência, tanto no que se referem aos maridos como no que se referem às esposas.

III. A família sindiásmica ou de casal: funda-se sobre o casamento entre casais individuais, mas sem a obrigação de coabitação exclusiva. O casamento prosseguia enquanto ambas as partes o desejassem.

IV. A família patriarcal: funda-se sobre o casamento de um só homem com diversas mulheres; que era geralmente acompanhado pelo isolamento das mulheres.

V. A família monogâmica: funda-se sobre o casamento de casais individuais, com obrigação de coabitação exclusiva. (Morgan, 1985, p.56-57).

paternidade para poderem herdar. A monogamia surge como uma forma de escravização de um sexo pelo outro, como proclamação de um conflito entre sexos, ignorado, até então, na pré-história (Engels, 1984, p.103-104).

Com a instituição da monogamia, enquanto forma última de família, a mulher perde poder para o homem, perante a sociedade, e fica confinada ao lar e aos afazeres domésticos até a época da Revolução Industrial.

Interessante resgatar, neste momento, a idéia de família que Philippe Ariès (1978) apresenta em sua obra *História Social da criança e da família*. O autor discorre sobre a evolução social da família, a começar pela época medieval até a modernidade. Segundo o autor, a família era inicialmente uma realidade moral e social mais que sentimental, e que, somente a partir do século XV se observa uma transformação profunda e lenta do nascimento e desenvolvimento do sentimento na família.

Refletindo um pouco, em termos da relação normal-anormal, tendo como bases as considerações feitas por Ariès (1978), considera-se que a falta de maiores cuidados e atenção para com as pessoas com necessidade especiais, em épocas que antecederam essa transformação, muito provavelmente se deveu à forma como se estabeleciam as relações familiares e a maneira como se educavam os filhos, pois, uma vez que baseavam suas relações apenas na realidade moral e social e não sentimental, isso provavelmente servia para justificar atitudes segregacionistas e discriminatória em relação ao filho ou a qualquer pessoa com necessidade especiais.

As transformações ocorridas, graças à proliferação das escolas, nas formas de relação entre os membros da família, levaram a alterações significativas quanto ao modo de educação dos filhos. As escolas tornaram-se o instrumento normal de iniciação social da

criança em substituição à educação oferecida por membros de outra família, que não a da própria criança (Ariès, 1978). A partir dessa transformação, a preocupação com a educação institucionalizada, a carreira e o futuro da criança tornaram-se o centro das atenções dos pais.

Além das alterações na instituição familiar, é importante compreendermos os diversos papéis determinados do homem e da mulher, e a divisão social do trabalho entre os dois sexos.

Mead (1985), em seu escrito *Cada família numa casa própria*, discutiu a existência de uma divisão entre a obtenção dos meios de subsistência reservada aos homens e a organização de um sistema de família, confinada às mulheres. Essa divisão foi descrita, segundo Marx e Engels (s/d), como a primeira divisão do trabalho entre o homem e a mulher, Trata-se, conforme, Engels (1984), da grande derrota histórica do sexo feminino em todo o mundo.

Essa baixa condição da mulher, manifestada sobretudo entre os gregos dos tempos heróicos e ainda mais entre os dos tempos clássicos, tem sido gradualmente retocada, dissimulada e, em certos casos até revestida de formas de maior suavidade, mas de maneira alguma suprimida (Engels, 1984, p.95).

Essa condição imposta à mulher pela instituição da família monogâmica teve sua primeira alteração com a Revolução Industrial. Fato esse que requereu também a presença da mulher no mercado de trabalho como mão-de-obra, e exigiu mudanças nos hábitos sociais na instituição familiar. Surgiram, segundo Mead (1985), os avançados centros de educação infantil e creches como meio de liberação, senão total pelo menos parcial, da

mulher em relação à tarefa de cuidar dos filhos, deixando-a, assim, livre para outras atividades.

A mulher durante séculos trouxe consigo, em sua educação, a maternidade como profissão, condição esta imposta pela instituição familiar monogâmica, dedicando-se ao papel de mãe. Na sociedade contemporânea essa condição começa a se alterar. A mulher tem ocupado diferentes papéis e vem conquistando outros espaços para além do lar, assim como sua independência econômica. Não é de se estranhar, hoje em dia, que a mulher exerça algum tipo de atividade remunerada, seja no próprio lar ou fora dele, com o propósito de complementar o orçamento doméstico, antes responsabilidade apenas do homem. A mulher torna-se a fonte principal da família, e isso não é incompatível com o papel de mãe, pois, ela pode conciliar o papel de mãe com o papel de trabalhadora já que ela também obtém o rendimento da família. Hoffman (1996) mostra que existe um aumento modesto na participação dos pais nas tarefas domésticas e cuidados com as crianças quando a mãe vai trabalhar.

Mitchell (1985), ao se colocar a respeito da mulher, alerta para o fato de que a liberação da mesma só pode ser atingida com a transformação das estruturas nas quais ela se encontra integrada que são: produção, reprodução, socialização e sexualidade. Aponta para o casamento como uma forma clássica de relacionamento cada vez mais ameaçada pela liberação das relações pré e pós-conjugais. Sendo assim, a estrutura que apresenta as maiores contradições.

Ao se recorrer às diferentes formas históricas assumidas pela instituição familiar, percebe-se sempre uma busca de superação na relação homem-mulher. Desde a implantação da última e atual forma de instituição familiar, a monogâmica, até os dias de

hoje, é notório que o homem está perdendo poder e em contrapartida a mulher está adquirindo. Essa mudança, reivindicada pelos movimentos de liberação feminina, vem provocando grandes alterações, reforçadas pelos meios de produção capitalista. Conseqüentemente assistimos, hoje, a uma transição da família monogâmica para uma outra forma de instituição familiar “pós-monogâmica”, que é a família contemporânea.

Essa família contemporânea, que, de modo geral, mas nem sempre, constitui em torno de um homem, uma mulher e o(s) filho(s), sendo os pais não necessariamente os genitores, é uma família modificada em grande número de funções sociais e de valores morais. Uma família em que os filhos (nem sempre legítimos), desde cedo, passam a freqüentar creches, escolas, ou instituições especializadas como no caso de filhos com necessidade especiais. É, também, uma família em que não apenas o homem é provedor do sustento. Do mesmo modo, é uma família em que se percebe a existência de um sentimento intergrupar, mas que não impede relações e sentimentos fora do grupo familiar. Uma família mediatizada pela sociedade em todas as suas estruturas. Essa família, muito marcada por alguns traços da família monogâmica no seu início, mas bastante modificada pelos meios de produção e de reprodução, pela ciência e pelos valores atuais; é a família de hoje.

Até chegar à família monogâmica atual, modificada não apenas na sua essência como na sua aparência, pode-se dizer que essa forma de instituição, assim como as formas precedentes, passou por várias transformações, mediatizadas, em suas estruturas, pelo social, o que demonstra total dependência da realidade social em suas sucessivas concretizações históricas.

Com exceção da definição de Fukui (1996) que considera a família como sendo a reunião de pessoas ligadas por laços de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos; a literatura atual tem mostrado que não há um modelo único de família, revelando que existem vários tipos de estruturas familiares que não são constituídas necessariamente por laços consangüíneos ou de parentesco (Araújo, 2001). Para Turnbull & Turnbull (1997, p.24-25), por exemplo, “duas ou mais pessoas que se relacionam entre si como uma família e que desempenham algumas das funções que as famílias tipicamente desempenham pode ser considerada uma família. Estas pessoas podem ou não estar relacionadas por sangue ou casamento e podem ou não viver juntas”.

Scabini (1996) diferencia dois tipos de família: a “família de origem” e a “família psicológica”, sendo a primeira constituída pelos pais e, eventualmente, os irmãos e a segunda constituída pelos genros, noras, cunhados e cunhadas, bem como, pelos amigos mais próximos ou íntimos da família inicial.

Dessa maneira, a literatura atual ampliou os tipos de estruturas familiares, em 5 categorias: 1) família nuclear (constituídas por uma mãe, um pai e um ou mais filhos), 2) famílias de pais solteiros (quem tem a guarda do filho realiza os papéis ou funções que o pai e a mãe promove numa família completa), 3) família extensa (avós ou outros adultos estão presentes e realizam as funções de cuidados para com os filhos), 4) família não tradicional (consistem em parceiros gays ou lésbicas e a criança) e 5) as famílias reconstituídas (consiste em filhos e pais de sistemas familiares antigos que passaram tempos como famílias de pais solteiros e agora eles estão reunidos numa nova família com padrasto, madrasta, irmão de criação e irmã de criação) - (Novak, 1996).

Segundo Gargiulo (2003) a teoria do sistema familiar, que concebe a família como um sistema social com características e necessidades únicas, afirma que os membros individuais de uma família estão inter-relacionados, de modo que qualquer experiência afetando um membro afetará a todos (Carter & McGoldrick, 1980; Goldenberg & Goldenberg, 1980). Turnbull & Turnbull (1997) incorporando esse pensamento, identificam quatro elementos chaves inter-relacionados dentro deste sistema: características familiares, interações familiares, funções familiares e ciclo de vida familiar.

As características familiares se referem àqueles aspectos típicos de uma família, como: 1) características que incluem o tamanho, a forma, a experiência cultural, o status sócio-econômico e a localização geográfica; 2) Características pessoais, ou seja, as características relativas aos membros familiares, como por exemplo, excepcionalidade, nível de saúde, estilos de relacionamento, etc; e 3) Os desafios especiais referem-se a situações muito particulares a uma família, por exemplo, abuso de substância tóxicas, abuso ou negligência de crianças (Turnbull & Turnbull, 1997).

Na presença de um membro familiar deficiente, o conhecimento destas características é essencial para a compreensão das reações familiares a este fato, e em relação a este membro, assim como dos meios de colaboração e do que pode se esperar dos seus relacionamentos seja entre si ou com o ambiente que a cerca (Turnbull & Turnbull, 1997).

Quanto às interações familiares, Turnbull & Turnbull (1997) têm mostrado que independente da forma ou tipo de estrutura que a família sistêmica adote, há quatro principais subsistemas: subsistema conjugal: interações entre marido e mulher (díade); subsistema entre pais e filhos (tríade): interações entre pais e filhos; subsistema entre

irmãos: interações de criança com criança; subsistema com o restante da família: interações com os parentes do núcleo familiar e outros que são considerados como da família.

As interações diferem de acordo com o subsistema de dentro de cada família e conforme o sistema de cada membro da família. A maneira de uma família interagir depende, em parte, do seu nível de coesão e adaptabilidade. Esses dois fatores afetam a qualidade das interações e só podem ser analisados a partir do conhecimento da herança cultural familiar. Uma definição simples de coesão leva a entendê-la como o nível de liberdade e independência vivenciado pelos membros da família. Um alto nível de coesão, nesse sentido, é responsável por famílias excessivamente protetoras. Outras famílias, apresentando baixo nível de coesão, são descritas como pouco envolvidas, nas quais os seus membros não recebem o suporte necessário. Um bom funcionamento familiar implica em um equilíbrio de coesão.

Gargiulo (2003) afirma que por outro lado, a adaptabilidade pode ser definida como uma habilidade familiar para trocar tarefas em acontecimentos difíceis ou de stress (Olson, Russell & Sprenkle, 1980). A chave de muitas famílias é manter o equilíbrio entre um extremo e outro da adaptabilidade.

As funções familiares são: 1) afeição – compromissos emocionais e manifestação de afeição; 2) auto-estima – identidade pessoal e auto-valoração, reconhecimento de contribuições positivas; 3) economia – produção e utilização de renda familiar; 4) Cuidados diários – necessidades de sobrevivência diárias; 5) socialização – desenvolvimento das habilidades sociais, estabelecendo relações interpessoais; 6) recreação – tempo de atividade de lazer para a família e para os indivíduos; 7) educação – envolvimento nas atividades

educacionais e escolha da carreira. Essas funções são necessárias para satisfazer as necessidades individuais e coletivas da família.

O ciclo de vida familiar refere-se ao desenvolvimento de mudanças que ocorrem em muitas famílias no decorrer de sua existência. Essas mudanças podem alterar a estrutura da família e afetar as relações, funções e interações. Tais mudanças também refletem nos estágios de transição do desenvolvimento humano individual, tais como, nascimento, infância, adolescência, adultez e velhice (Turnbull & Turnbull, 1997).

No primeiro estágio de transição dos ciclos de vida, ou seja, no nascimento, há mudanças na relação do casal, pois, o nascimento de uma criança implica em responsabilidades parentais para suprir as necessidades básicas desta criança. Na adolescência, há o desenvolvimento de identidade própria; desenvolvimento de imagem positiva; ajustamento para maturação sexual; independência emocional dos pais; aumento da auto-determinação; desenvolvimento para relacionamentos com pares de ambos os sexos. Dessa forma, a família funciona como “família trampolim”, impulsionando-os para fora, isto é, para o mundo exterior. O penúltimo estágio de transição do ciclo de vida, a adultez, implica em autonomia (auto-suficiência, auto-determinação, auto-integridade) e independência; e por último, a velhice, é neste momento que o idoso se aposenta e começa a se questionar quanto as suas auto-realizações, e vai também se preparando para morte (Tárcia, não sei se ficou bom este parágrafo que eu fiz).

A passagem de um estágio para outro e o período de ajustamento são denominados de transições. As transições podem ser muito estressantes para as famílias.

A estrutura familiar está sujeita a várias situações de desequilíbrio que afetam a sua dinâmica (Trout e Foley, 1989). Entre os acontecimentos mais significativos do núcleo

familiar e que podem ocasionar modificações nas relações interfamiliares estão: morte, casamento, separação e doença de um de seus membros, e o nascimento de um filho (Holzheim, Levy, Paticucci e Giorgi, 1997).

Scabini (1996) complementa dizendo que toda família apresenta um ciclo vital intermediado por eventos críticos que definem as etapas evolutivas: as crises previsíveis e as crises imprevisíveis. Tais crises são acompanhadas por tarefas ou incumbências do desenvolvimento correspondentes. Quando os eventos são esperados e naturais, e podem até ser antecipadas, tais como, casamento, nascimento dos filhos, adolescência dos filhos, saída de casa dos mesmos, aposentadoria e morte; denominamos de crises previsíveis. Essas fases, portanto, expressam tarefas do desenvolvimento que são objetivos psicossociais próprios de cada uma delas e podem ser, respectivamente diferenciadas; formação da identidade do casal, famílias com crianças pequenas (papel e responsabilidades dos pais), famílias com adolescentes, família “trampolim” e família anciã (Araújo, 2001).

A doença grave na família e a morte assumem um papel central nos eventos imprevisíveis, pois são eventos inesperados e não naturais. Tais eventos não escapam do contexto histórico-evolutivo, mas se dão dentro dele (Scabini, 1996).

Portanto, os eventos previsíveis são controláveis e, portanto, desafiantes e até excitantes. Por sua vez, os eventos imprevisíveis são geralmente, incontroláveis e se referem a situações ou estímulos aversivos, ameaçadores. Portanto, implicam em reações psicológicas diferentes, ou seja, enquanto os eventos previsíveis podem gerar um estresse

positivo (também chamado de “eustress”); os imprevisíveis podem gerar um estresse negativo (denominado também de “distress”)³.

Neste contexto, o nascimento e o diagnóstico de uma criança com necessidades especiais constitui essa categoria de eventos imprevisíveis, exigindo uma (re)organização da dinâmica familiar e de suas estratégias de enfrentamento (Araújo, 2001) .

Para os pais, a chegada de um filho representa muito mais do que um simples evento biológico. A expectativa do nascimento de um filho vem acompanhada de fantasias e projeções (Marques, 1995), pois, a família espera que esse novo membro possa superar as dificuldades que encontraram em suas próprias vidas e que realize aquilo que precisaram renunciar (Terrasi, 1993).

Quando esse filho apresenta uma diferença com a possibilidade de desvantagem social, o casal pode ver todas as suas expectativas de recompensa e gratificação desmoronarem (Amiralian, 1986).

Conforme Scabini (1996), deve-se observar sempre quando um certo evento aconteceu e compreender seus efeitos na evolução da organização familiar. O modo pelo qual a crise é enfrentada (adequada ou inadequadamente) está relacionado ao cumprimento daquelas incumbências específicas ligadas ao evento crítico, empenhando-se, além das tarefas de cuidados aos seus membros que deles necessitam, à tarefa de redistribuir as funções exercidas pelo membro que se encontra impossibilitado de assumir seus papéis e funções.

³ Os termos “eustress” e “distress” serão definidos posteriormente, nas páginas 29 e 30, dentro do sub-título “Ansiedade”.

Feldman e Scherz citado por Assumpção & Sprovieri (1987) descrevem quatro tipos de famílias baseadas em sua maneira particular de reagir a tensões e situações extremas, como o aparecimento de uma criança diferente:

- a. Família Equilibrada: é aquela razoavelmente madura e capaz de se adaptar as várias experiências da vida. Os pais apresentam duas fases: desgosto e ajustamento. O ajustamento permite aos pais aceitar realisticamente a condição da criança. Este tipo de família tem capacidade de obter informações e beneficiar-se dos recursos disponíveis na sociedade para ajudar o membro com necessidades especiais.
- b. Família Caótica: tem dificuldades de enfrentar a verdade, falta-lhe auto-controle e outras características da personalidade adulta, tem dificuldades de estabelecer a distinção entre os papéis. Muitas coisas podem acontecer, nesse tipo de família, com a chegada de uma criança com necessidades especiais: separação do casal, brigas, desentendimentos entre irmãos, recusa em assumir a responsabilidade pelo membro com necessidades, negação do fato de que existe um problema, etc.
- c. Família Neurótica: poderá ter dificuldade numa área de funcionamento. Esse tipo de família pode funcionar bem em certas etapas da vida familiar e em outras não. Não é possível prever o que a chegada de uma criança com necessidades especiais pode desencadear numa família desse tipo, pois, tudo irá depender da natureza dos problemas já existentes por ocasião da crise.

- d. Família Psicótica: opera de modo estranho. Pode funcionar satisfatoriamente em algumas tarefas da vida e, psicoticamente, em outras. Sentimentos de culpa e hostilidade podem emergir e voltar-se contra o membro com necessidades especiais. Esses comportamentos podem se tornar tão intensos a ponto de produzir um comportamento psicótico (Assumpção & Sprovieri, 1987). O aspecto mais marcante é a existência da ambivalência afetiva ou de sentimentos e mensagens contraditórias. (Tárcia, a Eliane pediu para falar aqui sobre famílias “infantilizantes” – não tenho nada sobre isso e não acho que devo falar sobre este tipo de família).

Entre as possíveis diferenças que um membro possa ter, está a surdez.

2. Surdez e família

A surdez é um fenômeno que provoca a ausência de resposta aos estímulos sonoros (Gagliardi e Barrella, 1986) e uma intensa dificuldade na aquisição da fala, principalmente, quando o nível de perda se encontra acima de 70 decibéis (surdez severa e profunda), sendo comum, nesses casos, a criança chegar aos 4 ou 5 anos sem ter aprendido a falar (Dessen e Brito, 1999).

O conhecimento da surdez de um filho é, também, um acontecimento extremamente significativo para a família e pode substituir, como qualquer outra diferença, sonhos por dúvidas e anseios (Terrasi, 1993). Essa expectativa, por outro lado, parece ligada à concepção sobre surdez e às significações afetivas, emocionais, intelectuais e sociais que a família atribui a essa diferença, aprisionando a pessoa surda numa rede construída e constitutiva das barreiras atitudinais: preconceitos, estereótipos e estigma.

Tendo de lidar com essa diferença, a família da criança surda deve cumprir com a sua função de "criar" e "educar" o seu filho. Para Brazelton (1983), educar um filho é uma tarefa árdua e desafiante, seja em condições normais ou especiais. Em ambos os casos, ao mesmo tempo em que é gratificante, gera insegurança nos pais, podendo deixá-los ansiosos diante do desconhecido. Amiraliam (1986) acredita que essa ansiedade é bem maior se esse filho apresenta necessidades especiais.

De acordo com Tomaz (2002), cuidar de um filho diferente, além da ansiedade, traz encargos adicionais para os pais. Essa condição familiar é marcada pela necessidade de procurar apoio de serviços especializados, o que demanda tempo e recursos financeiros. De acordo com Williams e Aiello (2001) o relato de muitos pais mostram que, o que caracteriza a busca de serviços para o atendimento das necessidades de seu filho diferente, no Brasil, é a peregrinação por diversos serviços, na maioria das vezes, desestruturados, insuficientes (em tipo e número) e disponíveis apenas em grandes cidades. Os serviços quando existem são escassos, desarticulados e fragmentados e pouco incorporam os resultados das pesquisas.

Considerando a ansiedade que o nascimento de uma criança surda pode causar, é de fundamental importância que a família seja orientada sobre o desenvolvimento de seu filho, bem como, inserida no processo educacional vigente.

Documentos mundiais, como a Declaração de Salamanca (1994), e nacionais, como o Art. 208 da Constituição Federativa de 1988 e a lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96), salientam e reforçam a importância da família no processo educacional de seu filho. Dentro dessa perspectiva, atendimentos educacionais a

indivíduos surdos prevêm a formação de grupos de orientação/apoio a pais (Lima, Maia e Distler, 1999).

Esses grupos de apoio podem ser organizados sob as perspectivas do Oralismo, da Comunicação Total e do Bilingüismo.

O Oralismo, segundo Goldfeld (1997) visa a integração da criança na comunidade ouvinte, dando a ela condições para desenvolver a língua majoritária (no Brasil, o português), principalmente na modalidade oral considerada a forma mais importante de comunicação dos surdos.

Nessa vertente, Hoffmeister (1996) coloca que o surdo é visto como um problema, existindo uma visão negativa, centrada no modelo ouvinte como o ideal. Essa visão domina os pensamentos dos profissionais médicos e audiológicos. De acordo com Skliar (1999), os pais ouvintes podem ser controlados por esses profissionais porque são estes que iniciam, diagnosticam, identificam e aconselham estes pais.

Dessa maneira, podemos dizer que dependendo de como o diagnóstico é dado aos pais, criam-se expectativas bastante discrepantes a respeito do desenvolvimento da criança, desde impossibilidade da recuperação, até a possibilidade da recuperação total. E estes diferentes modos de os pais tomarem conhecimento do problema da criança podem influir nas reações subseqüentes da família (Omote, 1980).

O mesmo pontua que quanto mais cedo os pais tomarem conhecimento da diferença do filho, mais rapidamente a família poderá ajusta-se à sua nova condição, desde que os pais encontrem uma adequada orientação. Mas, pelo fato desses pais relutarem em aceitar esse filho como uma criança diferente, o diagnóstico aparece tardiamente.

Os pais apresentam sentimentos que oscilam entre a esperança de que a situação não seja o que realmente aparenta ser e o discernimento de que alguma coisa esteja errada (Amiralian, 1986; Terrasi, 1993). Esses sentimentos cessam com a confirmação do diagnóstico, em que os familiares experienciam sentimentos de tristeza e “luto” pela perda do filho idealizado.

A confirmação do diagnóstico provoca um impacto no contexto familiar. Com a constatação do problema, a família experimenta sentimento de alarme, estresse, angústia, rejeição e revolta, que reemergem ao longo da infância (Oliveira, 2003). Matsukura (2001) apontam em seus estudos que investigadores de famílias com diferentes problemas crônicos de saúde/desenvolvimento afirmam que, de um modo geral, essas famílias são propensas a exibir níveis de estresse elevados e mais problemas de ajustamento familiar. Alguns autores apontam que o maior nível de estresse pode ser principalmente vivenciado pela família no momento do diagnóstico.

No entanto, a incompreensão da terminologia médica, leva os pais a recorrerem a misticismos, ou a crenças do senso comum, atribuindo a causa da perda a alguma culpa sua, vontade divina etc (Terrasi, 1993; Buscaglia, 1997). Situações como essa, podem gerar ansiedade nos familiares. Entretanto, suas questões podem ficar muitas vezes sem respostas, pelo fato de que na maioria dos casos, as causas são desconhecidas.

Bevilacqua e Formigoni (2000) apontam a negação, a vulnerabilidade, o ódio, a confusão e a inadequação como os sentimentos mais observados em pais ao saberem que o filho apresenta alguma alteração na audição. As autoras destacam ainda que tais sentimentos passam por estágios de negação, resistência, afirmação e aceitação.

Para Stelling (2001), as famílias ouvintes com filho surdo passam pelas fases da descoberta da surdez: da repercussão, em que se agregam sentimentos de ansiedade, impotência, insuficiência, revolta e medo do desconhecido; até a adaptação à surdez, onde, segundo a autora, não há lugar para dúvidas e incertezas. Este processo implica em diferentes estágios, não ordenados, podendo se repetir ou estar combinados dependendo muito do momento que a família está passando.

Nos estágios iniciais, Hoffmeister (1996) salienta que os profissionais da audiologia tendem a ser a única fonte de informações para os pais. Normalmente esses profissionais apresentam, aos pais, duas posturas: a oralidade ou os benefícios da fala diante de diferentes visões, encorajando-os a preferirem a fala, a leitura labial e, especialmente, os implantes cocleares, visando que o filho tenha capacidades iguais às das pessoas ouvintes e negando a condição de surdo.

Para esses pesquisadores, as famílias oralistas vêem o surdo como um problema, como um ser em falta, como um deficiente (Tárcia, eu acho que aqui deve ficar o termo “deficiente” porque é assim que esses pais vêem seus filhos, no oralismo. O que você acha?). A oralidade, contudo, nem sempre pode ser desenvolvida quando a pessoa não ouve (Lora, 1984) e, mesmo quando satisfatoriamente desenvolvida, dificilmente o surdo conseguirá atingir a fluência e a compreensão lingüística do ouvinte. Para Souza e Góes (1999) a leitura labial permite a pessoa surda compreender aproximadamente 40 % do que foi dito.

Amiralian (1986) coloca que as expectativas dos pais oralistas de uma criança diferente estão, na maioria das vezes, no nível de realização de uma criança normal, e quaisquer realizações desta criança estão sempre aquém daquilo que é esperado. Por isso,

na maioria das vezes, a criança divergente apresenta uma auto-imagem negativa, e baixo nível de aspiração.

A incapacidade da criança se transforma nos focos das vivências e propósitos familiares. Assim, observa-se a ocorrência de mudanças dramáticas na vida familiar, tal como: a mãe pode apresentar um comportamento mais ansioso e tenso diante da criança.

Hoffmeister (1996) coloca que o marido e a mulher se comunicam menos entre si e a mãe assume as responsabilidades de visitar as clínicas e os programas de pais e filhos; eventualmente ela deixa de lado outros membros da família que se sentem desprezados.

Sobre esses aspectos, Lora (1984) coloca que os familiares que vêem a surdez como deficiência (Tárcia novamente aqui acho que deve ficar o termo deficiência) tendem a se desequilibrar emocionalmente e, por isso mesmo, passam a proteger excessivamente esse membro, ou então, a serem negligentes. Provavelmente, não conhecem até onde vai a capacidade ou as limitações da pessoa comprometida auditivamente. A família, na maior parte das vezes, sente-se confusa, insegura, sem saber como agir frente aos problemas causados pela perda auditiva de um filho, principalmente porque o aspecto ligado à comunicação, que no caso está ausente, é, invariavelmente, o fato de maior conflito.

Goldfeld (1997) enfatiza que somente aprender a falar por meio de um processo que leva anos é muito pouco em relação às reais necessidades de qualquer criança. Nesse sentido, a Comunicação Total, visando proporcionar melhores condições de desenvolvimento aos surdos, como uma filosofia educacional, baseia-se nos gestos. Ao contrário do oralismo, não acredita que o aprendizado da modalidade oral da língua majoritária assegure o pleno desenvolvimento da criança surda. Essa filosofia privilegia a

comunicação e a interação, defendendo a utilização de qualquer recurso lingüístico para facilitar a comunicação das pessoas surdas (Rocha, 2002).

Na Comunicação Total, é comum o uso conjunto de sinais provenientes da língua de sinais, linguagem oral e outros códigos manuais, como, o português sinalizado (Goldfeld, 1997).

No entanto, a Comunicação Total desrespeita a estrutura da língua de sinais, além de inviabilizar a apropriação da identidade e cultura surdas e de utilizar os sinais para tornar o surdo ouvinte. Então, prevalece ainda a noção de surdez como deficiência. (Pedroso, 2001).

Rocha (2002) esclarece que devido a essas dificuldades, com base na visão antropológica-social da surdez, derivou-se uma nova concepção para a educação dos surdos, decorrente dos avanços nos estudos sobre a língua de sinais. Essa visão antropológica-social se fortaleceu na última década com o reconhecimento da importância da língua de sinais para a comunidade surda denominada de Bilingüismo, contanto hoje, com a adesão da maioria das comunidades de surdos e de uma parte de educadores ouvintes (Skliar, 1997).

Dessa maneira, quando a família não visualiza bons resultados com a oralização, a escolarização e a Comunicação Total, sente-se atingida por um modelo que não deu certo. Constata-se, então, a necessidade de aceitação de um modelo de diferença, onde o filho vai buscar a sua própria identificação como pessoa surda nas comunidades surdas e, fundamentalmente, pelo contato e aquisição da língua de sinais, abrindo-se para o espaço intrigante do “MUNDO DOS SURDOS”. Nesse momento, a família toma consciência de

que precisa inverter os papéis, passando da mãe/professora de surdos à mãe/aluna de surdos (Stelling, 1999).

A insegurança dá lugar a uma certeza de que é estando ao lado dos surdos, buscando compreendê-los, observando-os, respeitando seus desejos e anseios, e não falando por eles, é que estariam aprendendo sobre a surdez. Quando a família ouvinte toma essa iniciativa, está pronta para submeter-se a uma série de mudanças de atitudes, normais para os surdos, mas difíceis de serem viabilizadas no “mundo ouvinte”.

Essa mudança dos pais acaba contagiando o resto da família e os amigos que os percebem vivendo melhor, mantendo uma relação muito mais verdadeira, tranqüila e confortável com os seus filhos surdos. Com uma comunicação efetiva e eficaz, realizada por meio de língua de sinais, pode-se conversar sobre tudo, fazer confidências, trocar idéias, rir e chorar juntos, enfim, estreitar os laços familiares apoiando e confiando uns nos outros, mantendo cumplicidade e tornando-se fortes e unidos nas horas adversas, às quais nenhuma família escapa, sendo ouvinte ou não.

A convivência com os surdos, no trabalho, no estudo, no lazer e em outros momentos sociais, é uma condição necessária para a família ouvinte com membro surdo que deseja melhorar a sua qualidade de vida.

Segundo Stelling (1999), do ponto de vista sócio-cultural, o modo com que a pessoa surda é tratada em casa e na escola vai determinar a imagem de si mesma. Se for tratada como incapaz e aculturada, sua auto-estima será baixa, e sua expectativa de vida será triste, desmotivada, distante da Comunidade Surda. Se tratada como capaz, como pessoa diferente, porém com potencialidades, possuidora de cultura com língua própria e singular, sua auto-estima poderá ser alta, e sua perspectiva de vida será boa em todos os aspectos.

Identifica-se como pessoa surda integrante de uma comunidade específica. Então, a raiz do problema não é mais a criança surda, mas, ao contrário, é a visão que a audiência tem dela, nesse caso os pais, como sugere Omote (1980).

É nesse sentido que Lima, Maia e Distler (1999) têm atuado no Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), buscando compreender as dificuldades e os problemas enfrentados pelas famílias de alunos surdos e procurando orientá-las, sensibilizá-las e instrumentalizá-las a fim de viabilizar relações mais satisfatórias e gratificantes entre os pais e os filhos. Por isso que documentos mundiais, como foi visto anteriormente, reforçam a importância da família no processo educacional de seu filho, estabelecendo a incumbência das instituições de ensino e de seus docentes se articularem com as famílias, visando integrá-las à escola, e auxiliarem a fortalecer os vínculos familiares.

Os dados de Santos (1999) vão de encontro mostrando que a escola e a família devem estabelecer uma relação de reciprocidade, onde a família participe mais diretamente do processo educacional de seus filhos, ajudando-os a aprender a aprender; e a escola divida, com a família, o seu conhecimento sobre a criança, respeitando o desejo desta e ajudando-a a se informar e a se desenvolver, simultaneamente.

Quando se trata de uma criança com necessidades educativas especiais, a Declaração de Salamanca (Brasil, 1994), reforça a participação dos pais no planejamento e tomadas de decisões nos serviços especializados, estabelecendo com eles, uma verdadeira parceria (profissional-família, no sentido de promover o fortalecimento desta última).

Tal posição é resultante da visão da família como “colaboradora” e participante ativa do processo educacional. O profissional é visto como elemento facilitador que compõe e promove a formação de uma rede de suporte social significativo para estas famílias.

A partir dessas dimensões vê-se uma mudança no papel das famílias que passa a atuar ativamente na tomada de decisões passando a participar do planejamento do atendimento oferecido a seus filhos (Williams, e Aiello, 2001). Com o tempo, a própria família será capaz de tomar suas próprias decisões, independentemente do profissional.

As mesmas autoras colocam sobre a importância do trabalho com famílias como medida de redução do estresse e ansiedade associado à constatação da diferença da criança. O novo sempre nos causa medo, porém é a partir do estudo, da aprendizagem e também compartilhando o conhecimento que este deixará de ser desconhecido e passará a fazer parte de nossas vidas.

O problema reside na incapacidade dos pais ouvintes conhecerem o seu filho surdo, empregando uma linguagem natural, sem artifícios especiais. Essa incapacidade dos pais fica mais crucial quando se sabe que ponto principal na educação de crianças surdas é a linguagem, ou seja, a capacidade humana para a linguagem e a importância da linguagem para a convivência social.

Silva (1998) pontua que não é o problema em si que leva a família a reagir de uma certa maneira, mas é a interpretação dada pela família ao problema que determina a natureza da reação. A herança cultural familiar influencia a reação e a interpretação das deficiências porque a deficiência é um fenômeno construído culturalmente e socialmente (Linan –Thompson & Jean, 1997). Assim, as famílias, por conta da diversidade cultural, podem ter perspectivas diferentes sobre o significado da surdez. E, conseqüentemente, a deficiência deve sempre ser considerada dentro de um contexto cultural, onde cada família define o que considera relevante e “normal”.

Da mesma forma que a noção de deficiência é determinada pela sociedade, a etiologia ou a causa de uma deficiência, pode ser decorrente tanto de uma lesão orgânica ou um “fato biológico” (o que pode implicar, no caso deste estudo, que é a surdez, em alguma lesão na estrutura neurológica ou na anatomia do ouvido), quanto do reflexo das referências culturais da família. Essas visões alternativas podem, facilmente, afetar o processo de avaliação, planejamento educacional, objetivos de vida e tentativas de relacionamento e de colaboração dos profissionais.

Hoffmeister (1996) afirma que as respostas dos familiares ao nascimento de uma criança surda dependem da condição dos pais serem surdos ou ouvintes.

Segundo esse autor, nos países como os Estados Unidos, pais surdos recebem bem o nascimento de uma criança surda, condição que abrange, aproximadamente, 5 % das famílias de surdos. Em geral, esses pais preferem ter filhos surdos a ouvintes, pois o nascimento de um bebê surdo representaria a continuidade da herança genética da família.

Já os pais ouvintes, que segundo Behares (1996) representam cerca de 95 % das famílias com filhos surdos, percebem o nascimento dessa criança como um castigo ou uma situação de profunda tristeza (Hoffmeister, 1996).

No Bilingüismo, o surdo é considerado como membro de uma comunidade comunitária, usuário de uma língua própria, a língua de sinais, e com capacidade e potencialidade iguais a qualquer indivíduo ouvinte, isto é, deixa de ser visto a partir de uma patologia (Harrison, Lodi e Moura, 1997).

Nesta concepção antropológica-social, os surdos vêem sua cultura de maneira positiva, colaborando para as suas vidas. Essa idéia é transmitida aos pais ouvintes pelos

seus próprios filhos surdos. Os surdos se vêem como grupo cultural de pessoas que têm acesso ao mundo pela “visão”, perspectiva que se opõe à idéia de “surdez” como um ser incompleto, como uma deficiência. Esta perspectiva tem favorecido o sucesso dos surdos e auxiliado a determinar o que é importante para as suas vidas. Por exemplo, uma língua baseada na visão, a Língua de Sinais naturalmente desenvolvida na comunidade, como a essência do “mundo dos surdos” (Hoffmeister, 1996). Cada comunidade de surdos no mundo desenvolveu uma Língua de Sinais, e isso aconteceu a partir de uma força e não de uma fraqueza (Skliar, 1999). A LIBRAS, como primeira língua em casa e na escola, acarreta enormes benefícios, favorecendo a identificação sólida com o seu grupo e o respeito aos seus aspectos psicossociais, culturais e lingüísticos (Dias, Rocha, Pedroso & Caporali, 2001). Os pais ouvintes descobrem que o surdo é “normal” no ambiente da língua de sinais.

Entretanto, em nosso país ainda são poucos os serviços educacionais disponíveis dentro da proposta bilíngüe, pois é difícil organizar grupos de surdos e ouvintes com domínio da LIBRAS (Dias, Rocha, Pedroso e Caporali, 2001b). Isso acontece porque, de um lado, reluta-se em aceitar a língua de sinais como primeira língua dos surdos e não se compreende a necessidade do uso dessa língua nos trabalhos com as pessoas surdas. Por outro lado, o bilingüismo começou a ser estudado recentemente, a partir da década de 80. É uma abordagem recente contando com, relativamente, pouca divulgação da língua de sinais, tanto para os ouvintes quanto para a própria comunidade surda (Rocha, 2002).

Rocha (2002) mostra em seu trabalho que os familiares se perceberam mais tolerantes com seus filhos e estes, por sua vez, pareciam mais calmos; com o uso de sinais. Nesse sentido, observa-se que o uso dos sinais traz mudanças tanto na dinâmica familiar

quanto no próprio comportamento do surdo, provavelmente pela quebra do bloqueio de comunicação entre os surdos e seus familiares.

Fundamentando-se nesses relatos de familiares e em um contato semanal com grupos de apoio a famílias de surdos, levantou-se a hipótese de que a concepção oralista sobre a diferença pode levar a um descrédito social intenso em relação aos surdos e, conseqüentemente, gerar um alto nível de ansiedade das mães quanto às expectativas futuras de seus filhos. A postura bilíngüe, ao contrário, que envolve uma percepção do surdo como um grupo social diferente, provavelmente favoreceria aos familiares virem seus filhos como alguém que “não está em falta”, que “não está incompleto”, e, devido a isso, minimizaria o descrédito social. Sob essa ótica, a concepção bilíngüe resultaria em maior confiança dos pais nas possibilidades de seus filhos, possibilitando a pressuposição de que as mães com filhos surdos educados dentro do bilingüismo apresentariam um menor nível de ansiedade, quando comparadas às mães com concepção oralista.

Nesse sentido, devido a essas diferentes maneiras de se lidar com a surdez e com os seus efeitos sobre os surdos e suas famílias, pretendeu-se responder a seguinte questão: as mães que freqüentam serviços bilíngües são menos ansiosas que as mães que freqüentam serviços oralistas?

3. Ansiedade

Etimologicamente, a palavra ansiedade deriva do termo grego “anshein” (cujo equivalente em latim é “anxietas”), que significa estrangular, sufocar, oprimir. Estes vocábulos referem-se, metaforicamente, às experiências subjetivas características da ansiedade (Graeff, 1993a).

Apesar da aparente semelhança entre os estados emocionais (estresse, ansiedade, medo e angústia) existem diferenças importantes entre eles. Dessa forma, para que o leitor possa se situar melhor neste estudo será realizada uma breve revisão desses estados emocionais.

O termo estresse foi utilizado pela primeira vez em 1926 por Hans Selye, como sendo um desgaste geral do organismo, causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se vê forçado a enfrentar uma situação que, de um modo ou de outro, o irrite, amedronte, excite, confunda ou mesmo o faça intensamente feliz (Selye, 1965, Dyce, 1973, Lipp e Malagris, 1990).

Qualquer situação que desperte uma emoção forte, seja ela boa ou má, que exija mudança e conseqüente adaptação é um estressor, ou seja, uma fonte desencadeadora de estresse (Lipp, 1990). Sendo assim, convém utilizar o termo estressor para designar o agente estimulante ou a situação que está desencadeando a excitação do organismo, e a expressão estresse para identificar o processo psicofisiológico em que ele se encontra e reação de estresse para definir o comportamento que o organismo manifesta, decorrente do processo desenvolvido (Vasconcellos, 1992).

O estresse pode se originar de fontes externas ou internas. As externas são aquelas representadas pelo que acontece na vida ou pelas pessoas com as quais se lida, e as internas, aquelas que se referem a como se pensa, as crenças e valores que se têm e como se interpreta o mundo ao nosso redor. Elas são intimamente relacionadas ao nosso tipo de personalidade e ao modo como reagimos à vida. Pesquisas indicam que as pessoas mais resistentes ao estresse são aquelas que têm um conjunto de atitudes específicas quanto à vida, tais como abertura e tolerância às mudanças, tendência de estar sempre muito

envolvido com o que faz e um sentimento quanto ao controle sobre os acontecimentos (Lipp, 1990).

De uma maneira científica existe uma grande dificuldade em se definir estresse. A dúvida é com relação a se determinar o grupo de estresse: o que apresenta alterações hormonais, aqueles com sintomas psicológicos ou aqueles com ambos? (Marbach, 1992).

O estresse poderia ser dividido em três fases: primeira fase chamada de reação de alarme; segunda fase, reação de resistência; e a terceira fase, fase de exaustão (Selye, 1965; Lipp e col, 1991; Vasconcellos, 1992, Zarb, 2000). Inicialmente seria chamada de adaptação a fase em que o organismo reage frente ao agente agressor, ainda que com uma descarga mais intensa de hormônios, porém sendo considerada como um comportamento adaptativo natural em qualquer organismo vivo. Chama-se de “eustress” esta reação saudável de estresse, visto que após esta fase de excitação, o organismo retorna a sua homeostase. Homeostase foi definido pelo fisiologista Bernard, em 1880, e por Cannon (1929), citado por Selye (1965), como sendo a capacidade do organismo em manter a estabilidade em todos os aspectos. Porém, perdurado esse estado de alerta por um certo tempo, e incapacitado de voltar a fase refratária de repouso e reposição de energias, o organismo resolve se adaptar de uma forma mais adequada à situação de estresse a que está sendo submetido. Para tanto, ele altera seus índices normais de atividade orgânica e concentra o processo de reação interna num determinado órgão, sendo essa a segunda fase, denominada de “distress”, visto que as conseqüências dessa estratégia de adaptação tornam-se trágicas para o próprio organismo. Exausto pela atividade excessiva e tendo gasto assim, prematuramente, toda a sua energia, o órgão entra em colapso, desenvolvendo uma patologia e caracterizando a terceira fase.

Quando o estresse - por sua intensidade ou duração – ultrapassa as capacidades homeostáticas do organismo, ocorre a ruptura na adaptação do mesmo, o que conduziria a doença. Dessa forma, a ansiedade é considerada como componente psicológico da reação ao estresse.

Estresse e ansiedade estão intimamente relacionados. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, ansiedade é o receio sem objeto ou relação com qualquer contexto de perigo, e que se prende, na realidade, a causa psicológica inconsciente. Já o estresse, do inglês stress, é o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa, e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase (Ferreira, 1988). A ansiedade também pode ser definida como uma sensação difusa e desagradável de apreensão e inquietação, acompanhada por sintomas corporais como taquicardia, sudorese, tonturas, náuseas, cólicas, cefaléias, parestesias, tensão muscular, tremores, dispnéia e taquipnéia. É um sinal de alerta que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita que sejam tomadas medidas para lidar com a ameaça, sendo um fator de preservação da vida. Neste sentido, pode ser uma resposta normal ou patológica, dependendo de sua intensidade e duração.

Existe também a distinção entre medo e ansiedade que têm suas raízes nas reações de defesa dos animais, verificadas em resposta aos perigos comumente encontrados no meio ambiente em que vivem. Em circunstâncias onde o perigo é apenas potencial, havendo, portanto um componente de incerteza, ocorreria a ansiedade (Graeff, 1993; 1999). No ser humano, os fatores cognitivos adquirem importância muito maior devido a intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não. Desse modo, as causas mais comuns de ansiedade do ser humano deixam de ser ameaças concretas, para se

situarem em plano mais abstrato e complexo, onde predominam fatores sócio-culturais (Jacob, 1992; Graeff, 1993; Hathaway, 1995; Graeff, 1999).

Segundo Pichot (1985) tanto a ansiedade quanto o medo são estados emocionais desagradáveis que em geral consistem de três condições essenciais: sentimento ou sensação de perigo iminente; atitude de expectativa em relação a esse perigo; e sentimento de desorganização, com sensação de desamparo diante do perigo. Porém, o que diferencia um estado emocional do outro é a existência de um objeto. No medo existiria objeto e situação que indubitavelmente ameaçariam o indivíduo, em contraposição à ansiedade, onde faltaria esse objeto ou situação.

Graeff (1993a) ainda coloca que a ansiedade pode se manifestar de modo constante ou em crises abruptas. As crises abruptas podem estar relacionadas a alguma situação específica ou ocorrem de modo espontâneo. Frequentemente associa-se ansiedade ao medo. Uma possível distinção entre os dois estados seria que a ansiedade teria causas intrapsíquicas difíceis de especificar e o medo seria provocado por estímulo ou situação bem definidos.

O estresse promovendo a ansiedade, o medo e as alterações hormonais são condições que levam a intensas alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão sanguínea arterial e aumento da irrigação dos músculos esqueléticos, enquanto diminui o fluxo sanguíneo e visceral. Há ainda aumento da ventilação pulmonar, determinado por movimentos respiratórios mais amplos e rápidos. Alterações cardiovasculares, dilatação pupilar e diminuição da motilidade intestinal são decorrentes da ativação do sistema nervoso simpático (SNS), enquanto que defecação e micção são provocadas pela ação do sistema parassimpático. As alterações neurovegetativas que

acompanham o medo e a ansiedade não são importantes apenas do ponto de vista fisiológico e comportamental. A percepção das respostas autonômicas exageradas, verificadas em pessoas particularmente suscetíveis, ou as manifestações neurovegetativas, que ocorrem fora do contexto ambiental que determina a descarga comportamental apropriada, podem gerar disfunções em órgãos e sistemas periféricos, resultando nas doenças psicossomáticas, tais como, hipertensão arterial, isquemia do miocárdio, úlcera gastrointestinal, asma brônquica e colite ulcerativa, entre outras (Lipp e cols, 1991).

Selye (1982), citado em Ferrini (2000) acrescentam ainda que o estresse crônico ou contínuo, também pode desencadear doenças como, miopatia muscular (fraqueza) amenorréia (supressão da menstruação), ausência de ovulação nas mulheres, impotência nos homens, perda de libido em ambos, asma, bronquite e outros problemas respiratórios. Além disso, a perda de insulina durante a resposta de estresse pode contribuir para o início de diabetes. E ainda, provoca descalcificação dos ossos, osteoporose e suscetibilidade à fraturas. Além disso, o estresse está relacionado com dores de cabeça, tensão muscular, fadiga e artrite. Durante o estado de estresse, a liberação e a depleção de norepinefrina pode contribuir para uma forte depressão. E atualmente tem-se pesquisado também a relação entre estresse crônico e envelhecimento.

Lipp e Malagris (1991) e Goldberg e cols (1996) ainda com relação aos sintomas da ansiedade, abordam que entre os sintomas de origem somática figuram dor de cabeça e dor lombar, causadas pelo aumento da tensão muscular, palpitação, devido aos movimentos mais rigorosos e rápidos do coração; sudorese emocional, principalmente nas mãos; sensação de bolo na garganta, devido a maior tensão de músculos no pescoço; náusea e vazio no estômago além de falta de ar e tontura, estas últimas conseqüentes à

hiperventilação. Entre os sintomas psicológicos constam hipervigilância, com dificuldade de concentração e conciliação do sono, bem como sentimentos de apreensão e antecipação de infortúnios.

Nutt (1990) também mostra que a ansiedade se caracteriza por manifestações psíquicas (subjetivas) e físicas (objetivas). As manifestações psíquicas são difíceis de descrever e variam de pessoa para pessoa. Suas manifestações incluem mudança do humor (apreensão, medo), distorções cognitivas (pensamentos trágicos), alterações fisiológicas (palpitações, sudorese) e comportamentais (hipervigilância). Os sintomas somáticos mais comuns na ansiedade são: sudorese, temor, taquicardia, aumento da pressão arterial, dificuldade respiratória, opressão torácica, vertigens, diarreia, náuseas, rubor ou palidez, extremidades frias, sensação de flutuação. Estes sintomas estão relacionados com a atividade autonômica (Scivoletto, 1985).

Frequência cardíaca, pressão arterial, tensão da musculatura estriada e a condutância elétrica da pele representam algumas das medidas mais utilizadas para aferir o grau de ansiedade. Entretanto, o valor de tais medidas é relativo, uma vez que se encontram igualmente alteradas em uma série de condições diferentes da ansiedade (Lipp e Malagris, 1991).

O limite entre o que se domina ansiedade normal e patológica é muitas vezes difícil de estabelecer. Certo grau de ansiedade é necessário para motivar um bom desempenho em tarefas cognitivas. Porém, a ansiedade exagerada pode ser inadequada, perturbando acentuadamente o desempenho, caracterizando a ansiedade patológica. Esta é frequentemente conseqüente a outras doenças, sejam de natureza psiquiátrica ou não.

Por isso, é comum aparecer junto com a queixa de ansiedade a queixa de angústia. A distinção entre as duas é feita por alguns autores, porém não há consenso a respeito do assunto. A literatura psiquiátrica latina freqüentemente se refere à ansiedade como manifestação psíquica e à angústia como sentimento acompanhado de manifestações somáticas (opressão pré-cordial – dificuldade de respirar, dificuldade na região do coração e inquietação – aflito, apreensivo, agitado) Os anglo-saxões não fazem tal distinção (Andrade, Lotufo-Neto, Gentil, Maciel, e Shavitt; 1994).

A depressão é o distúrbio afetivo mais comum caracterizada por uma gama de sintomas que podem incluir sentimentos de tristeza, autodepreciação, abandono, culpa, desespero, idéias de suicídio, apatia, incapacidade de sentir prazer e perda de interesse pela vida de uma maneira geral. Além desses sintomas, o quadro é geralmente acompanhado de alterações físicas como distúrbios do sono, apetite, função sexual, perda ou ganho de peso, retardo ou agitação psicomotora. É freqüente a ocorrência de outros sintomas físicos como a constipação, indigestão, boca seca, palpitações, tremor, sudorese, dificuldade de concentração, urgência miccional, dificuldades respiratórias e dor (Graeff, 1993). Dessa forma, a depressão pode causar alterações nos aspectos cognitivos, comportamentais e físicos (Beck, Kaul e Weaver II, 1979).

Essa breve revisão entre estresse, ansiedade, medo e angústia foi realizada para que o leitor pudesse se situar melhor neste estudo, mas, à partir de agora iremos nos deter apenas a ansiedade, por ser este o foco deste estudo.

A ansiedade é o sentimento que acompanha um sentido geral de perigo, ela nos adverte de que há algo a ser temido no futuro. Ao mesmo tempo alimenta o planejamento de ações, buscando saídas, alternativas e ensaiando ações de enfrentamento ou fuga do

perigo (Hoehn-Saric, 1998). Sua avaliação depende de sua proporcionalidade ao perigo que é apresentado e também em que grau provoca a paralisação da pessoa frente ao perigo. Ansiedade é um sentimento humano normal, imprescindível para a vida cotidiana. Uma certa ansiedade é útil, pois, permite à pessoa levar adiante seus projetos e anseios, impulsionando-a para frente. É considerada, porém, como uma doença quando sua intensidade começa a prejudicar o desempenho da pessoa em suas atividades.

A ansiedade alerta o indivíduo para situações potencialmente danosas como de possível punição ou privação de necessidades particulares, de separação de entes queridos, e ameaça à unidade ou integridade pessoais etc. Desta forma, ela estimula o organismo a tomar as medidas necessárias para impedir a ameaça ou pelo menos diminuir suas conseqüências. Uma vez que diante de certas situações ameaçadoras é claramente vantajoso ter ansiedade, pode-se falar, distintamente, de uma ansiedade normal e outra patológica (Graeff, 1993a).

A tensão oriunda do estado de ansiedade pode gerar comportamento agressivo, sem com isso se tratar de uma ansiedade patológica. A ansiedade é um comportamento normal de crescimento, de mudança, de experiência de algo novo e nunca tentado, e de encontro da nossa própria identidade e do significado da vida. A ansiedade patológica, por outro lado, caracteriza-se pela excessiva intensidade e prolongada duração, desproporcionais à situação precipitante. Ao invés de contribuir com o enfrentamento do objeto de origem da ansiedade, a manifestação atrapalha, dificulta ou impossibilita a adaptação. Quando a ansiedade passa a ser considerada patológica, ou seja, quando existe reação exagerada e irracional a estímulo identificável, que prejudica o desempenho habitual da pessoa, existe um transtorno de ansiedade.

Quando o indivíduo é habitualmente ansioso, pode se considerar a ansiedade um traço de sua personalidade. Em contrapartida, denomina-se ansiedade-traço, a exacerbação transitória da ansiedade, associada a algum evento estressante e que remite uma vez removido o estímulo.

Em Costa e Biaggio (1998) Spielberger (1972) afirma que a ansiedade-estado denota um estado emocional transitório ou condição caracterizada por sentimentos de tensão, apreensão e um pico na atividade do sistema nervoso autônomo que provoca descargas fisiológicas como: palpitação no coração, distúrbios na respiração, inquietação e suor. A ansiedade-traço refere-se às diferenças individuais de predisposição à ansiedade, ou seja, diferentes disposições, para perceber com bastante alcance os eventos como sendo perigosos ou ameaçadores e a tendência para responder a cada ameaça com alterações na ansiedade-estado.

Biaggio e Natalício (1979) abordam que o traço de ansiedade (A-traço) refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferenças nas tendências de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Como um conceito psicológico, traço de ansiedade têm as características de uma classe de construtos que Atkinson (1964) chama “motivos” e que Campbell (1963) se refere como “disposições comportamentais adquiridas”. Motivos são definidos por Atkinson (1964) como disposições que permanecem latentes até que uma situação as ative. Disposições comportamentais adquiridas, de acordo com Campbell (1963) envolvem resíduos de experiências passadas que predispõem um indivíduo tanto a ver o mundo de determinada forma quanto a manifestar reações objetivas e realísticas.

O traço de ansiedade está relacionado com o estado de ansiedade, mas enquanto o traço é mais estável, mais crônico, o estado é momentâneo. Assim, uma pessoa que tem um traço baixo de ansiedade pode ficar em um estado de alta ansiedade. Da mesma forma, uma pessoa com alto traço de ansiedade pode se manter calma diante de uma situação difícil (Costa e Biaggio, 1998).

Esta mesma autora relata que, embora o traço de ansiedade seja mais estável e constante do que o estado de ansiedade, ele também pode ser modificado. Mesmo que o indivíduo tenha uma tendência a ficar ansioso na maior parte das situações, tentar manter o estado de ansiedade sob controle acaba diminuindo o seu traço de ansiedade também, porque esses dois aspectos são correlacionados, embora distintos.

Ela ainda coloca que as pessoas desenvolvem ansiedade, em parte porque sua constituição genética pode predispô-las a isso, e em parte porque o ambiente em que foram criadas facilitou essa aprendizagem de ansiedade.

Atualmente, dois sistemas de classificação estão em uso: a décima revisão da *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10, World Health Organization, 1992), da Organização Mundial da Saúde, e o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) da Associação Psiquiátrica Americana. Apesar da aparente semelhança, existem diferenças importantes nos respectivos capítulos sobre os transtornos de ansiedade. A tabela 1 mostra as principais categorias diagnósticas dos quadros de ansiedade dessas classificações.

No CID-10 não existe, como no DSM-IV, capítulos específicos para os transtornos de ansiedade. Estes quadros (F40 e F41) fazem parte do bloco F40-F48 – “Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatomorfos”, juntamente com transtorno obsessivo-compulsivo (F42), reações ao estresse grave e transtornos de ajustamento (F43),

transtornos dissociativos (F44), transtornos somatomorfos (F45) e outros transtornos neuróticos (F-48).

Tabela 1: Classificação dos transtornos de ansiedade primários segundo o DSM-IV e a CID-10

DSM-IV	CID-10
Transtorno do Pânico Sem agorafobia Com agorafobia	Transtorno do Pânico (Ansiedade paroxística episódica)
Agorafobia sem transtorno do pânico	Agorafobia Com Transtorno do Pânico Sem Transtorno do Pânico
Fobias específicas (simples)	Fobias específicas (isoladas)
Fobia social	Fobia social
Transtorno obsessivo-compulsivo	
Transtorno de estresse pós-traumático	
Transtorno de estresse agudo	
Transtorno de ansiedade generalizada	Transtorno de ansiedade generalizada
	Transtorno misto de ansiedade e depressão
Transtorno de ansiedade SOE (sem outra especificação)	Transtorno de ansiedade SOE (sem outra especificação)

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é classificado entre os transtornos de ansiedade no DSM-IV e como categoria independente na CID-10.

Como neste estudo nos interessa especificamente o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), faremos a seguir uma breve revisão.

O TAG, segundo a DSM-IV, caracteriza-se por preocupação e ansiedade exageradas, relacionadas a eventos ou atividades, que ocorrem, na maioria das vezes, por pelo menos seis meses. Sua intensidade, duração e frequência são desproporcionais e exageradas, e o indivíduo acha difícil evitar que os pensamentos aflitivos interfiram no desempenho de sua rotina, não conseguindo deixar de se preocupar. A ansiedade e preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação, ou sensação de “estar no limite”; fadigabilidade fácil; dificuldade para se concentrar, relaxar ou ficar parado; tensão muscular com dores de cabeça por causa da contração dos músculos da nuca; e perturbação do sono (dificuldade para conciliar o sono ou para permanecer dormindo; sono agitado ou insatisfatório). Alguns sintomas associados são: tremores; sudorese, taquicardia, tonturas, boca seca; desconforto abdominal, micção frequente, entre outros. A apreensão irrealista é o aspecto mental da ansiedade generalizada.

O diagnóstico não procede se a ansiedade for sintoma de outro transtorno de ansiedade ou de outra doença. Além disso, a ansiedade, a preocupação e os sintomas físicos devem provocar desconforto significativo ou prejuízo no funcionamento social e ocupacional. Finalmente, o quadro não pode ser a consequência direta de efeitos fisiológicos de drogas ou medicamentos, nem de doença clínica ou psiquiátrica.

Algumas pessoas preferem afirmar que estão doentes a reconhecer que um determinado acontecimento está lhe causando ansiedade, outras preferem supervalorizar acontecimentos corriqueiros para se justificarem e encobrirem o real transtorno de ansiedade.

As pessoas que sofrem com este problema estão frequentemente temerosas do futuro, aguardam pelo pior a todo o momento: qualquer pequeno atraso, um telefonema

fora de hora ou um telegrama são vistos como a notícia de uma tragédia ocorrida com uma pessoa querida. Além de se preocuparem de maneira irreal com os outros, preocupam-se consigo mesmo, também acreditando que podem vir a sofrer de uma grave doença a qualquer momento. A diferença da ansiedade generalizada para a hipocondria é que o hipocondríaco acredita já estar sofrendo de uma grave doença que os médicos desconhecem, enquanto que para o ansioso isto é um fato que pode vir a acontecer, não tendo ainda se consumado.

As mulheres apresentam mais freqüentemente os sintomas do TAG, mas ainda não se pode afirmar seguramente qual parcela da população é mais suscetível a esse problema. Não foi possível, até a última classificação internacional de doenças, se chegar a um consenso a respeito dos sintomas desse transtorno que permanece amplo e pouco preciso (Barlow & Wincze, 1998).

Os tranqüilizantes benzodiazepínicos são as medicações de primeira escolha para esses casos, mas muitos pacientes se beneficiam também com os antidepressivos tricíclicos e com a buspirona (Kahn, McNair, Lipman, Covil, Rickels, Downing, Fisher e Franskenthaler, 1986; Charney & Woods, 1989; Rickels, Dwning, Sheizer, e Hassman, 1993).

A abordagem psicoterápica também pode ser utilizada neste transtorno de ansiedade, com o objetivo de auxiliar a desenvolver habilidades e capacidades para enfrentar e lidar melhor com os estressores da vida. Não se cura a ansiedade, mas aprende-se a lidar com ela, antecipando os problemas e se preparando para enfrentá-los, praticando soluções. A literatura tem mostrado que as estratégias comportamentais e cognitivas são as abordagens mais utilizadas para tratar transtorno de ansiedade. Dentre as técnicas

comportamentais são mencionadas o biofeedback, o treino em relaxamento e os exercícios aeróbicos. Com relação as técnicas cognitivas, a ênfase recai sobre a alteração do sistema de crenças da pessoa, reavaliação das situações, entre outros aspectos (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

Para se estudar as bases neurobiológicas da ansiedade utiliza-se amplamente modelos de ansiedade animal, pois permitem uma melhor manipulação das funções cerebrais e dos neurotransmissores. Sob uma perspectiva evolutiva, considera-se que a ansiedade humana dependa do mesmo substrato neurobiológico das reações de defesa que os animais exibem em resposta a estímulos ou situações de perigo (Graeff, 1990; Panksepp, 1990).

Existem diversos tipos de testes para detecção dos modelos de ansiedade animal, tais como: 1. Testes de conflito, 2. Labirinto em cruz elevado, 3. Potencialização das respostas de sobressalto e 4. Estimulação elétrica de regiões cerebrais aversivas (Martin, 1998 e Graeff, 1999).

Um meio termo entre os estudos com animais e os procedimentos com pacientes que apresentam transtornos de ansiedade estão as investigações que empregam modelos de ansiedade humana experimental. Entretanto, os estudos que usam modelos de ansiedade humana experimental não estão tão bem validados quanto aos que empregam modelos animais, principalmente por conta de sua maior complexidade, alto custo, dificuldade para conseguir voluntários, e principalmente pelas limitações de ordem ética. Os argumentos, a favor de tais estudos, afirmam que estes modelos representam uma ponte útil entre os modelos animais e os ensaios clínicos, realizados em pacientes com transtornos de ansiedade.

Os principais modelos de ansiedade humana experimental são:

1. Condicionamento de respostas de condutância da pele por meio de estímulos sonoros (CRCP): o condicionamento clássico explica como estímulos inicialmente inócuos são capazes de provocar reações antecipadas de medo, após o seu pareamento com estímulo aversivo. Dentre as respostas autonômicas desencadeadas por essas reações está o aumento das atividades das glândulas sudoríparas das mãos, detectado pelo aumento da condutância elétrica da pele.

O CRCP foi desenvolvido por Vila R Beech (1977) para estudar a influência do período do ciclo menstrual sobre o condicionamento e extinção das respostas de condutância elétrica da pele por estímulos luminosos. Neste estudo, o estímulo neutro era uma luz azul que acendia 10 vezes em intervalos variáveis. Após o pareamento com estímulo aversivo incondicionado (ruído branco), a luz azul tornava-se estímulo condicionado. Uma década depois, Wang (1986) empregou método similar para investigar os efeitos da abstinência alcoólica. Posteriormente; Guimarães, Hellewel, Hensman, Wang, e Deakin (1991) fizeram algumas adaptações no procedimento e passaram a empregá-lo como modelo psicofisiológico de ansiedade.

Para verificar se o aumento das respostas de condutância da pele, observado após o pareamento de estímulo neutro com ruído branco, envolve processo associativo (condicionamento) e não apenas sensibilização, foram comparados dois grupos de 10 sujeitos sadios (Guimarães e cols., 1991). O primeiro foi submetido ao experimento padronizado: registro das medidas de condutância da pele durante a apresentação de 10 tons neutros, do 11º tom imediatamente seguido pelo ruído branco de intensidade aversiva e de

nove séries de 10 tons, iguais ao primeiro. O outro grupo foi submetido à mesma seqüência de estímulos, exceto pela supressão da apresentação do tom 11. Desse modo, não houve relação temporal entre o estímulo neutro e o ruído branco. Os resultados mostraram claramente que o pareamento tom-ruído causou aumento estatisticamente maior das respostas de condutância da pele aos tons subseqüentes do que somente a apresentação do ruído branco, sugerindo o desenvolvimento de processo associativo após o pareamento. Já o nível de condutância da pele parece ser mais influenciado por efeitos inespecíficos de sensibilização, embora provavelmente também reflita mudanças devidas ao condicionamento (Guimarães e cols., 1991).

1. Teste de simulação de falar em público (SFP): foi desenvolvido e descrito por McNair, Frankenthaler, Czerlinsky, White, Sasson, e Fisher (1982) e posteriormente modificado por Guimarães, Zuardi e Graeff, (1987). Consiste basicamente, na realização de um discurso em frente a uma videocâmera, e o discurso é gravado em videotape. O medo de falar em público é de alta prevalência entre estudantes (Geer, 1965). Tem sido mostrado que o SFP provoca ansiedade em todos os voluntários (Palma, Guimarães, e Zuardi; 1994), sugerindo ansiedade do tipo incondicionada (Deakin e Graeff, 1991; Deakin, Guimarães e Graeff; 1992, 1994). Há ainda, a proposição que o relato clínico do tipo de ansiedade desencadeado pelo SFP seja o transtorno de pânico⁴ (Deakin e Graeff, 1991).

⁴ Transtorno de Pânico (Também chamado de ansiedade paroxística episódica) é caracterizado pelos ataques recorrentes de ansiedade intensa em circunstâncias imprevisíveis. Além da ansiedade intensa (pânico) a pessoa tem a sensação de morte iminente, de perda de controle de si própria ou de ficar “louco”. Essa ansiedade é acompanhada dos seguintes sintomas somáticos: palpitações, dor no peito, tontura, falta de ar, vertigens, sudorese excessiva, sensação de estar “aéreo”, sensação de desmaio, formigamentos no corpo, ondas de calor e frio, náuseas e outros. Em geral, duram alguns minutos, raramente mais que uma hora. Como os ataques de pânico são imprevisíveis a pessoa desenvolve o medo de ter novos ataques, passando a tomar medidas “preventivas” para evitar lugares ou situações que supõe, poder desencadear novas crises. Desenvolvem fobias que são denominadas de agorafobia, passa muitas vezes a ter uma vida restrita, sendo incapaz de ficar sozinha ou de ir a lugares públicos. Muitas vezes tem uma ansiedade persistente, antecipatória. O TP atinge cerca de 1 a 2 % da população, em geral inicia-se na adolescência ou no adulto

2. Testes provocativos: estes testes consistem na administração, em condições controladas, de agente cujas propriedades farmacológicas são conhecidas, com o intuito de elucidar o substrato neurobiológico envolvido numa doença ou comportamento. O transtorno do pânico foi mais extensivamente estudado por esta abordagem.

Nos últimos anos ocorreu progresso significativo no conhecimento das estruturas e sistemas neuroanatômicos relacionados com o estado de ansiedade. De uma perspectiva evolutiva, as bases neurais dos estados de ansiedade teriam relação com os mecanismos reguladores do comportamento de defesa dos animais diante de estímulos ameaçadores ou em situações de perigo. Por isso, os estudos com animais, utilizando lesão/estimulação elétrica ou química de regiões aversivas de sistema nervoso central, contribuíram de forma decisiva para a identificação de algumas estruturas e sistemas neurais envolvidos na ansiedade.

Cabe ressaltar que a ansiedade é um tipo de emoção, portanto não surpreende o fato das estruturas cerebrais envolvidas na ansiedade pertencerem ao sistema límbico.

Na tentativa de ordenar os dados disponíveis sob bases neuroanatômicas dos comportamentos de defesa, foram feitas as seguintes proposições teóricas:

1. Sistema de inibição Comportamental (SIC): segundo a hipótese de Gray (1982, 1987) o principal componente do SIC seria o sistema septo-

jovem, sendo mais freqüente nas mulheres. Suas causas são desconhecidas, no entanto há fatores predisponentes e fatores desencadeantes da doença. A hereditariedade parece ter um peso para desencadear esta doença. O TP pode ser desencadeado por fatores emocionais que levem a estresse, por drogas (maconha, cocaína, etc) e por doenças físicas. Na maioria das vezes, ocorre independentemente de fatores externos. Muitos indivíduos que desenvolvem TP apresentam ansiedade, insegurança, tensão, dificuldade para relaxar, preocupação excessiva, mesmo antes de ter as crises. Essas características de personalidade parecem torná-los mais vulneráveis à doença. Há a necessidade da integração entre as abordagens farmacológica e psicoterápica no tratamento do paciente.

hipocampal. A ativação do SIC geraria ansiedade, e seria causada por alguns estímulos ambientais específicos, tais como: 1. Sinais condicionados de punição, ou seja, estímulos neutros que se tornam prenunciadores de eventos aversivos depois de terem sido pareados, de acordo com os princípios do condicionamento clássico; 2. Sinais condicionados de frustração, pareados de forma semelhante com omissão de resposta esperada; 3. Estímulos ou situações que o animal não conhecia e 4. Sinais de estímulos aversivos inatos. O resultado da ativação do SIC resultaria: 1. Inibição do comportamento motor; 2. Exacerbação da análise sensorial do ambiente, 3. Preparo para ação física motora. A atividade do SIC é reduzida pelas drogas ansiolíticas.

2. Sistema Cerebral Aversivo (SCA): Os principais componentes de um sistema cerebral aversivo são: matéria cinzenta periaquedutal (MCP), hipotálamo medial e a amígdala, organizado longitudinalmente, responsável pela elaboração das manifestações psicológicas e fisiológicas de estados motivacionais negativos (Graeff, 1981; 1984). Muitas vias permitem que as citadas estruturas acessem, direta ou indiretamente, as informações sensoriais do ambiente externo ou interno, bem como acionem centros ou sistemas cerebrais responsáveis pelas respostas motoras, autonômicas e endócrinas para o comportamento defensivo. Além disso, os componentes do SIC se comunicam com outras áreas do sistema límbico envolvidas na regulação das emoções, inclusive as pertencentes ao SIC.

Outro modo de avaliar o comportamento dos animais em respostas a estímulos ameaçadores é através dos níveis de defesa que foi desenvolvido com base na análise

experimental do comportamento do rato. O primeiro nível de defesa é o determinado por situações potencialmente perigosas porque são novas, por exemplo, uma mudança na iluminação, ou porque o animal já tenha se defrontado anteriormente com um perigo real no mesmo ambiente. Nestes casos, o rato exhibe um comportamento exploratório cauteloso, denominado comportamento de avaliação de risco. Parece haver superposição desse conceito com o conceito de SIC.

O segundo nível de defesa é o de imobilidade tensa, “congelamento” que ocorre quando os sinais de perigo tornam-se explícitos, mas ainda estão distantes, e o animal não tem como se esconder ou escapar da situação. Este comportamento se caracteriza por imobilidade total ou imobilidade do corpo acompanhada apenas de movimentos da cabeça e das vibrissas.

O nível de ansiedade mais primitivo, como sendo o terceiro nível de defesa ocorre quando o estímulo ameaçador está muito próximo ou mesmo quando existe contato com o predador. Neste caso há o comportamento de fuga ou agressão defensiva (luta). O sistema neural, responsável pelas manifestações comportamentais e neurovegetativas da defesa ativa, é constituído pelo SCA (Graeff, 1994).

O funcionamento integrado das estruturas e sistemas cerebrais responsáveis pelos comportamentos de defesa ocorre através dos neurotransmissores.

Dentre os principais neurotransmissores envolvidos na ansiedade, tem-se: Ácido Gama-amino-butírico (GABA), Acetilcolina, Neuropeptídeos, Noradrenalina, e Serotonina (5-HT).

Tanto o sistema nervoso simpático como o sistema adrenal-cortical participam na produção das mudanças fisiológicas envolvidas na resposta de ansiedade, especialmente enquanto componentes fisiológicos das respostas de luta-fuga-esquiva. Dentre os principais hormônios liberados na corrente sanguínea estão a epinefrina (adrenalina), a norepinefrina, bem como o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH).

4. Instrumentos de avaliação

Partindo-se do pressuposto que a utilização de um único instrumento, em muitos casos, pode não ser suficiente para se obter uma análise global da pessoa avaliada (Del Prette & Del Prette, 1999), optou-se pelo emprego conjunto de vários instrumentos que permitissem confrontar os dados e oferecer informações adicionais sobre o nível de ansiedade dos pais.

Desta maneira, o presente estudo utilizou, além de uma escala de ansiedade (IDATE) e de medidas fisiológicas possivelmente ligadas a manifestações de ansiedade, a observação direta do comportamento dos pais no decorrer do experimento para obter as medidas fisiológicas.

A observação direta do comportamento pode fornecer um retrato bastante fiel do desempenho real da pessoa, embora sejam necessários cuidados específicos em algumas situações: por exemplo, a presença de uma pessoa “estranha” no ambiente (observador) pode interferir no desempenho, dificultando a validade dos dados (Del Prette & Del Prette, 1999).

Os autores citados anteriormente afirmam que esta interferência pode ocorrer por diferentes motivos: como inibição frente ao observador e/ou tentativa de “melhorar” o desempenho.

Uma variação deste tipo de observação consiste na elaboração de situações estruturadas (análogas à vida real). Estas situações são previamente planejadas com a colaboração de auxiliares que ao realizar determinadas ações poderão desencadear, na pessoa avaliada, o comportamento a ser registrado (Del Prette & Del Prette, 1999).

Ambos os tipos de observação (em situação natural ou estruturada) podem valer-se de duas formas de registro. A primeira delas referem-se aos registros de observação, realizados em protocolos no momento da ocorrência do comportamento, exigem uma elaboração prévia e delimitação exata dos comportamentos para agilizar a marcação dos dados observados e aumentar as possibilidades de melhores índices de fidedignidade. Esses registros de observação podem ser realizados por vários procedimentos (Hall, 1973). A segunda forma de registro, a mensuração direta de produtos permanentes (Hall, 1973), é realizada por meio da observação de dados obtidos por filmagens e gravações, sendo mais precisa e armazenando dados que podem ser transcritos em protocolos posteriormente.

A utilização de filmadora, muitas vezes, intimida a pessoa avaliada, interferindo em seu comportamento. Devido a isso, em algumas ocasiões é aconselhável realizar encontros com o objetivo de adaptação, para que as pessoas presentes no ambiente se acostumem aos observadores e aos equipamentos utilizados (Del Prette & Del Prette, 1999).

De acordo com Guimarães (1998), o relato verbal ainda é a forma mais confiável de avaliação de estados subjetivos, fazendo-se necessários alguns instrumentos apropriados para permitir o registro desses dados. Esses instrumentos são as escalas de avaliação.

As escalas de avaliação, de acordo com Zuardi (1997) possibilitam um grande progresso nas investigações dos transtornos mentais, propiciando uma maneira sistematizada de obter informações e permitindo a reaplicação dos achados. Elas constituem, essencialmente, uma tentativa de quantificar a intensidade de um determinado atributo, seja ele um sintoma, um traço de personalidade, ou uma avaliação geral de psicopatologia. Nesse sentido, as escalas de avaliação diferem dos instrumentos com objetivos diagnósticos, que se baseiam na presença ou ausência de sintomas e sinais.

O mesmo autor coloca que é importante que as escalas de avaliação sejam instrumentos válidos, no sentido de medirem o que se propõe medir, e fidedignos, ou seja, que proporcionem medidas consistentes quando aplicados nas mesmas condições. Ressalta-se que um instrumento que se mostrou válido e fidedigno numa cultura, não necessariamente conservará estas características, quando utilizado noutra cultura.

A fidedignidade é um pré-requisito para que uma escala seja utilizada. A informação fornecida pela escala perde o sentido se não for consistente, quando obtida nas mesmas condições.

Uma medida de fidedignidade adequada às escalas aplicadas por avaliadores é a *fidedignidade interavaliadores*. Para satisfazer este critério é necessário que, dois ou mais avaliadores, aplicando a escala, independentemente, à mesma pessoa, obtenham resultados similares. Os avaliadores podem observar o paciente ao mesmo tempo, ou em momentos diferentes, mas próximo o suficiente para que o atributo avaliado não se altere. No entanto, para a avaliação da ansiedade, que é um estado muito variável, pode-se optar pela avaliação simultânea, adotando-se um nível mais exigente de concordância.

Para as escalas que medem um atributo estável, no decorrer de algum tempo, é possível utilizar-se a fidedignidade teste-reteste, que consiste na aplicação da escala em

duas ocasiões diferentes. O intervalo entre as aplicações deve ser de pelo menos duas semanas, com o objetivo de evitar a concordância devido a memória das respostas anteriores. No caso das escalas de ansiedade, a fidedignidade teste-reteste aplica-se, principalmente, para as escalas que medem a ansiedade-traço, ou seja, uma característica de personalidade relativamente estável de propensão à ansiedade. Já para as escalas que medem a ansiedade no momento da aplicação, esta medida não tem sentido, uma vez que a ansiedade pode variar de uma medida para outra. Nessa situação, pode-se utilizar a *fidedignidade interavaliadores*.

Esses dois tipos de fidedignidade não se aplicam às escalas de auto-avaliação que estimam a ansiedade no momento da aplicação. A fidedignidade dessas escalas pode ser estudada pela *consistência interna*. Uma das maneiras de realizar essa investigação é verificar a concordância entre os escores de metade dos itens da escala com as da outra escala. Evidentemente, essa avaliação só pode ser feita se a escala for homogênea, isto é, se todos os itens medirem o mesmo atributo, o que pode ser comprovado se, submetidos a uma análise fatorial, gerarem apenas um fator.

O próximo passo, de acordo com Zuardi (1997) é verificar se a escala é válida, ou seja, se mede o que se propõe a medir. No caso da ansiedade, ela não pode ser avaliada diretamente, mas sim inferida de uma série de sintomas, sinais e comportamentos.

Dessa forma, é preciso verificar se o que a escala se propõe a medir constitui um *construto válido*. Porém, a ansiedade pode ser entendida como uma característica, relativamente estável, da personalidade (ansiedade-traço) ou um estado de duração limitada (ansiedade-estado); ela também pode ser generalizada, ocorrer como uma explosão súbita (ataque de pânico), ou ainda, ocorrer diante de situações muito particulares. Dessa maneira,

existiria um construto único de ansiedade subjacente às diferentes formas de apresentação, ou a ansiedade não constitui um construto unitário?

A existência de inúmeras escalas para avaliar ansiedade, que satisfazem critérios de validação de diferentes tipos e são amplamente utilizadas, permite supor que a maioria dos autores concorda que a ansiedade constitua um construto válido (Kellner e Uhlenhuth, 1991).

A *validade de conteúdo* diz respeito à extensão em que a escala contém todos os elementos do fenômeno estudado. As diferentes escalas de avaliação de ansiedade cobrem em proporções diversas as manifestações afetivas, cognitivas, comportamentais, somáticas de alerta e outras (Keedweel e Snaith, 1996). É improvável que todos os aspectos da ansiedade ocorram com ênfase equivalente num mesmo indivíduo, alguns deles ocorrendo mesmo muito raramente, o que pode trazer dificuldades para a validação das escalas que tentam contemplar todos os aspectos da ansiedade. Assim, é importante conhecer as características das escalas disponíveis para escolher a que melhor satisfaça aos objetivos de cada estudo.

A *validade concomitante* fornece uma indicação do quanto a medida avaliada pela escala concorda com a obtida por outra forma de avaliação. No caso da ansiedade, a comparação geralmente é feita com outra escala de avaliação, porém, as escalas de ansiedade avaliam em proporções diversas os diferentes aspectos da ansiedade, o que pode dificultar a validade concomitante.

A *validade preditiva* avalia o poder de predição da escala. Este tipo de validade aplica-se melhor às escalas que avaliam características relativamente duradouras de ansiedade. Por exemplo, escores altos em escalas de ansiedade-traço permitem prever ao

indivíduos que responderão com mais ansiedade a determinados eventos, no entanto, esta resposta não se aplica a todas as situações.

Outra forma de validade é a *validade aparente*, que constitui simplesmente na avaliação qualitativa de se os itens da escala aparentemente dizem respeito ao que se propõe a medir. Por exemplo, o item “sinto-me ansioso”, obviamente diz respeito à ansiedade, porém, esta mesma relação não é tão clara com o item “perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente” – IDATE (Zuardi, 1997) pois, não é só a pessoa ansiosa que não consegue tomar decisões rapidamente. Então, quando nós “traduzimos” a ansiedade por uma outra forma de comportamento, este comportamento traduzido pode não ter haver com a ansiedade. Por isso, que os sujeitos respondem mais cuidadosamente os itens que consideram relevantes, para avaliar o seu estado. Por outro lado, nas situações em que podem ocorrer respostas falsas, por exemplo, um paciente para conseguir alta hospitalar pode fornecer respostas falsas, aí, é preferível; escalas com pequena validade aparente.

Existem inúmeras escalas para avaliar a ansiedade. Em estudo realizado nas 18 principais revistas psiquiátricas, num período, de quatro anos, entre 1990 e 1994, Keedwell e Snaith (1996) verificaram que a Escala de Hamilton para Ansiedade e o Inventário de Ansiedade Traço-estado de Spielberger (1970) foram as escalas, mais utilizadas, entre as de Avaliação Clínica e as de Auto-avaliação, respectivamente, com uma freqüência muito acima das demais. Verificaram, também, que uma grande proporção de estudos utiliza escalas especialmente construídas para avaliar ansiedade, do tipo “escalas analógicas” (Zuardi, 1997).

Nesse estudo vamos comentar mais detalhadamente o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spilberger (1970) por ser este um dos instrumentos utilizados neste estudo para conhecer a ansiedade dos pais.

O IDATE (Anexo 9), desenvolvido por Spilberger (1970), é uma escala de auto-avaliação, composta por duas subescalas de 20 itens cada, que medem duas formas de ansiedade: estado (IDATE-E) e traço (IDATE-T). Estas duas formas medem, respectivamente, um estado emocional transitório, no momento da aplicação e uma característica relativamente estável de propensão a ansiedade (Catell e Scheier, 1961; Spilberger, 1972).

As instruções da escala de traço de ansiedade requerem que os sujeitos descrevem como geralmente se sentem e as instruções da escala de estado de ansiedade requerem que os indivíduos indiquem como se sentem num determinado momento. Essas escalas são expressas em um caderno separado (Biaggio e Natalício, 1979).

Apesar de originalmente desenvolvido como um instrumento de pesquisa para investigar fenômenos de ansiedade em adultos “normais” (sem perturbações de ordem psiquiátrica), o IDATE também mostrou-se ser de utilidade para medir ansiedade em estudantes de 1º e 2º grau, e em pacientes neuropsiquiátricos, cirúrgicos, e de clínica médica (Biaggio e Natalício, 1979).

De acordo com essas autoras, a escala de A-traço pode ser usada como um instrumento de pesquisa para selecionar indivíduos que variam quanto à tendência pra reagir à pressão psicológica com diferentes graus de intensidade de A-estado. Pesquisadores podem usar a escala de A-estado para determinar níveis reais de intensidade de estados de ansiedade, induzidos por manipulações experimentais. Tem sido demonstrado que os escores na escala de A-estado aumentam em resposta a vários tipos de pressão e descrevem como resultado de treinamento de relaxamento. O IDATE também têm se mostrado útil em trabalho clínico. As qualidades essenciais avaliadas pela escala de A-estado envolvem sentimentos de tensão, nervosismo, preocupação e apreensão.

Quanto a aplicação, segundo Biaggio e Natalício (1979), o IDATE foi projetado para ser auto-aplicável, e pode ser aplicado individualmente ou em grupos. As instruções estão impressas no formulário do teste para ambas as escalas de A-estado e A-traço. O inventário não tem limite de tempo. Apesar de muitos dos itens do IDATE terem validade aparente como medidas de “ansiedade”, o examinador não deve usar este termo ao administrar o inventário. De preferência, ele deve se referir, consistentemente ao inventário e suas subescalas como o “Questionário de Auto-avaliação”, que é o título impresso no formulário do teste.

A validade do IDATE baseia-se na certeza de que o examinador tenha um claro entendimento das instruções de “estado” que requerem dele relatar como ele *se sente nesse momento*, e das instruções de “traço” que lhe pedem indicar como ele *geralmente se sente*. A maioria das pessoas responde a todos os itens do IDATE sem precisarem ser lembradas disso, mas os examinadores devem ser informados de que não devem omitir item algum se a pergunta surgir (Biaggio e Natalício, 1979).

Essas autoras colocam ainda que na padronização do IDATE, a escala de A-estado (forma X-1) foi aplicada primeiro, seguida pela A-traço (forma X-2), e essa ordem é recomendada quando as duas escalas são dadas juntas. Uma vez que a escala de A-estado foi projetada para ser sensível às condições sob as quais o teste é administrado, os escores nessa escala podem ser influenciados pelo clima emocional que pode ser criado se a escala de A-traço for dada primeiro. Em contraste, tem sido demonstrado que as escalas de A-traço são relativamente inafetadas pelas condições sob as quais são dadas (Jonson, 1968; Johson e Spielberger, 1968; Lamb, 1969).

O examinador responde a cada item do IDATE escurecendo com o lápis o número apropriado à direita de cada afirmação no formulário do teste. O IDATE pode também ser

aplicado com uma folha de respostas de múltipla escolha a fim de permitir avaliação por computador (Biaggio e Natalício, 1979).

Para essas mesmas autoras, as instruções para a escala de A-traço do IDATE devem ser sempre as impressas no formulário. Para a escala de A-estado, entretanto, as instruções podem ser modificadas para avaliar o nível de ansiedade para qualquer situação ou intervalo de tempo que for de interesse de um experimentador ou clínico.

Elas colocam ainda que não é difícil para a maioria das pessoas responder aos itens de A-estado do IDATE como elas se sentiram numa situação específica, ou a um momento particular do tempo desde que os sentimentos tenham sido experienciados recentemente e a pessoa esteja motivada a cooperar com o experimentador.

Para medir mudanças de intensidade do A-estado, no decorrer do tempo é recomendado que a escala de A-estado do IDATE seja dada em cada ocasião para o qual a medida do A-estado for necessária. Medidas multi-repetidas de A-estado podem ser obtidas também com as mesmas instruções ou com diferentes instruções conforme o período de tempo para o qual os relatórios do indivíduo são desejados. Por exemplo, pode-se pedir a um indivíduo como se sente imediatamente antes de começar a trabalhar numa tarefa experimental e depois de completar a tarefa pode-se pedir que ele indique como se sentia enquanto estava trabalhando nela. Ou, pode-se pedir tanto antes como depois da tarefa, que responda à escala de A-estado do IDATE, de acordo como ele se sente agora, nesse momento. O período preciso para o qual as respostas dos indivíduos são desejadas deve ser enfatizado nas instruções (Biaggio e Natalício, 1979).

Cada item é avaliado numa escala de 4 pontos, baseados na intensidade (absolutamente não, um pouco, bastante, muitíssimo – IDATE-E) e na freqüência (quase nunca, às vezes, freqüentemente, quase sempre – IDATE-T) (Zuardi, 1997).

Este mesmo autor coloca que alguns itens da escala indicam bem-estar e calma (10 itens no IDATE-E e 7 no IDATE-T). A somatória desses itens é subtraída da somatória dos itens que indicam ansiedade, no cálculo do escore das duas subescalas.

De acordo com Zuardi (1997) os vários estudos de análise fatorial dos 40 itens do IDATE têm identificado, consistentemente, fatores separados para os itens de estado e traço e alguns têm evidenciado fatores de ansiedade presentes e de ansiedade ausente. Spilberger e cols (1980) com base no resultado de uma análise fatorial da escala IDATE, propôs mudanças em alguns itens, com o objetivo de aumentar a consistências dos fatores. Assim, a escala original, passou a denominar-se IDATE-X e a forma revisada IDATE-Y. Essa última forma representa 4 fatores: ansiedade-estado presente, ansiedade-estado ausente, ansiedade-traço presente, ansiedade-traço ausente. As diferenças entre as duas formas da escala, aparentemente, não têm maiores implicações (Chaplin, 1984).

Zuardi (1997) mostra que os índices psicométricos da escala são muito satisfatórios, com elevada consistência interna, validade e fidedignidade (Bech, e cols, 1993).

O autor ainda coloca que o IDATE-X foi adaptado para uso em nosso meio e sua validade e fidedignidade confirmadas (Biaggio e cols, 1976). As normas para uma população de estudantes brasileiros foram estabelecidas por Biaggio e Natalício (1979) e para uma população brasileira mais diversificada por Pasquali e cols (1994), que evidenciaram uma diferença em relação ao sexo. Esta diferença tem sido confirmada em estudos que utilizam a escala com escores maiores do IDATE-T para o sexo feminino (Seabra, 1987; Palma, 1994). Os resultados da análise fatorial da forma traduzida para o português do IDATE-X, embora tenham mostrado uma estrutura multifatorial da escala, são compatíveis com a unidimensionalidade dos construtos ansiedade-traço e ansiedade-estado,

permitindo que a escala seja interpretada por intermédio de um escore para o IDATE-E e de outro para o IDATE-T (La Rosa, 1993; Pasquali e cols, 1994).

Estudos mais recentes (Andreatini e Seabra, 1993; Palma e cols, 1994) encontrados em Zuardi (1997) têm mostrado que o IDATE-T não é tão estável como proposto inicialmente por Spielberger (1976). Estas observações sugerem que o IDATE-T não avalia um traço imutável de personalidade, mas sim uma propensão à ansiedade, que embora possa sofrer flutuações ao longo tempo, representa, de qualquer forma, uma característica mais estável que aquela medida pelo IDATE-E.

Em geral, seria de se esperar que aqueles que têm alto A-traço demonstrariam elevações de A-estado mais freqüentemente que os indivíduos de baixo A-traço porque eles tendem a reagir a uma larga faixa de situações como perigosas e ameaçadoras. Pessoas de alto A-traço também são mais propensas a responder com aumentos de intensidade do A-estado em situações que envolvem relações interpessoais que apresentam alguma ameaça à auto-estima. Achou-se, por exemplo, que circunstâncias em que se experimenta fracasso ou em que a suficiência pessoal é avaliada (ex: fazer um teste de inteligência), são particularmente ameaçadoras para pessoas com alto traço de ansiedade (Spence e Spence, 1966; Spielberger, 1966b, Spielberger e Smith, 1966). Mas, se as pessoas que diferem em A-traço mostrarão ou não diferenças correspondentes em A-estado, depende do grau em que a situação específica é percebida por um indivíduo em particular como perigosa ou ameaçadora, e isso é geralmente influenciado por experiências passadas do indivíduo (Biaggio e Natalício, 1979).

As escalas de avaliação geralmente são classificadas em dois grupos: aquelas preenchidas pelo observador e aquelas preenchidas pelo próprio indivíduo que são as escalas de auto-avaliação (como foi visto anteriormente).

As escalas de auto-avaliação podem ser de natureza discreta ou analógica. Enquanto que nas primeiras as pessoas devem assinalar “categorias” intervalares ou não (por exemplo, pouco, mais ou menos, intensamente etc), nas segundas elas devem assinalar o seu estado subjetivo em uma linha reta contínua que, supostamente, representa toda gama daquela situação (Guimarães, 1998).

De acordo com Zuardi (citado por Hetem e Graeff, 1997) as escalas analógicas com diferentes características, têm sido utilizadas nos estudos de ansiedade. Em geral, estas escalas são constituídas de pares de adjetivos com sentidos opostos, separados por uma linha, sobre a qual o sujeito deve assinalar como se sente com relação àquela condição. Argumenta-se que estas escalas teriam um maior poder de discriminação, além de serem de compreensão e preenchimento mais simples.

Em nosso meio, a escala analógica mais utilizada na avaliação de ansiedade têm sido a Escala Analógica do Humor (EAH), proposta originalmente por Norris (1971).

Guimarães (1998) fez um levantamento bibliográfico mostrando que as escalas analógicas visuais têm sido empregadas para avaliar diferentes aspectos subjetivos, como humor (Barton, 1993), dor (Campbell e Lewis, 1990) e, particularmente, a ansiedade. Esse tipo de instrumento tem permitido a avaliação desse estado emocional tanto em pacientes ansiosos quanto em pacientes submetidos a situações diversas como: reações de estudantes a exames (Kidson e Hornblow, 1982), situações de dor (Buckelew, 1992; Coulthard e Rood, 1993), procedimento odontológicos (Moore, 1991; Hosey e Blinkhorn, 1995) e cirúrgicos (Brown, 1990; Millar, 1995) e em unidades coronarianas (Elliot, 1992, 1993, 1994).

Segundo Guimarães (1998) ainda vários estudos (Guimarães, 1987; Brown, 1990; Egan, 1992; Zuardi, 1993; Kapezinski, 1994; Hetem, 1996) têm apontado uma maior sensibilidade das escalas analógicas, em relação ao IDATE, para avaliação da ansiedade.

Millar (1995), comparando uma escala analógica visual para medir ansiedade com o IDATE, observou uma aparente “liberdade” de respostas na escala analógica, refletida no fato dos pacientes fazerem mais uso da gama possível de respostas. Este fato poderia explicar a, relativamente, menor correlação entre escalas similares, quando comparadas à correlação obtida entre o IDATE e a escala de ansiedade de Hamilton. Tais diferenças podem ser explicadas pelo fato de que é incomum observar escores muito elevados (>65) no IDATE, mesmo em situação de ansiedade. Foi sugerido, então, que, ao utilizar escalas de avaliação baseada em categorias, as pessoas pudessem evitar repostas nas categorias extremas. Hetem (1996), com o objetivo de investigar alguns desses aspectos, resolveu comparar os resultados do IDATE e da EAH (Escala Analógica do Humor) para perceber a tendência de distribuição central nas respostas, tanto na condição basal quanto na de ansiedade. Os seus resultados mostram que a diversidade da distribuição de repostas foi maior com a EAH do que com o IDATE.

No entanto, para reduzir a possibilidade de influência de uma “tendência à aquiescência” nas respostas, Biaggio e Natalício (1979) propõem escalas balanceadas de ansiedade-estado e ansiedade-traço, com números iguais de itens para os quais escores altos indicaram alta e baixa ansiedade. A escala de A-estado do IDATE é balanceada para evitar “tendência à aquiescência”, com dez itens contados diretamente e dez inversamente. Não foi possível, entretanto, desenvolver uma escala de A-traço balanceada com os itens originais. A escala de A-traço dispõe de sete itens invertidos e treze contados diretamente. Os itens invertidos das subescalas do IDATE são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 (para escala de A-estado) e 1, 6, 7, , 10, 13, 16 e 19 (para escala A-traço).

Recentemente estão sendo realizados estudos (Hughes, Uhlmann e Pennebaker, 1994) visando compreender os diferentes processos fisiológicos e psicológicos envolvidos

nas situações de estresse e ansiedade na vida cotidiana. (como foram explicados anteriormente).

De acordo com esses autores, as respostas detectáveis através do sistema nervoso simpático (SNS) eram as alterações nas taxas do batimento cardíaco e da pressão arterial, no consumo do oxigênio, nas taxas de respiração, na vaso-constricção periférica e no aumento da atividade eletrodérmica da pele (nível de condutância e potencial de ação). Lipp e Malagris (1991) também abordaram que frequência cardíaca, pressão arterial, tensão da musculatura estriada e a condutância elétrica da pele representam algumas das medidas mais utilizadas para aferir o grau de ansiedade. Entretanto, o valor de tais medidas é relativo, uma vez que se encontram igualmente alteradas em uma série de condições diferentes da ansiedade.

Fowles (1980) complementa ao concluir que a resposta eletrodérmica e as respostas da atividade cardiovascular ocorrem em diferentes estados psicológicos e não são específicas para uma determinada emoção e que a atividade eletrodérmica é extremamente responsiva para respostas relacionadas com a inibição comportamental (resposta de fuga e de esquiva).

Em geral, o nível de condutância da pele tem aumentado quando os indivíduos tentam suprimir pensamentos (Wegner, 1992) ou inibir a expressão emocional (Gross & Levenson, 1993), e quando os indivíduos retêm o enfrentamento de suas experiências traumáticas (Pennebaker, Hughes e Heeron, 1987). Além disso, não há evidências de que a atividade cardiovascular apresenta mudanças consistentes durante o tempo em que os indivíduos fazem tentativas para inibir seus pensamentos e sentimentos.

Estes estudos evidenciam a extrema necessidade de se desenvolver instrumentos, cada vez mais precisos, para medir respostas emocionais específicas, evocadas por estressores específicos, como aqueles provocados por eventos aversivos.

Retomando as explicações sobre esta pesquisa quanto à obtenção de medidas fisiológicas, este estudo buscou obter, também, a condutividade cerebral, pois a maior parte dos aspectos involuntários do comportamento é controlada pelo sistema límbico, sendo o hipotálamo o elemento mais importante desse sistema. Como vimos anteriormente, o hipocampo, a amígdala e o tálamo (partes do sistema límbico) transmitem grande parte de seus sinais eferentes para o hipotálamo, a fim de causar efeitos variados no corpo, tais como, o de estimulação do sistema nervoso autônomo (SNA) ou de participação de sentimentos como as de dor, prazer, ou sensação relacionada a fome, sexo e raiva (Guyton, 1988).

São os impulsos elétricos, chamados de ondas cerebrais, que podem ser registrados em todas as partes ativas do cérebro e, até mesmo, na superfície extrema da cabeça. O caráter dessas ondas é determinado, em grande parte, pelo nível do sono e da vigília, no instante em que essas ondas são obtidas. Quando uma pessoa está acordada, mas não está pensando com muita intensidade, ondas contínuas, com frequência aproximada de 10 a 12 por segundo, podem ser registradas em quase todas as partes do córtex cerebral. Essas são as ondas alfa. Os sinais cerebrais que as causam provavelmente têm origem no sistema reticular ativador e, em seguida, se dispersam pelo córtex cerebral. Acredita-se que sejam partes dos sinais que mantêm o córtex facilitado durante a vigília (Guyton, 1988).

O autor citado anteriormente afirma que quando qualquer parte do cérebro fica muito ativa, por exemplo, a região motora que inicia atividades musculares – ondas adicionais, que, por vezes, chegam à frequência de até 50 ondas por segundo e amplitude

maior que a das ondas alfa, tomam o lugar das ondas alfa normais. Essas ondas são as ondas beta.

Além dessas, segundo Guyton (1988), durante o sono muito profundo, as ondas alfa e beta são substituídas por algumas ondas irregulares, a cada um ou dois segundos. Essas são as “ondas do sono” ou ondas delta.

OBJETIVO

Considerando as diferentes maneiras de lidar com a surdez e os seus efeitos sobre os surdos e às famílias, bem como, os atuais estudos sobre a ansiedade e os diferentes instrumentos que dão subsídios para avaliá-la, o objetivo deste estudo foi conhecer o nível de ansiedade de mães que freqüentam serviços oralistas e empregam a oralidade para interagir com os seus filhos surdos, bem como o nível de ansiedade daquelas mães que freqüentam serviço bilíngüe e usam LIBRAS, sinais caseiros, fala e escrita para se comunicarem. Além disso, visou analisar o comportamento dessas mães em situação experimental e obter algumas medidas fisiológicas que podem estar relacionadas com ansiedade. Acredita-se que esses dados devem ser muito úteis para elucidar questões polêmicas, ou seja, a família ouvinte que tem um membro surdo e que deseja melhorar a sua qualidade de vida, precisa conviver com este membro de forma harmoniosa, para isso, só resta uma saída, estabelecer uma comunicação efetiva e eficaz para que os familiares possam conversar sobre tudo, fazer confidências, trocar idéias, rir e chorar juntos, enfim, estreitar os laços familiares apoiando e confiando uns nos outros, mantendo cumplicidade e tornando-se fortes e unidos nas horas adversas, às quais nenhuma família escapa, sendo ouvinte ou não; e é só através da língua de sinais que isso se torna possível, pois, o surdo nunca conseguirá realizar um discurso lógico como um ouvinte. Porém, os pais relutam em aceitar esta forma de comunicação dos surdos, talvez seja pelo fato de serem ouvintes; ou pelo fato de desejarem que seus filhos falem, se aproximando assim da sociedade ouvinte; ou por acreditarem que os sinais podem prejudicar o desenvolvimento da fala que ainda não foram, suficientemente, resolvidas relacionadas à comunicação entre pais ouvintes e filhos

surdos. Adicionalmente, estarão contribuindo para uma análise sobre o sistema educacional que tem como base a proposta bilíngüe.

No entanto, esse bloqueio de comunicação existente entre pais ouvintes e filhos surdos acarreta grandes problemas de ordem emocional, pois a interação pai-filho surdo fica prejudicada pelo fato dos familiares não conseguirem manter um nível de comunicação mais profunda com o surdo, ficando apenas no superficial, conseqüentemente; a falta de compreensão entre os membros da família deixa o surdo mais ansioso e nervoso e por sua vez, os membros da família também se tornam mais ansiosos por não conseguir compreendê-lo.

É de fundamental importância estudar o nível de ansiedade dos pais porque dependendo do seu nível e intensidade, esta poderá interferir nas expectativas futuras e no estabelecimento da confiança em relação ao filho, dificultando o relacionamento e a comunicação entre eles.

MÉTODO

1) Participantes

Participaram desse estudo pais ouvintes que freqüentavam o serviço bilíngüe denominado “Atendimento Interdisciplinar ao Aluno Surdo”, oferecido pela Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP) (ver autorização da instituição no Anexo 1), pais ouvintes que freqüentavam o serviço oralista do curso de Fonoaudiologia, dessa mesma Universidade, ou o serviço oralista fornecido pelo NADEF (Núcleo de Atenção aos deficientes), ou o serviço oralista de consultórios particulares da cidade de Ribeirão-Preto⁵ e; pais ouvintes que tinham filhos ouvintes das escolas públicas de Ribeirão-Preto. Além dos grupos experimentais, participou também deste estudo um sujeito como seu próprio controle que era uma mãe que freqüentava o serviço oralista do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Ribeirão-Preto e passou a freqüentar o projeto bilíngüe da mesma Universidade.

No total, participaram vinte e quatro pais, subdivididos em três grupos com oito integrantes cada: um grupo controle, um grupo de pais que freqüentavam serviço bilíngüe e usavam LIBRAS, sinais caseiro, fala e escrita no relacionamento com seus filhos surdos e, um último, de pais que freqüentavam serviço oralista e usavam a fala para se comunicar. Além dos grupos, contamos com o apoio da mãe que freqüentava o serviço oralista e

⁵ No momento em que foi feito o convite para os pais que freqüentavam o serviço oralista, a pesquisadora posteriormente agendou o dia e horário que ocorreria as sessões. Porém, dois pais que até então freqüentavam o serviço oralista dos consultórios particulares da cidade de Ribeirão-Preto; no dia em que se deslocaram até a UNAERP para a realização da sessão; disseram que estavam começando a freqüentar um serviço bilíngüe de uma escola da rede estadual de Ribeirão-Preto. Então, neste estudo elas ainda são consideradas oralistas, visto que estavam apenas iniciando no serviço bilíngüe.

tentava usar a fala para se comunicar com seu filho surdo e que posteriormente passou a freqüentar o serviço bilíngüe; buscando recursos a mais para facilitar a comunicação.

A maioria dos familiares freqüentava algum tipo de serviço especializado (oralista ou bilíngüe) a mais de dois anos, conforme apresentado na TABELA 1. Os familiares que freqüentavam o serviço oralista acompanhavam seus filhos ao atendimento, e não eram atendidos por nenhum tipo de serviço, ou seja, aguardavam o término da sessão terapêutica da criança, na sala de espera. Enquanto que os familiares que freqüentavam o serviço bilíngüe acompanhavam as crianças e os adolescentes no atendimento e participavam, adicionalmente, de grupos de apoio e de ensino de LIBRAS.

TABELA 1: Tempo de permanência no atendimento, no momento em que foi realizada a pesquisa; e a condição do grupo controle.

Tempo de permanência no atendimento (em meses)	Freqüência	%
0 –12	02	8,33%
12-24	04	16,66%
Mais de 24	10	41,66%
Nunca foi atendido	8	33,33%
Total	24	100

Do total de 24 participantes, 22 eram do sexo feminino e apenas 2 eram do sexo masculino, pais de surdos. Dos 22 participantes do sexo feminino, 21 eram mães. Havia também uma avó, tida como mãe adotiva pelo fato de criar e cuidar do seu neto (surdo) desde o nascimento.

Quanto ao nível instrucional, encontrou-se desde familiar com o Ensino Fundamental incompleto a outros com Ensino Superior completo. Os familiares apresentavam profissões variadas, sendo o número mais expressivo (37,5%) o de familiares que não trabalhavam fora de suas casas. Esses dados estão dispostos na TABELA 2.

O número de filhos nas famílias variou de um a quatro, sendo o filho surdo, na maioria das vezes, o primogênito (75%), como mostra a TABELA 3. A surdez foi descoberta por um maior número de familiares entre o décimo terceiro e o vigésimo quarto mês de vida da criança (37,5) como mostra a TABELA 4.

Na sua grande maioria, os participantes eram casados (70,83%) e suas idades variavam entre 24 e 52 anos. A renda familiar da maioria das famílias girava em torno de 1 a 3 salários mínimos (33,33%), e alguns (20,83) deles não mencionaram, como mostra a TABELA 6 .

TABELA 2: Caracterização dos pais quanto à profissão exercida e ao nível de escolaridade atingida (N=6).

Profissão	Escolaridade					
	Analfabetizado	Ens.Fundamental completo	Ens.Fundamental incompleto	Ens. Médio completo	Ens. Médio Incompleto	Ens. Superior
Do lar		4	3	1	1	
Pedagoga						
Instrutora de auto-escola				2		
Farmacêutica						
Fonoaudióloga						

Cozinheira			1			
Balconista de frios e laticínios			1			
Biomédica						
Pedagoga						
Militar				1		
Auxiliar de Produção			1			
Manicure			2			
Total	00	04	08	04	01	

TABELA 3: Caracterização dos pais de acordo com a posição do filho na família e o número de filhos.

Número de filhos

Posição do filho	1-2	3-4	5-6	Acima de 6	Frequência	%
1º	15	3			18	75
2º	1	2			3	12,5
3º		2			2	8,33
4º		1			1	4,16
Total	16	8			24	100

TABELA 4: Caracterização dos pais de acordo com o período (em meses) em que a surdez foi descoberta e o período em que não se detectou a surdez.

Período (em meses) as descoberta da surdez	Frequência	%
0-6	2	8,33
7-12	5	20,83
13-24	9	37,5
25-36		
Acima de 36		
Não foi detectado surdez	8	33,33
Total	24	100

TABELA 5: Idade atual do filho na época da coleta de dados.

Idade atual do filho	Frequência	%
5-7	2	33,3
8-10	2	33,3
11-13	2	33,3
Total	6	100

TABELA 6: Distribuição dos participantes quanto ao grau de parentesco em relação ao surdo e ao ouvinte, à faixa etária, ao estado civil e a renda familiar (N=24).

Características	Categorias	Número de participantes	%
Grau de parentesco	Mãe	21	87,5
	Pai	2	8,33
	Avó	1	4,16
Faixa etária (anos)	21-30	6	25
	31-40	15	62,5
	41-50	2	8,33
	Acima de 50	1	4,16
Estado Civil	Solteiro	2	8,33
	Casado	17	70,83
	Divorciado	3	12,5
	Amasiado	2	8,33
Renda familiar	1 a 3 salários	8	33,33
	4 a 6 salários	6	25
	7 a 9 salários	4	16,66
	10 salários ou		

	mais	1	4,16
	Não mencionou	5	20,83
Total			

O trabalho foi realizado com pais de filhos na faixa etária entre 5 a 13 anos (TABELA 5), pois parece a fase mais propícia aos questionamentos diante do mundo. Nessa fase, os pais buscam serviços especializados, necessitando de uma forma de comunicação para dialogar com seus filhos (Rocha, 2002).

2) Contexto de Estudo

Caro leitor, neste momento, gostaria de apresentar à você as atividades que aconteciam nas escolas e nos serviços, que os pais estavam freqüentando na época da coleta de dados deste estudo.

As informações do serviço bilíngüe (projeto “Atendimento Interdisciplinar ao Portador de Surdez”) que acontece na Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP) foram obtidas pela própria pesquisadora, pelo fato dela trabalhar junto com os membros da equipe de coordenação. No entanto, as informações dos serviços oralistas que ocorrem na Escola “Fernandes Palma” de Ribeirão-Preto, no estágio do Curso de graduação em Fonoaudiologia da UNAERP e no Núcleo de Atenção aos Deficientes (NADEF) foram obtidas através de entrevista semi-estruturada previamente elaborada.

- **Serviço Bilíngüe**

QUADRO 1: Organograma do Serviço Interdisciplinar ao Portador de Surdez.



O serviço “Atendimento Interdisciplinar ao Aluno Surdo” cumpre com a tríade ensino, pesquisa e extensão e atualmente atende, aproximadamente, 87 surdos, entre crianças, adolescentes e adultos, na faixa etária de 4 a 35 anos. Este serviço foi descrito nos artigos de Mantelato, Pedroso e Dias (2000) e Pedroso e Dias (2000).

Segundo os autores, os surdos atendidos pelo serviço freqüentam instituição especial, classes especiais, sala de recursos ou classes de ensino regular das redes municipais e estaduais da cidade de Ribeirão-Preto e região, bem como alguns estão fora da escola.

Para a realização dos atendimentos, os surdos foram divididos em 5 grupos, de acordo com a idade e o nível de escolaridade (Dias, Caporali e Pedroso, 2001a).

Os grupos de atendimento, de acordo com Dias, Pedroso e Caporali (2000) têm por objetivos:

1. Favorecer a apropriação da língua de sinais (LIBRAS) pelas crianças e adolescentes surdos, por meio de atividades com o instrutor surdo, em períodos sistematicamente programados;

2. Desenvolver habilidades de leitura e escrita, fundamentadas nos conhecimentos adquiridos em LIBRAS e com apoio das tecnologias interativas, como os recursos da informática. Esse atendimento conta, também, com a participação do instrutor surdo;

3. Desenvolver a modalidade oral da Língua Portuguesa por meio de atendimento fonoaudiológico individual, em duplas ou em grupo;

4. Melhorar a interação entre pais ouvintes e filhos surdos, organizando grupos semanais de apoio a familiares para discutir questões pertinentes à surdez, sob coordenação de psicólogo e aprender LIBRAS, por meio de aulas ministradas por instrutor surdo adulto.

O grupo de apoio, inspirado na técnica operativa de Pichon Rivière, foi organizado para que os familiares pudessem conhecer e examinar questões a respeito da educação de seus filhos com outros familiares de surdos, aprender a língua de sinais e estabelecer contato com a cultura surda (Dias, Rocha, Pedroso, e Caporali; 2001b).

O grupo operativo, proposto por Pichon Rivière, tem por objetivo criar condições para o desenvolvimento de processos de esclarecimento, insight e elaboração, visualização e resolução de contradições, favorecendo a aprendizagem. Isso deve ocorrer durante a realização por meio de intervenções entre o coordenador do grupo e os participantes (Dias, Rocha, Pedroso, e Caporali; 2001b).

Nos grupos de ensino de LIBRAS aos familiares, a proposta é melhorar a interação entre os familiares e surdos, de maneira a possibilitá-los contribuir para o desenvolvimento apropriado da criança e do adolescente surdo e para o ingresso no mundo dos surdos (Rocha, Dias, Pedroso e Rosa, 2001).

Esse ingresso no mundo dos surdos é facilitado pelo contato com os surdos adultos, os quais, à medida que relatam acontecimentos significativos de suas vidas, favorecem os pais perceberem as reais possibilidades de participação dos surdos na comunidade.

O ensino de LIBRAS aos pais é preparado pela equipe interdisciplinar, destacando-se alguns eixos para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem. Tem por base acontecimentos do cotidiano, principalmente atividades do lar, ou seqüências de sinais semelhantes (Mantelato, Pedroso e Dias, 2000).

O serviço conta também com grupo de ensino de LIBRAS, coordenado pelo instrutor surdo aos alunos e estagiários da UNAERP que participam do atendimento.

A equipe interdisciplinar do serviço é composta por fonoaudióloga, psicóloga, pedagoga e instrutor surdo.

As atividades propostas visando o desenvolvimento do Português na modalidade oral são coordenadas pela fonoaudióloga. A psicóloga coordena o grupo de apoio a pais e a pedagoga as atividades de leitura e escrita em Língua Portuguesa. O instrutor surdo é responsável por todas as atividades em LIBRAS.

As estagiárias dos cursos de graduação em fonoaudiologia, psicologia, letras e as estagiárias voluntárias realizam atendimentos, coleta sistemática de dados, anamneses, vídeo gravações das interações e aulas de LIBRAS.

Durante o primeiro semestre do ano de 2001, o “Atendimento Interdisciplinar ao Aluno Surdo” estabeleceu parcerias com escolas de Ribeirão-Preto, de Batatais e de Jaboticabal.

O objetivo dessas parcerias foi o de capacitar profissionais surdos e ouvintes para que, num futuro próximo, atuassem junto às suas respectivas escolas, desenvolvendo o trabalho com as famílias, ou seja, o grupo de apoio e o de ensino de LIBRAS e de ensino do português escrito (Dias, Pedroso e Caporali, 2000).

Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre a surdez e a língua de sinais, organizou-se um grupo de estudo do qual participam a equipe de pesquisadores e estagiários da UNAERP e os profissionais das instituições parceiras. Nesses grupos são programadas leituras de textos relacionados à área que, posteriormente, são discutidos em grupo.

- **Atendimento Oralista da Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP)**

Para obter informações sobre esse atendimento foi feita uma entrevista sem-estruturada com a A. C. (docente responsável pelo atendimento que acontece dentro da disciplina de estágio do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Ribeirão-Preto).

Quantos pacientes são atendidos?

R: Como o Atendimento ocorre dentro do estágio do Curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Ribeirão-Preto, o número de pacientes fica limitado ao número de alunos. Este semestre, por exemplo, como a turma de alunos que estão cursando esta disciplina, é pequena (com apenas sete alunos), então, estão sendo atendidos sete pacientes.

Qual a idade dos pacientes?

R: Normalmente, a idade varia de 4 a 20 anos. São surdos que apresentam desde uma perda de grau leve a profunda, mas que tenha restos auditivos.

Existe algum critério para entrar nesse atendimento?

R: O critério para serem aceitos no atendimento é ter resíduos auditivos, para que tenham respostas ao utilizarem o aparelho de amplificação sonora.

Qual é o método utilizado?

R: Nossa filosofia de trabalho é Oralista, numa abordagem multisensorial e leitura labial.

Qual é o objetivo do trabalho?

R: Visa desenvolver restos auditivos da função auditiva e da linguagem oral e escrita. Mas, com algumas crianças pequenas trabalhamos só a oralidade, ou seja, com aquelas que não estão na fase da escrita, só trabalhos a oralidade.

Como é o funcionamento do serviço?

R: A fonoaudióloga – no caso, as estagiárias do Curso de Fonoaudiologia, trabalham todos os aspectos: comunicação oral, comunicação auditiva, escrita e voz.

Partimos dos seguintes princípios: uso do aparelho de amplificação sonora; orientação familiar, ou seja, informamos os familiares sobre as estratégias de comunicação com a criança, pedimos para que eles fiquem atentos na linguagem da criança, que estimulem o som (mostrando o som do ambiente).

A criança pode vir aprender a falar, mas ela sabe o significado daquilo que ela está falando?

R: Ela sabe o significado porque nós mostramos o objeto verdadeiro. A gente fala dentro de um contexto, ou seja, a linguagem é contextualizada. Tem um referente visual, o concreto. Na medida em que a linguagem vai se desenvolvendo, é que começamos a falar a linguagem descontextualizada. As pessoas acham que no oralismo nós trabalhamos só com a fala, e não é, nós usamos um apoio. Olha! Nós trabalhamos com desenho, linguagem e escrita. Nós desenhamos junto com a criança para ela entender que o desenho representa a situação, o desenho contextualiza. Com este apoio, falamos das coisas que já passaram ou que vão acontecer.

Quanto aos adolescentes, o nível de escolaridade do adolescente com o nível de compreensão da escrita estão aquém. Por isso, que o trabalho aborda tanto a escrita quanto a oralidade.

Vocês usam algum tipo de gestos?

R: Usamos gestos indicativos ou nativos – que são aqueles que todo mundo usa.

E como são trabalhados os assuntos abstratos? Como por exemplo, os sentimentos?

R: Utilizamos desenhos, expressão facial, gestos naturais acompanhando a fala, pois, a própria criança contextualiza. Vou te passar algumas referências para você ler, a respeito do oralismo que quebra essa visão de que nós só usamos a fala.

O que você pensa a respeito da Língua de Sinais?

R: Cada caso é um caso. Acho que muitos surdos têm condições de oralizar e é mais fácil de se adaptarem na sociedade ouvinte, mas têm muitos também que não conseguem

oralizar, aí, a Língua de Sinais é a saída. Na minha experiência, já vi pessoas adquirirem boa oralidade. Mas, quando a criança não está se desenvolvendo, tem que mudar de caminho, pois, não dá para trabalhar 5 anos no mesmo caminho.

Você acredita que esse trabalho é viável com surdos profundos?

R: Já vi surdo profundo desenvolver, mas a criança profunda de um a dois anos para dar uma resposta. Mas, se nesses dois anos a criança não se desenvolver, aí, ela perdeu dois anos. Mas, no começo da terapia, ninguém sabe como aquela criança vai se desenvolver. Para muitos o oralismo funciona, mas têm muitos que não funcionam. Cada caso é um caso.

Quais são os profissionais que fornecem orientação aos pais?

R: As próprias estagiárias da Fonoaudiologia, elas fazem reuniões com as mães, para que elas possam trocar experiências e fornecem orientação específica a essas mães. E periodicamente essas mães são chamadas individualmente para conversar sobre o caso de cada um.

Quais são os dados sobre o serviço?

R: Os resultados são limitados porque são feitos por estagiárias, o trabalho não é feito como um profissional faria. O supervisor fica angustiada neste aspecto porque a estagiária demora, fica aquém. Mas, está indo... Eu tenho experiência em clínica, por isso eu sei do resultado que pode ser obtido. E a gente acaba comparando a nossa experiência profissional com o que o aluno consegue fazer. Mas, dentro do possível vai indo.

Você gostaria de colocar mais alguma coisa?

R: Não!

- **Atendimento oralista do Núcleo de Atenção aos Deficientes (NADEF)**

Para obter informações sobre esse atendimento foi feita uma entrevista sem-estruturada com a S (coordenadora do NADEF - Núcleo de Atendimento aos Deficientes)

Quantos pacientes são atendidos?

R: Aqui, nós temos três setores: de estimulação precoce, de surdos e de prematuros.

Gostaria de deter apenas aos surdos!

R: Ao todo somo em cinco fonoaudiólogas, sendo que cada fonoaudióloga atende 40 horas/semana, então, atendemos ao todo, vinte surdos.

Qual a idade dos pacientes?

R: A idade é entre 2 a 15 anos. Desde surdez, com grau de perda profunda a leve.

Existe algum critério para entrar nesse atendimento?

R: Programa de Deficiência Auditiva Fissurado. Nós abrimos mão do uso de aparelho devido a dificuldade na compra. Nós não atendemos pacientes que apresentam alguma outra deficiência associada.

Qual é o método utilizado?

R: Dentro do Oralimo e Comunicação Total, mas a prioridade é o Oralismo. E aqueles que aprendem Língua de Sinais na escola, é aproveitado.

Qual é o objetivo do trabalho?

R: Desenvolver a comunicação (primeiramente a fala), mas também a Comunicação Total.

Como é o funcionamento do serviço?

R: Temos o atendimento individual com os pacientes e o trabalho de orientação aos pais. Além da terapia auditiva, o serviço também faz avaliação auditiva. A fonoaudióloga trabalha não só com as dificuldades que a criança apresenta, mas também as dificuldades de ortografia. Inclusive, usamos a escrita como um apoio para o desenvolvimento da fala. Usamos também figuras junto com a linguagem oral.

Que material vocês utilizam?

R: Usamos material gráfico, livros de história, livros didáticos...

Vocês usam algum tipo de gestos?

R: Aproveitamos a Língua de Sinais daqueles que aprenderam na escola. O que eles sabem nós não descartamos, seja, Língua de Sinais, seja; sinais caseiros, etc.

O que você pensa a respeito da Língua de Sinais?

R: Ela ajuda muito, as de certa forma, ela também segrega porque é pouco conhecida publicamente. Mas, a Língua de Sinais é tão forte para os surdos, que eles acabam usando a Língua de Sinais e a fala. E com os outros surdos, eles usam só a Língua de Sinais. Inclusive, crianças com deficiência auditiva moderada necessitaram de classes especiais que usavam a Língua de Sinais como apoio devido as dificuldades escolares que se encontravam essas crianças. Os surdos quiseram usar a Língua de Sinais para se adaptarem na comunidade surda, pois, se eles não usam, eles são excluídos da comunidade.

A necessidade dos surdos em aprender a Língua de Sinais dificulta o seu trabalho?

R: O desejo deles saberem a língua de sinais dificulta muito o meu trabalho porque a comunicação ouvinte deixa de ser estimulada.

Quais são os profissionais que fornecem orientação aos pais?

R: Quando os casos são graves, a psicóloga é quem fornece orientação familiar, como por exemplo, nos casos, em que há problemas familiares, distúrbios de comportamento, etc. Mas, normalmente é a fonoaudióloga que dá orientação fonoaudiológica e também comportamental aos pais, ou seja, pedimos aos pais que verifiquem a concentração, a compreensão da criança, e o envolvimento delas com a família.

Quais são os dados sobre o serviço?

R: O serviço existe há 8 anos têm sido visto, uma evolução de linguagem, fala e também na parte escolar.

Você gostaria de colocar mais alguma coisa?

R: Gostaria. O maior problema que encontramos aqui neste serviço é o problema financeiro – são pais que não tem dinheiro para concertar o aparelho, não tem como eles virem para cá quando não tem o benefício da Transerp. E um outro fator agravante é que na inclusão, as crianças ficam muito abandonadas, por exemplo, teve uma professora que falou o seguinte para a mãe de uma criança surda que é atendida aqui “Eu não tenho compatibilidade com seu filho, ou sai eu da escola, ou sai ele. Eu não dou conta mesmo, porque além dele que vale por 40 alunos, eu tenho uma classe de 40 alunos. E se você quiser ir à polícia, na delegacia de família, na diretoria da escola, pode ir”. Além disso, tudo, existe uma desestruturação familiar – o pai, não suporta ter um filho com surdez e cai fora. Além da deficiência que gera um desconforto muito grande, têm todas essas questões que também geram um desconforto. Dentro dos familiares que eu atendo, o único casal que ainda estava casado, separou-se a semana passada. “Não é fácil, o buraco é muito fundo”.

- **Serviço oralista da Escola “Fernandes Palma” de Ribeirão-Preto**

Para obter informações sobre esse serviço foi feita uma entrevista sem-estruturada com a R. (coordenadora do projeto tal desenvolvido na Escola Fernandes Palma).

3. Local

O presente estudo foi realizado em Ribeirão-Preto, uma cidade de porte médio do estado de São Paulo, com aproximadamente, 470 mil habitantes. Utilizou-se a sala (Tárcia preciso das medidas da sala) de atendimento (com revestimento acústico) do curso de Musicoterapia, cedida pela Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP) para a realização das sessões.

4. Equipamento e material

Um dos instrumentos utilizados para avaliar o nível de ansiedade foi o IDATE (Anexo 9) - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Spielberger, 1972), adaptado para o Brasil (C.D. Spielberger, Â.M.B. Biaggio e L. Natalício, 1979). Este teste psicométrico é um instrumento seguro e validado por psicólogos. Consiste de duas escalas de auto-relatório, elaboradas para medir dois conceitos distintos: ansiedade-traço e ansiedade-estado.

Foram também utilizados: folhas de ofício (A4), canetas, toca-fita com gravador, fitas cassete, fita de vídeo pequenas, sino, caixa de isopor, gelo, moedas (comum e fria – moeda constantemente inserida em uma caixa de isopor pequena, contendo pedras de gelo), foto (3x4) do filho surdo de cada participante, foto (3x4) de uma pessoa diferente (criança ouvinte com 3 anos de idade, álcool, algodão, esparadrapo, cronômetro, pomadas (TEN 20 conductive - EEG Paste e NUPREP – ECG & EEG Abrasive Skin Prepping Gel). No estudo empregou-se, adicionalmente um computador Pentium 200 MHz com multimídia e

com o programa Wave Ware instalado. Usou-se, acoplado ao computador, um sistema de eletrodos para captar os sinais biológicos: frequência cerebral (EEG) e condutividade elétrica da pele (GSR). Utilizou-se ainda uma poltrona reclinável de descanso, além do uso de uma filmadora portátil Panasonic sobre um tripé, para registro da sessão.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

1) Aspectos Éticos

O estudo foi submetido à aprovação pela Comissão de Ética e pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e da Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP). Coube à pesquisadora informar sobre o destino dos resultados, bem como não especificar o nome dos participantes do projeto.

2) Seleção dos sujeitos

Participaram desse estudo vinte e quatro pais, subdivididos em três grupos com oito integrantes cada: um grupo controle de pais ouvintes de filhos ouvintes, um grupo de pais que freqüentavam serviço bilíngüe e usam LIBRAS, sinais caseiro, fala e escrita no relacionamento com seus filhos surdos e, um último, de pais que freqüentavam serviço oralista e usavam a fala para se comunicar. Além dos grupos experimentais, participou também deste estudo um sujeito como seu próprio controle que era uma mãe que freqüentava o serviço oralista e passou a freqüentar o serviço bilíngüe; buscando recursos a mais para facilitar a comunicação.

Foram realizadas duas sessões com cada um das participantes, sendo a primeira referente a aplicação da escala e a segunda, referente ao delineamento experimental. As sessões foram individuais, com duração de, aproximadamente, 15 e 20 minutos, respectivamente.

O convite aos pais bilíngües⁶ se procedeu da seguinte maneira: no início das atividades do segundo semestre de 2002, com o grupo de apoio aos familiares do projeto “Atendimento Interdisciplinar ao Aluno Surdo”, a pesquisadora fez o convite aos pais (Anexo 2) para participarem do estudo e destacou o caráter voluntário dessa participação, dando a eles o direito de interrompê-la em qualquer momento. Aos pais foi garantido, também, o total sigilo das informações fornecidas. Como estes concordaram em participar, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo 3) no qual constavam todas as explicações necessárias acerca do estudo, dos seus objetivos, de sua relevância, do orientador responsável e dos cuidados éticos a serem preservados, concordando, também, com a divulgação dos dados obtidos na forma de artigos científico.

Aos pais “oralistas”, o convite foi feito individualmente quando eles compareciam na UNAERP para o atendimento clínico fonoaudiólogo (individual) do Curso de graduação em Fonoaudiologia. A pesquisadora levou-os para a sala de atendimento do Curso de Musicoterapia da mesma faculdade, a fim de conversar individualmente com cada um deles, informando-os, oralmente, sobre os objetivos da pesquisa e as questões éticas – anonimato dos participantes, e a não obrigatoriedade de participarem. Como estes pais também concordaram em participar, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Informado.

Para completar este grupo (oralista) buscou-se a colaboração dos sujeitos atendidos individualmente no Núcleo de Atenção aos Deficientes (NADEF) e aqueles que eram atendidos em consultórios particulares da cidade de Ribeirão-Preto. Para isso, contou-se

⁶ Para fins de simplificação, foram denominados pais oralistas aqueles que freqüentam os serviços oralistas e, de maneira semelhante, pais bilíngües os que freqüentam o serviço bilíngüe e pais ouvintes que não freqüentam nenhum tipo de serviço.

com o parecer do Centro de Voluntariado, da Secretaria da Saúde, bem como das fonoaudiólogas dos consultórios particulares, autorizando a realização do estudo nestes locais.

Para completar os grupos experimentais, com a permissão e autorização da diretora de uma escola pública de Ribeirão-Preto, a pesquisadora levou os pais até o local cedido pela própria escola, para fazer o convite; destacando o caráter voluntário, bem como, garantido, o total sigilo das informações fornecidas. Em seguida, eles preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Informado declarando estarem cientes das informações dadas pela pesquisadora.

O convite à participante oralista-bilíngue⁷ foi feito do mesmo modo que o convite aos participantes dos serviços oralistas e bilíngües, respectivamente.

Após a assinatura do termo de consentimento de todos os participantes, foi preenchida a ficha de identificação (Anexo 4) com os dados referentes a: identificação do entrevistado, identificação da criança/adolescente surda e identificação da família. Esta caracterização teve o intuito de obter informações sobre a família, além de conseguir sugestões de dias e horários mais adequados para a realização do experimento.

Anteriormente às sessões, foi solicitado a cada participante que trouxesse uma foto padronizada (3x4) do filho. E ao chegar na sala, o participante foi informado de que para o estudo seria necessário que gravasse com a própria voz o nome do filho.

⁷ Neste estudo, este termo foi usado para identificar a participante que freqüentava o serviço oralista e passou a freqüentar o serviço bilíngüe, ou seja, que participou de mais de um tipo de serviço.

3. Delineamento Experimental

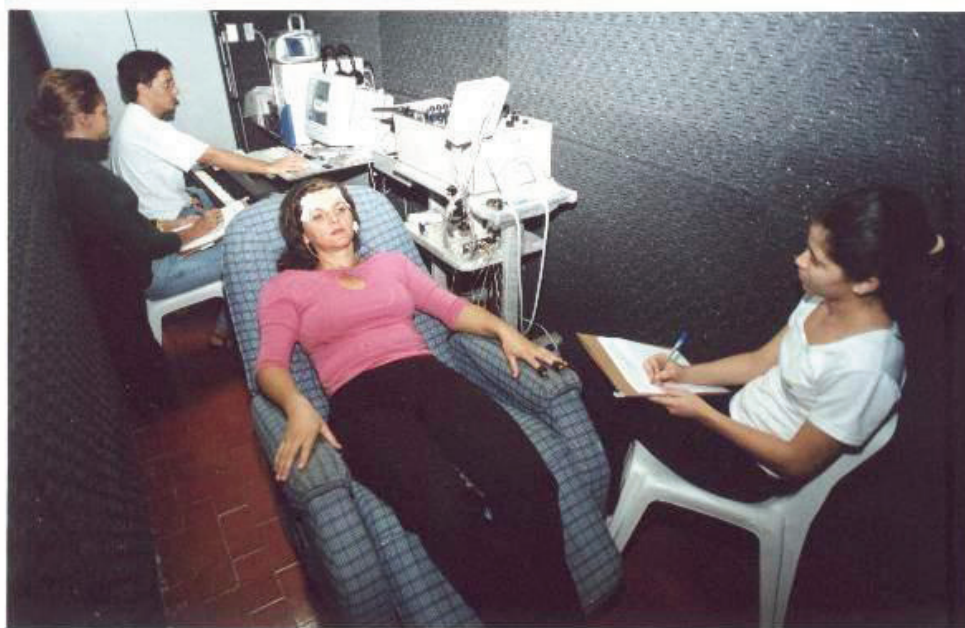
Do ponto de vista metodológico, a presente pesquisa caracterizou-se pelo delineamento conhecido como ABAB. Constitui-se em um dos tipos de delineamento que utiliza o sujeito como seu próprio controle. Constitui de 4 fases, sendo a fase A determinada como linha de base e a fase B denominada fase experimental, em que foram introduzidas as variáveis de controle (ou seja, variáveis independentes).

No início da primeira sessão, as participantes foram conduzidas para a sala de atendimento do curso de Musicoterapia da UNAERP. Primeiramente foi estabelecido um “rapport” inicial. Em seguida a pesquisadora apresentou o local à participante: “Neste computador irá aparecer algumas medidas, está é a poltrona que a sra vai sentar, está é a filmadora – a gente filma porque melhora o dado, facilita o trabalho. A sra permite que a gente filme?”.

Nessa sessão, conduzida pela pesquisadora, foi solicitado às mães que se instalassem na cadeira de descanso o mais comodamente possível.

Logo após, a pesquisadora deu uma instrução inicial: “Assim, como eu estou fazendo em mim, esses fios vão transmitir sinais no computador. Veja na tela. Mas, para fixar estes fios é preciso usar essas pomadas e limpar os locais que serão fixados, como estou limpando em mim. Ao todo, são seis fiozinhos: dois vão na testa, dois vão no dedo e dois vão nas orelhas, vou colocar em mim para você ver. Entendeu? Durante o experimento, eu vou mostrar algumas coisas à você: uma foto, um som, uma moeda... Feche os olhos e relaxe! Podemos começar?”.

Após limpar os dedos, orelhas e a testa dos sujeitos, com algodão e álcool, pingar uma gota da pomada “Nuprep” nas orelhas e na região frontal do hemisfério cerebral direito e esquerdo. Em seguida, a pesquisadora passou os eletrodos do hemisfério cerebral dentro da pomada “Ten 20” e fixou os dois eletrodos na região frontal do hemisfério cerebral direito e esquerdo. Posteriormente, fixaram-se os eletrodos dos dedos e da orelha: dois em cada região auricular e dois nos dedos indicador e médio. Os eletrodos das regiões auriculares possibilitaram captar a frequência cerebral positiva e negativa e, os eletrodos dos dedos, a condutividade elétrica da pele. Enquanto a pesquisadora colocava os eletrodos, mesma ia explicando as mães o que estava acontecendo. Veja a foto a seguir⁸:



⁸ Caro leitor, essa foto possibilita a visualização da sala, e do equipamento utilizado no delineamento experimental. Portanto, as pessoas que aparecem nela, assinaram um termo autorizando a publicação da sua imagem neste trabalho científico.

A sessão foi no máximo de 35 minutos e foi utilizado delineamento experimental ABAB, em três modalidades diferentes: tátil, visual e sonora. Isso significa que cada sujeito foi seu próprio controle. Em cada delineamento, foram apresentadas às participantes quatro tentativas.

Na primeira tentativa do delineamento ABAB tátil, foi apresentado um estímulo neutro (moeda comum); na segunda tentativa, uma moeda fria; na terceira tentativa, o estímulo neutro novamente; e, na última tentativa, a moeda fria novamente. Cada tentativa foi seguida de uma música relaxante até que se observasse o restabelecimento da medida padrão, isto é, a estabilidade das medidas fisiológicas do sujeito mediante a música relaxante.

Após cada tentativa, a pesquisadora ia dizendo aos sujeitos: “Permaneça de olhos fechados”.

Após a última tentativa permaneceu a música relaxante, enquanto a pesquisadora ia dizendo: “Abra os olhos bem devagarinho”.

Em seguida iniciou-se o delineamento experimental ABAB visual. Na primeira tentativa a pesquisadora apresentou à mãe a foto de uma pessoa desconhecida (foto 3x4 de uma criança “normal” com 3 anos de idade); na segunda tentativa foi apresentada a foto (3x4) do filho de cada participante; na terceira tentativa foi apresentada a foto da pessoa desconhecida novamente; e na última tentativa, a foto do filho novamente. Cada tentativa era seguida da música relaxante, até que se observou o restabelecimento do padrão.

Enquanto o programa especial do computador registrou todas as respostas galvânicas da pele e cerebrais – a pesquisadora registrava em que tempo (através de um cronômetro) era apresentado cada estímulo, e o restabelecimento padrão.

Posteriormente, a experimentadora disse: “Agora feche os olhos novamente”.

Em seguida, foi colocada a música relaxante novamente. Quando chegou ao padrão normal, ou seja, quando estabilizou o GSR, a experimentadora, deu início ao delineamento experimental ABAB sonoro. Na primeira tentativa foi colocado o som de um sino; na segunda tentativa, foi colocado pela pesquisadora o som da gravação do nome do filho verbalizado pela própria mãe; na terceira tentativa, foi recolocado o som de um sino; e na última tentativa, recolocado o som da gravação do nome do filho. Durante esse delineamento, foram registradas as oscilações do traçado e o tempo. Cada tentativa foi seguida de uma música relaxante, até que se observou o restabelecimento do padrão.

No decorrer da primeira sessão foi registrado, manualmente; o comportamento de verbalizações (interagir com a experimentadora utilizando um discurso lógico) e o conteúdo das falas de todos os participantes. A definição da categoria verbalização foi realizada a priori, ou seja, antes do delineamento experimental houve uma elaboração prévia de como seria feito o registro deste comportamento (registrar manualmente, a frequência do comportamento de verbalização para cada minuto durante o decorrer da sessão experimental e o conteúdo das falas de todos os participantes), a fim de agilizar a marcação dos dados observados e conseqüentemente aumentar as possibilidades de melhores índices de fidedignidade. A posteriori, por meio da observação de dados obtidos através da filmagem, foram registradas em protocolos as categorias comportamentais dispostas no Quadro 2.

Quadro 2: Categorias comportamentais dos pais.

Categorias comportamentais	Definição
Mudar de posição	Direcionar o corpo para o lado contrário daquele que estava.
Movimentar a língua	Movimentar a língua entre os lábios da boca
Movimentar os olhos	Movimentar os olhos em qualquer direção (esquerda, direita, para cima e para baixo).
Deixar ou permanecer os olhos semi abertos	Meio aberto, não aberto totalmente.
Abrir os olhos	Levantar as pálpebras
Fechar os olhos	Abaixar as pálpebras
Piscar	Movimentos repetitivos de abrir e fechar as pálpebras.
Levantar a mão	Erguer, levantar a mão do braco da poltrona
Direcionar a mão na boca	Deslocar a mão até a parte frontal da boca
Mexer as mãos	Gesticular os dedos das mãos
Manusear objetos	Mexer com as mãos
Rir	Manipular ou exprimir o riso
Chorar	Derramar lágrimas
Sorrir	Rir sem ruído, fazendo apenas ligeira contração dos músculos faciais
Enxugar lágrimas	Secar as lágrimas com as mãos
Mexer as pernas	Movimentar as pernas para direita e para esquerda
Chacoalhar as pernas	Movimentos repetitivos de agitar, sacudir as pernas
Mexer a cabeça	Movimentar a cabeça para qualquer direção (direita, esquerda, para cima e para baixo)
Pegar a moeda	Apanhar a moeda quando escapa da mão
Segurar as fotos	Amparar para que a foto não caia
Coçar o nariz	Esfregar o nariz com as unhas

Na segunda sessão, foi aplicada a escala IDATE (Anexo 4), primeiro a escala ansiedade-estado e em seguida a escala ansiedade-traço, conforme as instruções:

“Nas páginas seguintes há dois questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Não há

respostas certas ou erradas. Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte I e assinale com um círculo um dos números (1 – absolutamente não, 2 – um pouco, 3 – bastante, ou 4 – muitíssimo), à direita de cada pergunta, de acordo com a Instrução do alto da página (leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime do como você se sente neste momento). Quando terminar, passe para a Parte II e proceda do mesmo modo, depois de ler o seu cabeçalho (leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente)”. Estas instruções estão contidas no Manual de psicologia aplicada (Spilberger, Biaggio & Natalício, 1979).

4. Fidedignidade

De acordo com Zuardi (1997), citado por Hetem e Graeff (1997), uma medida de fidedignidade adequada às escalas aplicadas por avaliadores é a fidedignidade interavaliadores. Para satisfazer este critério é necessário que, dois ou mais avaliadores obtenham resultados similares. Dessa maneira, foi realizado o cálculo do índice de concordância dos resultados, solicitado a um observador independente, que não conhecia os participantes da pesquisa, que observasse as categorias comportamentais (Anexo 5) das filmagens, anotando os resultados. O cálculo do índice foi realizado baseado no número de concordância dividido pela soma dos itens concordantes e discordantes multiplicado por 100. O resultado obtido foi de 82% para as categorias comportamentais e 97% para a correção da escala IDATE.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

A caracterização dos participantes deste estudo foi realizada a partir da ficha de identificação.

Os dados da escala IDATE foram analisados segundo a distribuição da média de percentis, conforme a instrução da própria escala citadas a seguir: “A amplitude de escores possíveis para o formulário do IDATE varia de um mínimo de 20 a um máximo de 80, tanto nas subescalas de A-estado como nas de A-traço. Os indivíduos respondem a cada item do IDATE avaliando a si próprios numa escala de quatro pontos, como se apresenta no Caderno dos Questionários. As quatro categorias para escala de A-estado são: 1. Absolutamente não; 2. Um pouco; 3. Bastante; 4. MUITÍSSIMO. As categorias para escala de A-traço são: 1. Quase nunca; 2. às vezes; 3. Frequentemente; 4. Quase sempre. Alguns dos itens do IDATE (ex: “eu estou tenso”) são colocados de tal maneira que uma avaliação 4 indica um alto nível de ansiedade. Enquanto outros itens (ex: sinto-me contente”) são colocados de tal modo que uma avaliação alta significa baixa ansiedade. Os pesos dos itens em que os escores altos indicam alta ansiedade são iguais aos números escurecidos para esses itens no formulário do teste. Para itens em que escores altos indicam baixa ansiedade, os pesos são invertidos. Os pesos de respostas marcadas 1, 2, 3, e 4 para os itens a inverter são 4, 3, 2, e 1, respectivamente. Para reduzir a possibilidade de influência de uma “tendência a aquiescência nas respostas, seria desejável ter escalas balanceadas de A-estado e A-traço, com números iguais de itens para os quais escores altos indicariam alta e baixa ansiedade. A escala de A-estado do IDATE é balanceada para evitar “tendência à aquiescência”, com dez itens contados diretamente e dez inversamente. Não foi possível, entretanto, desenvolver uma escala de A-traço balanceadas com os itens originais. A escala

de A-traço do IDATE tem sete itens invertidos e treze contados diretamente. Os itens invertidos das subescalas do IDATE são: Escala de A-estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 e para Escala de A-traço: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19”.

Quanto as categorias comportamentais, o comportamento de verbalizações (interagir com a experimentadora utilizando um discurso lógico) foi medido apriori , ou seja, antes do delineamento experimental houve uma elaboração prévia de como seria feito o registro deste comportamento (registrar manualmente, a frequência do comportamento de verbalização para cada minuto durante o decorrer da sessão experimental e o conteúdo das falas de todos os participantes), a fim de agilizar a marcação dos dados observados e conseqüentemente aumentar as possibilidades de melhores índices de fidedignidade. Enquanto que os comportamentos de mudar de posição, movimentar a língua, movimentar os olhos, deixar os olhos semi abertos, abrir os olhos, fechar os olhos, piscar, levantar a mão, direcionar a mão na boca, mexer as mãos, manusear objetos, rir, chorar, sorrir, enxugar lágrimas, mexer as pernas, chacoalhar as pernas, mexer a cabeça, pegar a moeda, segurar as fotos e coçar o nariz; foram medidos a posteriori, ou seja, por meio da observação de dados obtidos através da filmagem, houve transcrição (em protocolos) seguida de quantificação do registro da frequência das categorias comportamentais. Por fim, os dados depois de quantificados foram tabulados no “Word” e convertidos em tabela no “Excel”.

A obtenção dos dados biológicos da condutividade elétrica da pele (GSR) e da condutividade cerebral (EEG) dos hemisférios direito e esquerdo foi obtida através do programa “WaveWere”, que posteriormente foram convertidos em valores numéricos através do programa WaveWare. Em seguida, através do programa “Word” tabulamos os dados numéricos para serem posteriormente convertidos em gráficos pelo “Excel”. Os

traçados de EEG e GRS foram avaliados comparando o delineamento ABAB (nas 3 modalidades - tátil, visual e sonora) com as variações que ocorreram nas diversas tentativas e nas apresentações dos estímulos táteis, visuais e auditivos.

Quanto a análise estatística, para a comparação dos níveis médios da condutividade elétrica da pele (GSR), da condutividade cerebral (EEG direito e esquerdo) e da ansiedade estado-traço entre os grupos de pais oralista, bilíngüe e ouvinte foi utilizada a análise não paramétrica de Kruskal-Wallis, por se tratarem de mais que dois grupos independentes para os quais não se deseja fazer nenhuma suposição quanto a normalidade da distribuição ou a igualdade de variância (Siegel, 1975)⁹.

Para a comparação dos níveis médios de ansiedade-estado e ansiedade-traço dentro de um mesmo grupo de pais (oralista, ou bilíngüe ou ouvinte) foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, por se tratar de uma comparação entre duas situações de um mesmo grupo, para o qual não se deseja considerar satisfeitas as exigências para aplicação de teste paramétrico equivalente, como, por exemplo, o teste “t” pareado (Sielger, 1975).

De acordo com a proposição de Sielger (1975) e Trola (1999), para verificação da associação entre as modalidades de comportamentos aleatórios durante o delineamento experimental e o grupo de pais (oralista, bilíngüe ou ouvinte) foi utilizada a estatística de Chi-square (χ^2).

Para o tratamento estatístico dos dados, tanto do ponto de vista descritivo quanto dos testes de significância procedeu-se ao “corte de valores” abaixo do 1º ou acima do 99º percentis. Essa medida proposta por _____ tem como objetivo eliminar valores extremos

⁹ Estatística não paramétrica é aquela em que não se baseia em nenhum parâmetro (por exemplo: média, desvio padrão, etc).

que eventualmente aparecem nessas posições e, se consideradas podem distorcer a realidade apresentada pelos dados.

RESULTADOS

1. Resultados obtidos através da aplicação da escala IDATE

A maioria dos pais do grupo oralista (62,5%) apresentou uma ansiedade-estado maior quando comparado com o restante dos pais do mesmo grupo. Alguns pais que apresentaram alto A-traço (P1, P5, P6, P7) demonstraram elevações de A-estado, mas nem todos pais que diferiram em A-traço (P2, P3, P4, P8) mostraram diferenças correspondentes em A-estado (TABELA 7 e Figura 1).

TABELA 7: Nível da ansiedade-estado dos pais oralistas.

Pais Oralistas										
Ansiedad e-estado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Frequência	%
Superior										
Média superior	1	1	1			1	1		5	62,5 %
Média								1	1	12,5 %
Médio inferior					1				1	12,5 %
Inferior				1					1	12,5 %
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100 %

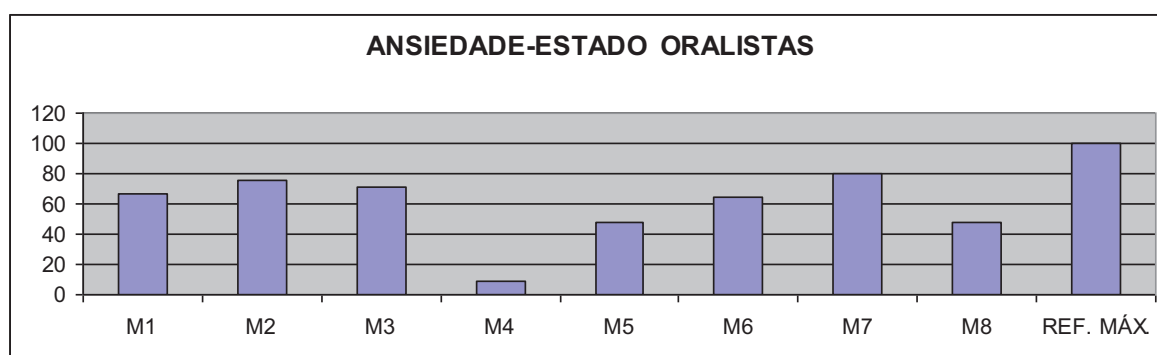


Figura 1: Ansiedade-estado dos pais oralistas

A ansiedade-traço da maioria dos pais (50% superior e 12,5% média superior, totalizando 62,5%) deste grupo foi maior quando comparado com os outros pais do mesmo grupo (TABELA 8 e Figura 2).

TABELA 8: Nível de ansiedade-traço dos pais oralistas

Pais Oralistas

Ansiedad e-traço	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Freqüên- cia	%
Superior		1		1		1		1	4	50%
Média superior							1		1	12,5%
Média	1				1				2	25%
Médio inferior			1						1	12,5%
Inferior										
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100%

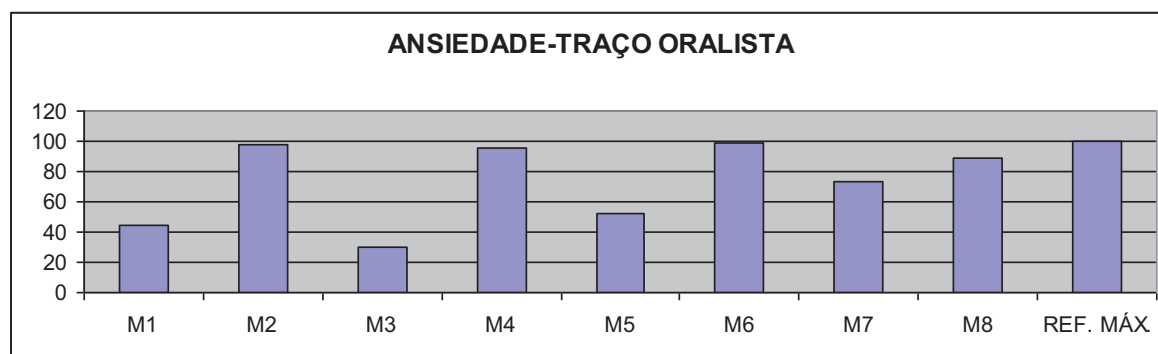


Figura 2: Figura da ansiedade-traço dos pais oralistas

A metade dos pais do grupo bilíngüe (37,5% inferior e 12,5% média inferior, totalizando 50%) apresentou uma ansiedade-estado menor quando comparado com o restante do grupo e 37,5% da outra metade apresentou uma ansiedade-estado média;

restando apenas 12,5% dos pais que obtiveram uma ansiedade-estado alta. (TABELA 9 e Figura 3).

TABELA 9: Nível se Ansiedade-estado dos pais bilíngües

Pais Bilíngües										
Ansiedad e-estado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Frequência	%
Superior										
Média superior			1						1	12,5 %
Média		1					1	1	3	37,5 %
Médio inferior					1				1	12,5 %
Inferior	1			1		1			3	37,5 %
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100 %

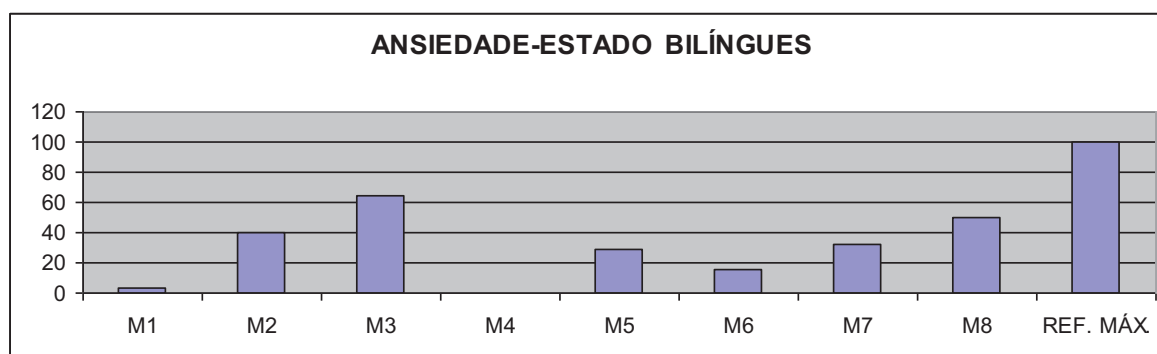


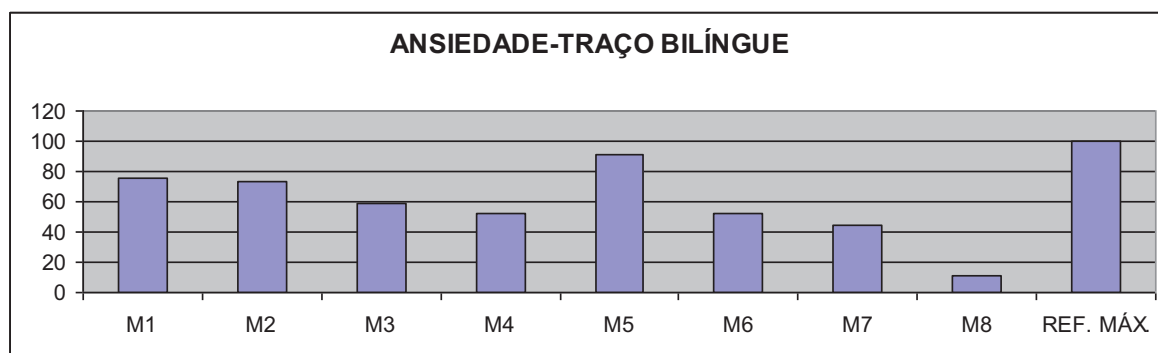
Figura 3: Ansiedade-estado dos pais bilíngües

A metade dos pais bilíngües (50%) apresentou uma ansiedade-traço média, enquanto que 37,5% dos pais da outra metade do grupo apresentaram uma ansiedade-traço superior (12,5%) e média superior (25%) (TABELA 10 e Figura 4).

TABELA 10: Ansiedade-traço dos pais bilíngües

Pais Bilíngües

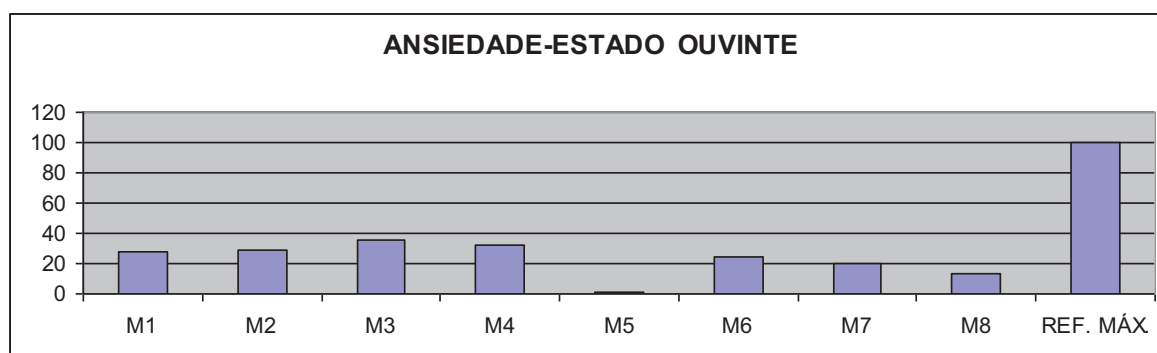
Ansiedad e-traço	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Freqüên- cia	%
Superior					1				1	12,5 %
Média superior	1	1							2	25%
Média			1	1		1	1		4	50%
Médio inferior										
Inferior								1	1	12,5 %
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100 %

**Figura 4:** Ansiedade-traço dos pais bilíngües

Todos os pais do grupo ouvinte apresentaram ansiedade-estado baixa, pois, 75% deles apresentaram uma ansiedade média inferior e 25% uma ansiedade inferior (TABELA 11 e Figura 5).

TABELA 11: Nível de ansiedade-estado dos pais ouvintes

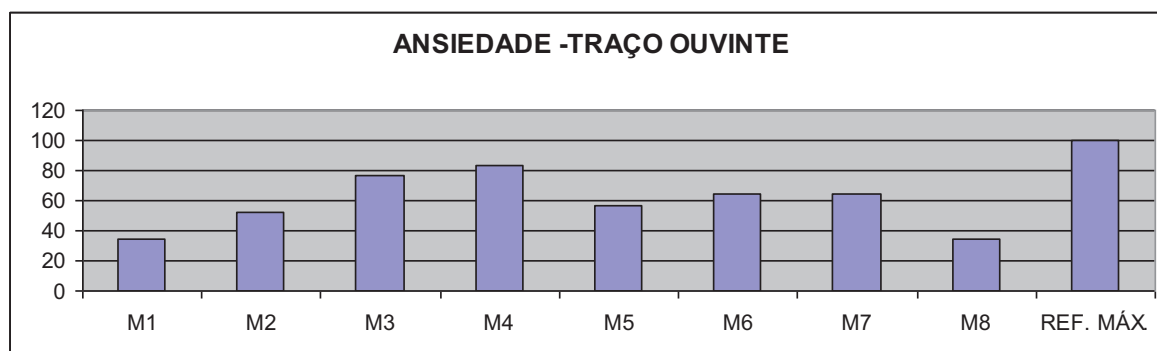
Pais Ouvintes										
Ansiedad e-estado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Freqüên- cia	%
Superior										
Média superior										
Média										
Médio inferior	1	1	1	1		1	1		6	75%
Inferior					1			1	2	25%
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100 %

**Figura 5:** Ansiedade-estado dos pais ouvintes

A metade dos pais ouvintes (50%) apresentou uma ansiedade-traço média, enquanto que a metade da outra metade apresentou uma ansiedade-traço média superior (12,5%) e superior (12,5%), restando apenas 25% dos pais que obtiveram uma ansiedade-traço de 25% (TABELA 12 e Figura 7).

TABELA 12: Ansiedade-traço dos pais ouvintes

Pais Ouvintes										
Ansiedad e-traço	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Frequência	%
Superior				1					1	12,5 %
Média superior			1						1	12,5 %
Média		1			1	1	1		4	50%
Médio inferior	1							1	2	25%
Inferior										
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100 %

**Figura 7:** Ansiedade-traço dos pais ouvintes

Na comparação dos níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço entre os pais de um mesmo grupo (oralista, bilíngüe ou ouvinte) o resultado do teste de significância Wilcoxon não mostrou diferença significativa ($p > 0,05$) (TABELA 13).

TABELA 13: Resultado do teste de significância Wilcoxon das diferenças dos níveis médios de ansiedade-estado e ansiedade-traço entre pais de um mesmo grupo (oralista ou bilíngüe ou ouvinte).

Ansiedade

Estado			Traço		
Oralista	Bilíngüe	Ouvinte	Oralista	Bilíngüe	Ouvinte
NS	NS	SIG	NS	NS	NS
P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05

Pela TABELA 14 e Figura 8 e 9, pode-se notar que o escore médio de ansiedade-estado dos pais oralistas foi maior quando comparado ao dos pais bilíngües e ouvintes. Por outro lado, os pais bilíngües apresentaram um escore médio de ansiedade-estado maior quando comparado ao dos pais ouvintes. Ao passo que o escore médio de ansiedade-traço dos pais oralistas foi maior quando comparado ao dos pais bilíngües e ouvintes. Enquanto que o escore médio de ansiedade-traço dos pais bilíngües foi menor quando comparado ao dos pais ouvintes.

TABELA 14: Média e desvio padrão da ansiedade-estado e ansiedade-traço dos grupos oralista, bilíngüe e ouvinte.

	Oralista		Bilíngüe		Ouvinte	
	Ansiedade-estado	Ansiedade-traço	Ansiedade-estado	Ansiedade-traço	Ansiedade-estado	Ansiedade-traço
Média	64.86	69.43	38.50	55.17	26.00	58.71
Desvio padrão	12.68	27.51	16.87	27.13	7.72	18.98

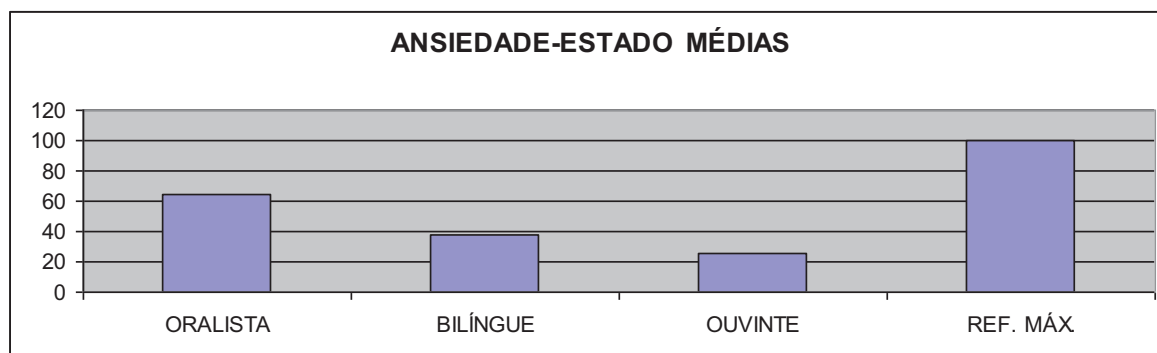


Figura 8: Ansiedade-estado média para todos os grupos (oralistas, bilíngües e ouvintes).

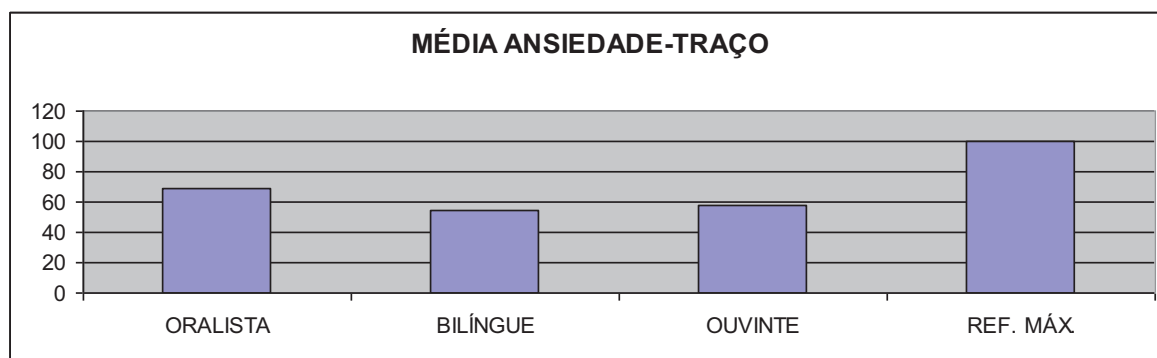


Figura 9: Ansiedade-traço média das mães de todos os grupos (oralista, bilíngüe e ouvinte)

Estatisticamente, o resultado do teste de significância Kruskal-Wallis da diferença dos níveis médios de ansiedade-estado (medida através da escala IDATE) entre os grupos oralista, bilíngüe e ouvinte mostrou uma diferença significativa ($p < 0,01$) entre os grupos oralista e ouvinte. Ao passo que a diferença entre as médias não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre os grupos oralista, bilíngüe e ouvinte para a escala de A-traço (TABELA 15).

TABELA 15: Resultado do teste de significância Kruskal-Wallis das diferenças dos níveis médios de ansiedade entre os grupos oralista, bilíngüe e ouvinte.

Ansiedade					
Estado			Traço		
OR x BI	BI x OU	OR x OU	OR x BI	BI x OU	OR x OU
NS	NS	SIG	NS	NS	NS
P > 0,05	P > 0,05	P < 0,01	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05

A mãe oralista-bilíngüe apresentou uma ansiedade-estado maior no serviço oralista quando comparada com a ansiedade-estado que ela apresentou no serviço bilíngüe (TABELA 16 e Figura 10).

TABELA 16: Ansiedade-estado da mãe oralista-bilíngüe (que freqüentava o serviço oralista e passou a freqüentar o serviço bilíngüe) no serviço oralista e bilíngüe.

Ansiedade-estado	Mãe oralista-bilíngüe no serviço Oralista	Mãe oralista-bilíngüe no serviço Bilíngüe
Superior		
Média Superior	1	
Média		
Média Inferior		
Inferior		1

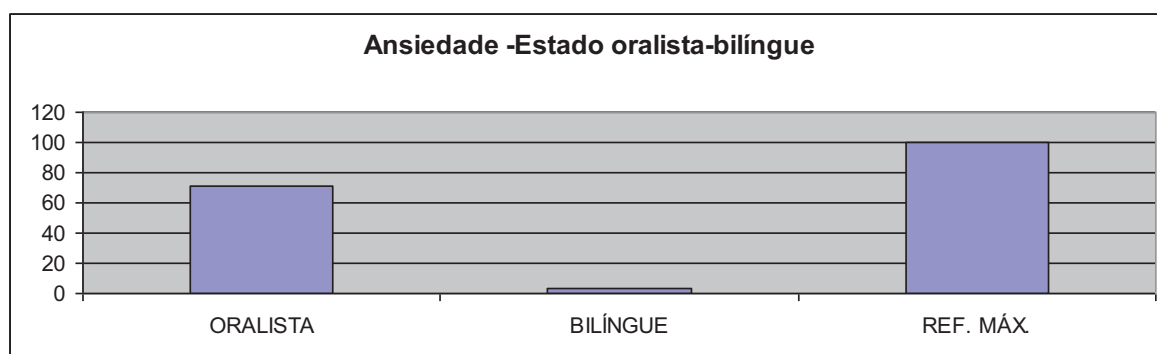


Figura 10: Ansiedade-estado da mãe oralista-bílingue

A mãe oralista-bílingue apresentou uma ansiedade-traço maior no serviço oralista quando comparada com a ansiedade-traço do serviço bílingüe; apesar da ansiedade ter sido alta, em ambos serviços (TABELA 17 e Figura 11).

TABELA 17: Ansiedade-traço da mãe oralista-bílingue no serviço oralista e bílingüe.

Ansiedade-estado	Mãe oralista-bílingue no serviço Oralista	Mãe oralista-bílingue no serviço Bílingüe
Superior	1	
Média Superior		1
Média		
Média Inferior		
Inferior		

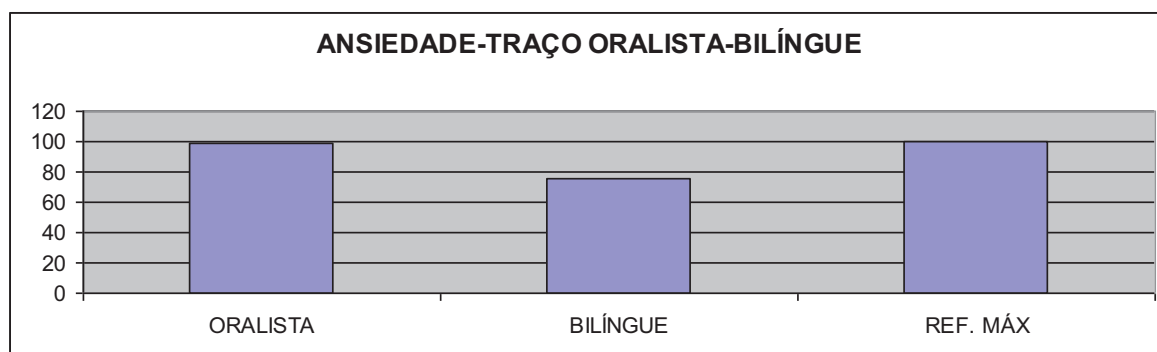


Figura 11: Ansiedade-traço da mãe oralista-Bílingüe

2. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) em todas as apresentações dos estímulos.

A maioria dos pais oralistas apresentou baixa variação na GSR em todas as apresentações dos estímulos, com exceção, dos pais (P3, P4 e P5) que o quadro alterou-se, (houve uma maior variação do GSR) na 1ª tentativa da foto do filho (Ff); na 1ª tentativa do sino (Si) e na 2ª tentativa da moeda comum (MC); e na 1ª tentativa do sino (Si), para os pais P3, P4, e P5; respectivamente (TABELA 18).

TABELA 18: GSR dos pais do grupo oralista (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

P1	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração GSR	0	-0,41	-0,8	0
P1	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)
Alteração GSR	0	-0,41	-0,4	0,4
P1	FP (1ª)	FF (1ª)	FP (2ª)	FF (2ª)
Alteração GSR	-0,4	0	0	-1,21
P2	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração GSR	0	0	0	0
P2	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)
Alteração GSR	0	0	0	0
P2	FP (1ª)	FF (1ª)	FP (2ª)	FF (2ª)
Alteração GSR	0	0	0	0
P3	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração GSR	0,04	0	0	0
P3	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)

Alteração GSR	0,4	2,41	1,61	0
P3	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	-1,61	-0,4	2,41	8,3
P4	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-0,4	2,0	0,4
P4	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	22,49	0,41	0	2,01
P4	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	1,21	-0,4	-0,41	0,4
P5	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	465,06	0
P5	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	13,65	-1,21	-0,4	0,8
P5	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-7,63	2,01	-12,04
P6	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P6	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P6	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P7	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	-0,4	-0,4
P7	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P7	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-1,21	1,2	-0,4

P8	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P8	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P8	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	-1,2

Os pais bilíngües apresentaram baixa variação na GSR na maioria das apresentações dos estímulos. Quando o primeiro estímulo (MC) foi apresentado aos pais (P2 e P6) o quadro alterou-se, pois, houve um aumento na variação da GSR (TABELA 19).

TABELA 19: GSR dos pais do grupo bilíngüe (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

P1	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-0,41	0	-0,4
P1	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0,4
P1	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0,81	0	-0,4
P2	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	27,31	0	0	-0,4
P2	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	2,81	0
P2	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0,41	0,81

P3	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P3	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P3	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P4	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0,4	0	0	0
P4	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	-0,4	0	-0,4	0
P4	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0,4	0	0	0
P5	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P5	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P5	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P6	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	5,63	-0,84	-1,61	0
P6	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	-0,35	-0,4	-0,8	-0,41
P6	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0,4	0	-0,8
P7	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0,4	0	-0,39	-0,41

P7	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0,8	0,4	-0,41	0,4
P7	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	-0,8	0,8
P8	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	1,21	0,4	0,4	2,01
P8	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	1,61	-0,4	0
P8	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	1,2	0,4	0,4	-2,41

Os pais ouvintes, também, apresentaram baixa variação na GSR em todas as apresentações dos estímulos, houve uma maior variação do GSR somente na 1^a tentativa da moeda fria, na 1^a tentativa da foto da criança desconhecida e na 2^a tentativa da foto do filho - para o pai 1 e na 2^a tentativa da moeda comum, na 1^a tentativa da foto do filho e na 2^a tentativa da foto da criança desconhecida - para o pai 4 (TABELA 20) .

TABELA 20: GSR dos pais do grupo ouvinte (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

P1	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0,4	18,5	1,2	-0,4
P1	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	1,61	0,81	-1,2	0
P1	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	-5,62	0,19	-0,4	-11,64

P2	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0,4	1,21
P2	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P2	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	-2,01	0	0	0
P3	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0,4	0	0,41
P3	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0,41	0	0
P3	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P4	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	-0,4	-1,21	10,04	2,41
P4	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	-0,4	0	-0,4
P4	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-27,72	-39,36	-2,01
P5	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P5	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P5	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	-0,18	0
P6	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	1,2	0	0	0
P6	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	-0,4	-0,8	0	0

P6	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	-0,81	2,01
P7	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P7	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P7	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P8	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
P8	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	1,6	0,5	0	0
P8	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-0,4	-0,4	0

A mãe oralista-bilíngue no projeto oralista não apresentou nenhuma variação do GSR em todas as apresentações dos estímulos (TABELA 21).

TABELA 21: GSR da mãe oralista-bilíngue quando ela freqüentava o serviço oralista, a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

M oralista-bilíngue	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0
M oralista-bilíngue	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0

M oralista-bilíngue	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0

A mãe oralista-bilíngue, no projeto bilíngüe apresentou baixa variação na GSR em todas as apresentações dos estímulos (TABELA 22).

TABELA 22: GSR da mãe oralista-bilíngue quando ela passou a frequentar o serviço bilíngue, a variação da GSR durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

M oralista-bilíngue	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração GSR	0	-0,41	0	-0,4
M oralista-bilíngue	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração GSR	0	0	0	0,4
M oralista-bilíngue	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração GSR	0	0,81	0	-0,4

A aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os níveis médios da condutividade elétrica da pele (EEG) durante a apresentação dos estímulos, nos grupos de pais oralista, bilíngüe e ouvinte; mostrou que os estímulos apresentados aos pais durante o delineamento experimental não provocaram alterações significativas ($p < 0,05$), com exceção da primeira apresentação da foto do filho de cada participante que o quadro alterou-se ($p < 0,01$), mas a estatística não acusou em qual grupo (oralista, bilíngüe ou ouvinte) houve essa diferença significativa.

3. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para o grupo de pais oralistas¹⁰.

Durante todo o experimento, houve variações gradativas do GSR com a maioria dos pais do grupo oralista, com exceção dos pais 2 e 6 (P2 e P6) que mantiveram o mesmo valor em toda sessão. Como as medidas da GSR aumentaram gradativamente não foi possível encontrar variações significativas no momento em que os estímulos foram apresentados. Mas, durante a sessão, foi possível perceber que o momento de maior alteração das medidas da GSR foi no decorrer do delineamento experimental visual. Com relação aos pais, aquele que se mostrou mais sensibilizado ao experimento foi o pai 5 (P5), pois, ele apresentou uma maior variação quando comparado com o restante do grupo.

Pela figura 12, observou-se que o pai 1 (P1) iniciou a sessão com uma variação na GSR e essa variação aumentou gradativamente no decorrer do experimento, no entanto, sua variação máxima ocorreu no tempo de 144 segundos que foi exatamente o momento em que a pesquisadora solicitou que a participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual. No mesmo instante em que foi encerrado o delineamento experimental visual, a participante tornou a fechar os olhos, e o valor da GSR abaixou gradativamente. (GSR oscilou de 57 a 86).

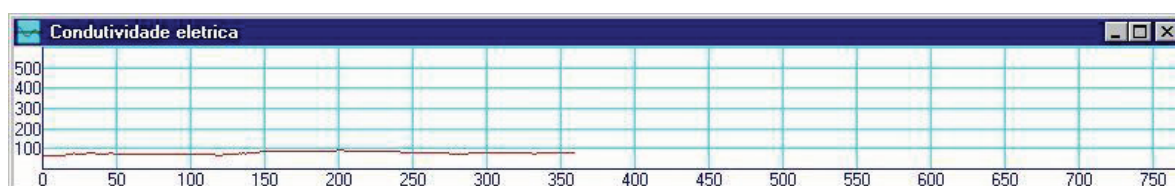


Figura 12: GSR do pai 1 (P1) durante todo o experimento (Tárcia fiquei com dúvida de colocar pai porque não são só pais que participaram).

¹⁰ Nesse estudo não foi realizado um tratamento estatístico nos grupos oralista, bilíngüe e ouvinte, que pudesse comparar os níveis da condutividade elétrica da pele (GSR) e os níveis da condutividade cerebral (EEG direito e esquerdo) durante todo o experimento; visto que, o objetivo deste trabalho foi conhecer as medidas fisiológicas apenas no momento em que foram apresentados os estímulos.

De acordo com a figura 13, o pai 2 (P2) apresentou uma GSR de valor zero na maior parte da sessão, mas, houve alterações mínimas no tempo de 192 segundos, que pelo fato de terem sido baixas, não foi possível visualizar graficamente. No entanto, essa pequena diferença ocorreu no momento em que a pesquisadora solicitou que a participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual (GSR oscilou entre 0 e 4).

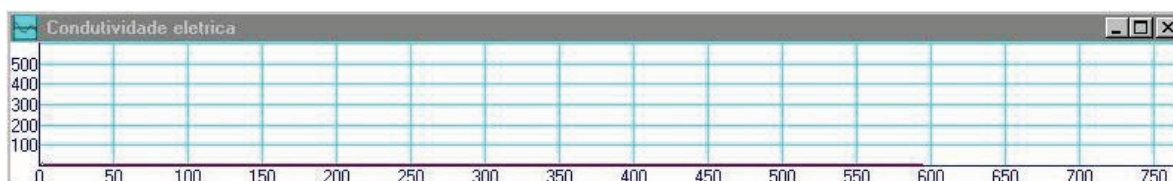


Figura 13: GSR do pai 2 (P2) durante todo o experimento

Para o pai 3 (P3), a figura 14 mostrou que a participante iniciou a sessão com uma variação na GSR e essa variação aumentou no decorrer do experimento, no entanto, sua variação máxima ocorreu no intervalo de tempo entre 378 e 509 segundos, em que ocorreu o delineamento experimental visual. Ao acabar este delineamento; os valores da GSR decresceram gradativamente (GSR oscilou de 73 a 175).

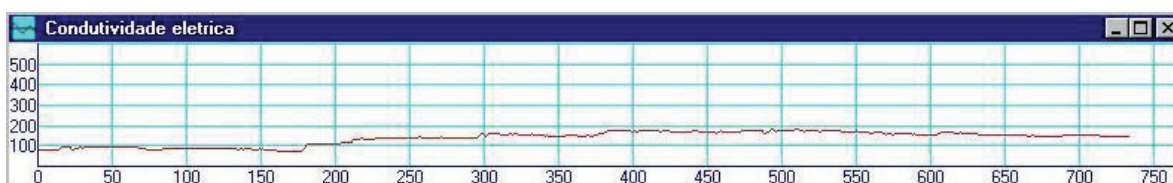


Figura 14: GSR do pai 3 (P3) durante todo o experimento

O pai 4 (P4), mostrou na figura 15, que no início da sessão, a GSR não apresentou variação, porém a variação começou a ocorrer gradativamente no decorrer do experimento; sendo que o valor máximo da GSR ocorreu no momento (228 segundos) em que foi dado início o delineamento experimental visual. Posteriormente, houve um declínio gradual dos valores da GSR (GSR oscilou entre zero e 54).



Figura 15: GSR do pai 4 (P4) durante todo o experimento

O pai 5 (P5) iniciou a sessão com uma variação na GSR. Porém, durante todo o experimento, ou seja, em todos os delineamentos experimentais (táctil, visual e auditivo) houve uma variação bastante significativa entre um segundo e outro, chegando a apresentar picos em um determinado segundo e um declínio súbito no segundo posterior; por exemplo, num determinado segundo, o GSR teve um valor de 527 e no segundo posterior, um valor de 25 (GSR oscilou de 218 a 542).

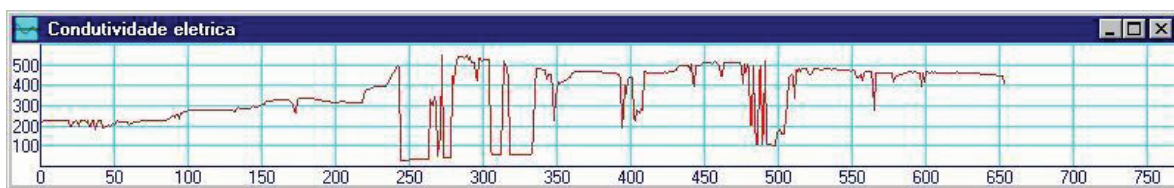


Figura 16: GSR do pai 5 (P5) durante todo o experimento

O pai 6 (P6) apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão (Figura 17).

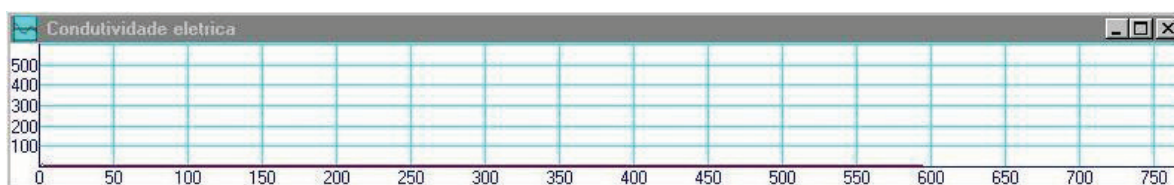


Figura 17: Variação do GSR do pai 6 (P6) durante todo o experimento

No início da sessão, o pai 7 (P7) apresentou um valor zero de GSR. Esse quadro se alterou aos 84 segundos, pois, houve um aumento súbito no momento em que foi apresentado o estímulo moeda fria ao participante. Ainda no delineamento experimental táctil, os valores decresceram e só voltaram a subir aos 216 segundos em que a pesquisadora solicitou que o participante abrisse os olhos para começar o delineamento experimental visual. No decorrer do delineamento experimental visual os valores do GSR

decreceram gradativamente até zerar. Ainda no delineamento visual, os valores da GSR voltaram a subir, chegando a um valor máximo de 130 e passaram a decair novamente e de forma gradativa depois que o participante voltou a relaxar na poltrona; até zerar as medidas (GSR oscilou de 0 a 130).

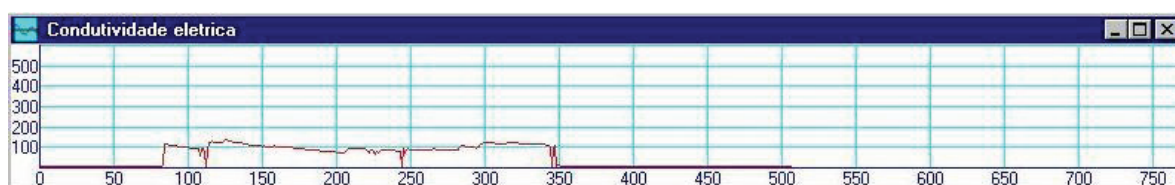


Figura 18: Variação do GSR do pai 7 (P7) durante todo o experimento

O pai 8 (P8) apresentou um GSR praticamente nulo em toda a sessão. Apesar do delineamento experimental visual ter sido iniciado no tempo de 208 segundos, o participante reagiu a este delineamento apenas aos 250º segundos que foi no momento que ele estava vendo a foto do filho, chegando a obter um valor máximo de 12, mas que graficamente não é possível visualizar. Depois que o participante deixou de ver as fotos, esses valores foram decrescendo gradualmente até zerar (GSR oscilou de zero a 12) (Figura 19).

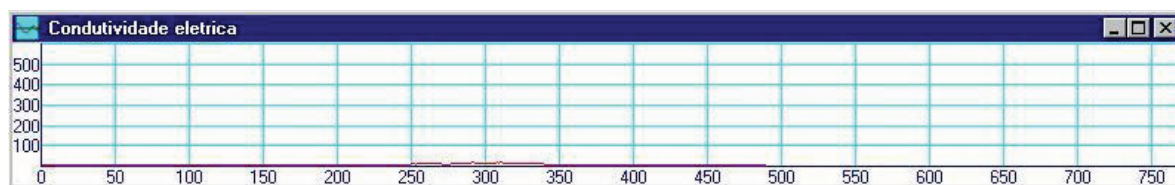


Figura 19: Variação do GSR do pai 8 (P8) durante todo o experimento

4. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para o grupo de pais bilíngües.

Durante todo o experimento, houve algumas variações gradativas da GSR com a maioria dos pais do grupo bilíngüe, com exceção do pai 3 (P3) que manteve o mesmo valor em toda sessão. Como as medidas da GSR aumentaram gradativamente não foi possível

encontrar variações significativas no momento em que os estímulos foram apresentados. Mas, durante a sessão, foi possível perceber que o momento de maior alteração das medidas da GSR foi no decorrer do delineamento experimental táctil, ao contrário dos pais do grupo oralista que apresentou maiores alterações no delineamento experimental visual. Com relação aos pais, aquele que se mostrou mais sensibilizado ao experimento foi o pai 8 (P8), pois, ele apresentou uma curva crescente nas medidas da GSR.

Como mostra a figura 20, o pai 1 (P1) apresentou o mesmo valor da GSR inicial quase que durante toda sessão, mas no início do delineamento experimental táctil, aos 37 segundos, a GSR chegou a um valor máximo de 50. Depois, a GSR começou a decrescer, chegando a ter mínimas elevações no momento em que foram apresentadas as fotos (delineamento visual), mas logo em seguida, voltou a decair até o final da sessão (GSR oscilou entre 34 e 50).

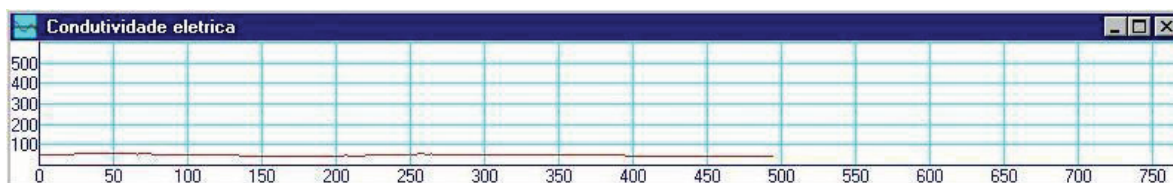


Figura 20: Variação do GSR do pai 1 (P1)

O pai 2 (P2) manteve o mesmo valor da GSR inicial na maior parte da sessão, mas houveram alguns declínios durante o delineamento experimental táctil. Porém, ainda neste delineamento experimental táctil houve um aumento gradual, chegando a um valor máximo de 70, aos 113 segundos; em seguida, começou haver um declínio novamente que se manteve até o final.

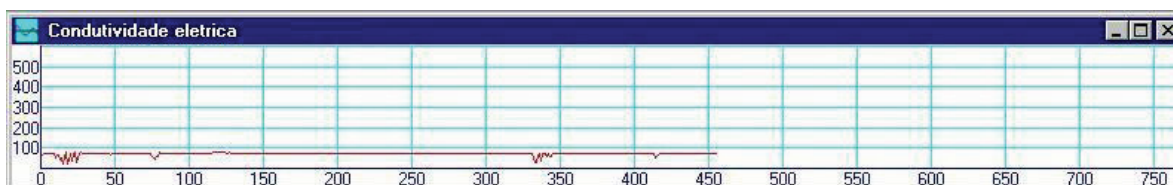


Figura 21: Variação do GSR do pai 2 (P2)

Na maior parte da sessão, a figura 22, mostra que o pai 3 (P3) apresentou uma GSR igual a zero, mas no decorrer do delineamento experimental táctil, a GSR chegou a um valor máximo de 15 entre o período de 69 a 88 segundos. Em seguida, os valores começaram a cair gradativamente até o final da sessão (GSR oscilou entre 0 e 15).

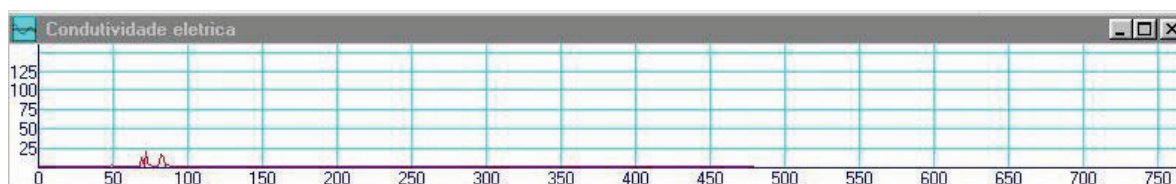


Figura 22: Variação do GSR do pai 3 (P3) durante todo o experimento

Na figura 23 é possível visualizar que o pai 4 (P4) apesar de ter apresentado algumas variações no decorrer do delineamento experimental visual, apresentou uma maior variação da GSR no início do delineamento experimental táctil, aos 87 segundos, chegando a um valor máximo de 77 (GSR oscilou de 51 a 77).

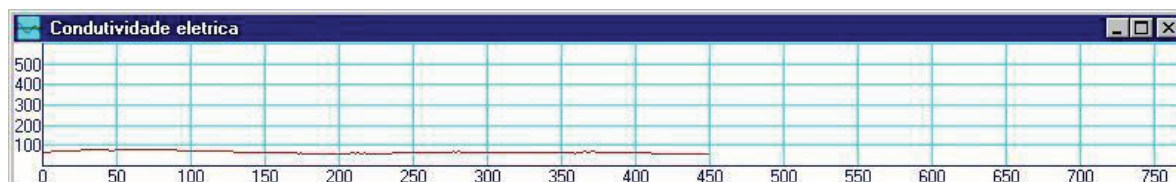


Figura 23: Variação do GSR do pai 4 (P4) durante todo o experimento

O pai 5 (P5) apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão (Figura 24).

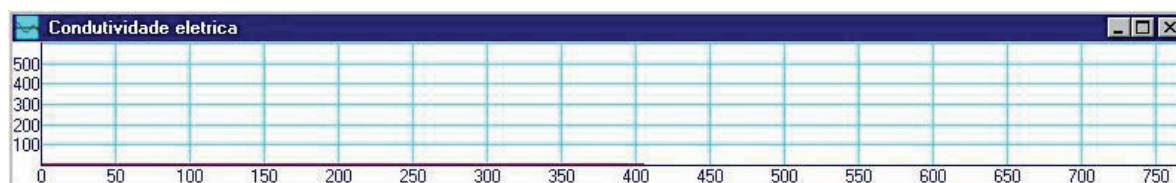


Figura 24: Variação do GSR do pai 5 (P5) durante todo o experimento

Apesar do pai 6 (P6) ter mostrado uma diferença da GSR no momento em que foi apresentado a moeda, houve um pico maior no decorrer do delineamento experimental

visual, aos 248 segundos, pois, a GSR chegou a um valor máximo de 127 (GSR oscilou de 46 a 127).



Figura 25: Variação do GSR do pai 6 (P6) durante todo o experimento

O pai 7 (P7) apesar de ter apresentado algumas variações no decorrer da sessão, o momento em que houve uma maior variação da GSR foi no início do delineamento experimental táctil, aos 143 segundos, chegando a um valor máximo de 35 (GSR oscilou de 16 a 35) (Figura 26).

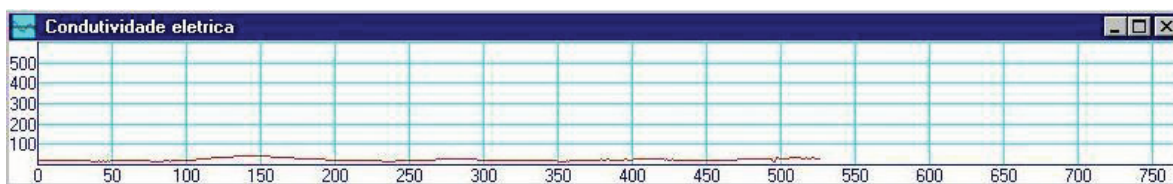


Figura 26: Variação do GSR do pai 7 (P7) durante todo o experimento

O último sujeito desse grupo, o pai 8 (P8) apresentou um aumento gradual em toda sessão, chegando a um valor máximo de 207. Dessa forma, não foi possível detectar em qual delineamento (táctil, visual ou auditivo) que houve maiores alterações nas medidas da GSR (GSR oscilou de 30 a 207) (Figura 27).

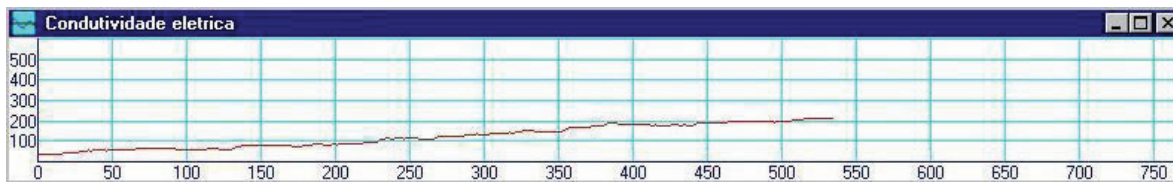


Figura 27: Variação do GSR do pai 8 (P8) durante todo o experimento

5. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para o grupo de pais ouvintes.

Durante todo o experimento, houve variações gradativas do GSR com a maioria dos pais do grupo ouvinte, com exceção do pai 7 que manteve o mesmo valor em toda sessão. Como as medidas da GSR aumentaram gradativamente não foi possível encontrar variações significativas no momento em que os estímulos foram apresentados. Mas, durante a sessão, foi possível perceber que o momento de maior alteração das medidas da GSR, para a maioria dos pais foi no decorrer do delineamento experimental visual, apesar de alguns participantes terem apresentado alterações também no decorrer do delineamento táctil e auditivo. Com relação aos pais, aquele que se mostrou mais sensibilizado ao experimento foi o pai 4 (P4), pois ele apresentou uma maior variação das medidas no decorrer do experimento quando comparados com o restante do grupo.

Como mostra a Figura 28, apesar do pai 1 (P1) ter apresentado variações graduais no decorrer da sessão, o momento que houve uma maior alteração das medidas da GSR foi no decorrer do delineamento experimental visual, aos 221 segundos, chegando a um valor de 93 (GSR oscilou de 52 a 93).

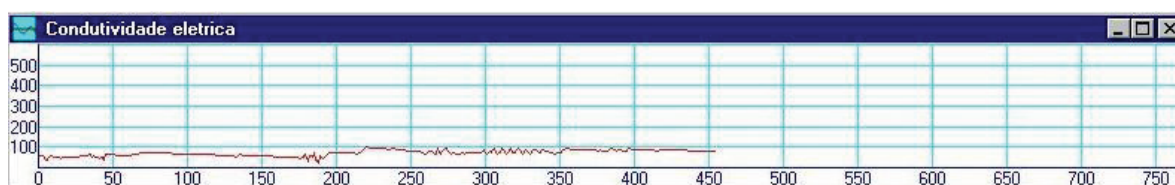


Figura 28: Variação do GSR do pai 1 (P1) durante todo o experimento

O pai 2 (P2) apresentou um GSR praticamente nulo em toda a sessão. Mas, o participante apresentou alterações nas medidas da GSR no decorrer do delineamento experimental táctil, no intervalo de 68 a 111 segundos, chegando a obter um valor máximo de 12, mas que graficamente não é possível visualizar. Depois que o participante deixou de ver as fotos, esses valores foram decrescendo gradualmente até zerar (GSR oscilou de zero a 12) (Figura 29).

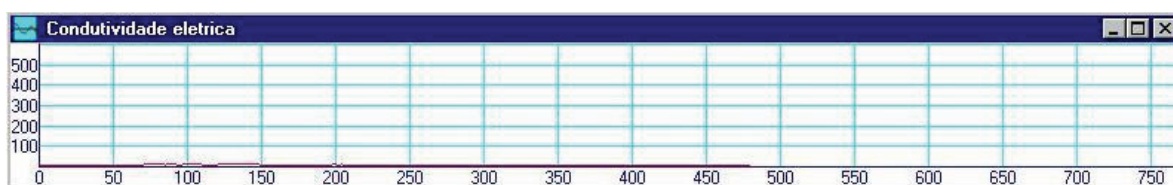


Figura 29: Variação do GSR do pai 2 (P2) durante todo o experimento

Apesar de não ser possível visualizar, o pai 3 (P3) apresentou uma pequena variação (GSR com valor 9) no momento em que ocorreu o delineamento experimental visual, porém este sujeito manteve uma medida constante para GSR de valor igual a 8 durante todo o experimento.

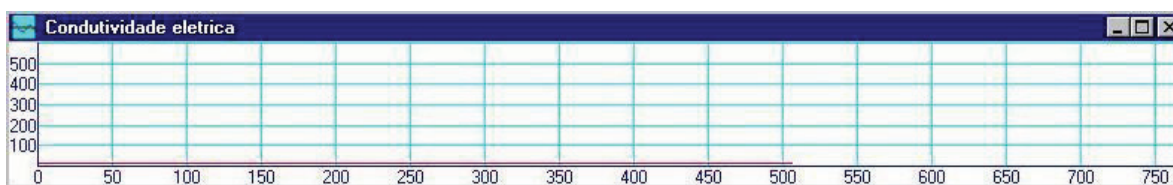


Figura 30: Variação do GSR do pai 3 (P3) durante todo o experimento

O pai 4 (P4) mostrou variações durante a sessão, mas foi no delineamento experimental auditivo que as medidas da GSR chegaram a valores máximos de 225, aos 315 segundos (GSR oscilou entre 160 e 225) (Figura 31).

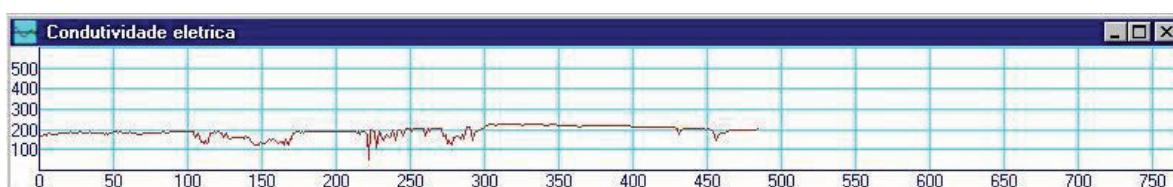


Figura 31: Variação do GSR do pai 4 (P4) durante todo o experimento

A figura 32 mostra que o pai 5 (P5) apresentou uma pequena variação (GSR com valor 9) no momento em que ocorreu o delineamento experimental visual, porém este sujeito manteve uma medida constante para GSR de valor igual a 0 durante todo o experimento (GSR oscilou entre 0 e 9).

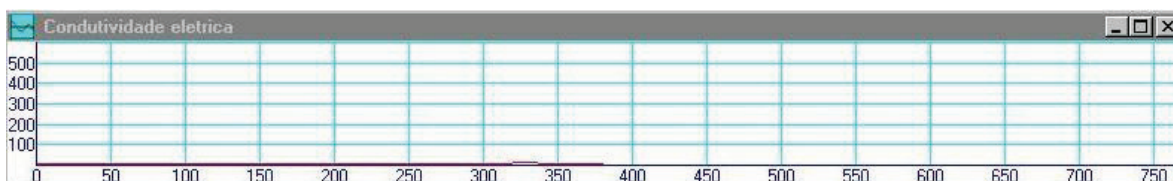


Figura 32: Variação do GSR do pai 5 (P5) durante todo o experimento

O pai 6 (P6) mostrou variações durante a sessão, mas foi no delineamento experimental visual que as medidas da GSR chegaram a valores máximos de 59, aos 341 segundos (GSR oscilou entre 0 e 59) (Figura 31).



Figura 33: Variação do GSR do pai 6 (P6) durante todo o experimento

O pai 7 (P7) apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão (Figura 34).

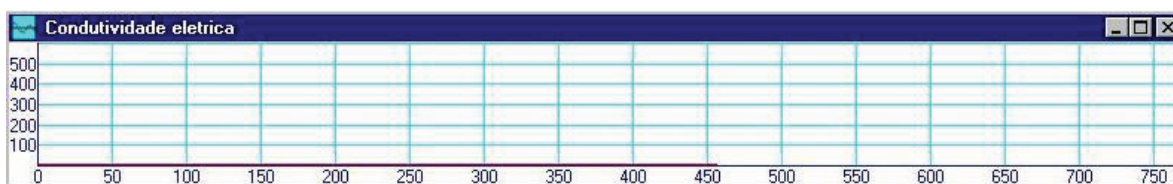


Figura 34: Variação do GSR do pai 7 (P7) durante todo o experimento

No início da sessão, o pai 8 (P8) apresentou um valor zero de GSR. Esse quadro começou a alterar aos 170 segundos em que a pesquisadora solicitou que o participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual, mas foi no delineamento experimental auditivo que o sujeito apresentou uma maior medida da GSR, chegando a um valor máximo de 42 (GSR oscilou de 0 a 42) (Figura 35).

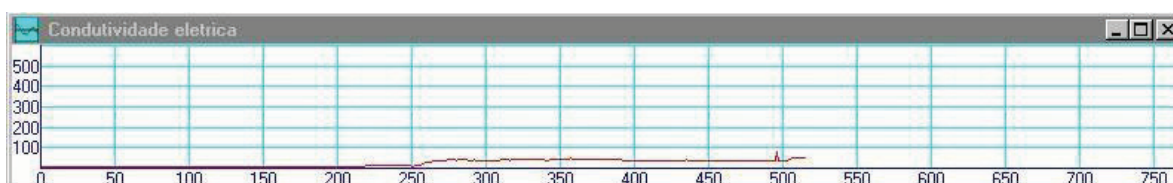


Figura 35: Variação do GSR do pai 8 (P8) durante todo o experimento

7. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para a mãe oralista-bílingue no serviço oralista.

A mãe oralista-bílingue, durante todo o experimento, apresentou uma GSR de valor zero na maior parte da sessão, mas, houve alterações mínimas no tempo de 192 segundos, que pelo fato de terem sido baixas, não foi possível visualizar graficamente. No entanto, essa pequena diferença ocorreu no momento em que a pesquisadora solicitou que a participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual.

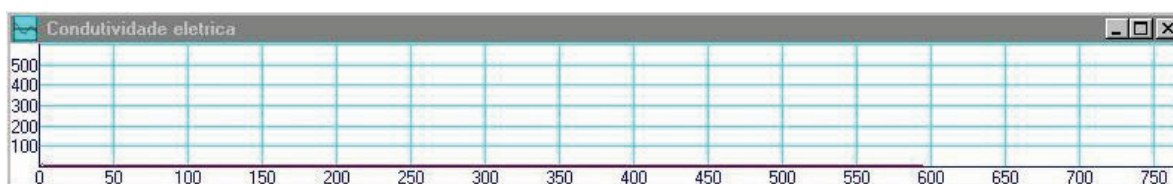


Figura 36: GSR da mãe oralista-bílingue durante todo o experimento no serviço oralista

8. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para a mãe oralista-bílingue no serviço bílingüe.

Como mostra a figura 37, a mãe oralista-bílingue apresentou o mesmo valor da GSR inicial quase que durante toda sessão, mas no início do delineamento experimental tátil, aos 37 segundos, a GSR chegou a um valor máximo de 50. Depois, a GSR começou a decrescer, chegando a ter mínimas elevações no momento em que foram apresentadas as fotos (delineamento visual), mas logo em seguida, voltou a decair até o final da sessão.

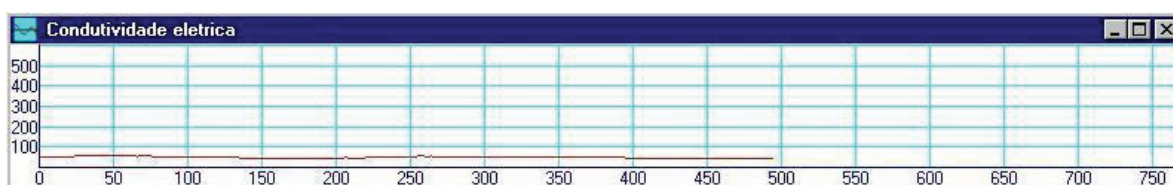


Figura 37: Variação do GSR do pai 1 (P1)

9. Resultados obtidos através do traçado da condutividade cerebral (EEG) do hemisfério esquerdo e direito, em todas apresentações dos estímulos.

A maioria dos pais oralistas apresentou baixa variação da EEG na apresentação dos estímulos. Apesar do pai 2 (P2) ter apresentado uma maior variação (na 1ª tentativa da moeda fria, na 2ª tentativa da moeda comum, na 1ª tentativa da foto da criança diferente e na 2ª tentativa da foto do filho) quando comparado com o restante do grupo, suas ondas cerebrais estavam com frequência entre 10 a 12, permanecendo assim, com ondas cerebrais alfa (TABELA 23).

TABELA 23: EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) dos pais do grupo oralista (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

P1	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração EEG	0,22 HD	0,12 HD	-0,51 HD	-0,36 HD
	0,25 HE	0,55 HE	-0,26 HE	-0,54 HE
P1	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)
Alteração EEG	0,3 HD	0,58 HD	0,25 HD	-0,14 HD
	0,25 HE	0,4 HE	0 HE	0,11 HE
P1	FP (1ª)	FF (1ª)	FP (2ª)	FF (2ª)
Alteração EEG	-0,57 HD	-0,29 HD	1,33 HD	-0,09 HD
	-0,13 HE	-0,76 HE	3,06 HE	-0,45 HE
P2	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração EEG	3,07 HD	12,53 HD	10,07 HD	-2,19 HD
	3,47 HE	12,07 HE	6,95 HE	-1,43 HE
P2	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)
Alteração EEG	2,25 HD	3,61 HD	-1,35 HD	1,93 HD
	3,19 HE	0,11 HE	-0,41 HE	1,92 HE

P2	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	8,83 HD	2,94 HD	3,31 HD	3,93 HD
	5,59 HE	3,87 HE	3,5 HE	5,52 HE
P3	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	0,16 HD	0,56 HD	-0,29 HD	-1,34 HD
	0,75 HE	0,31 HE	-0,13 HE	-1,39 HE
P3	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	0 HD	3,7 HD	0,81 HD	0,13 HD
	0,12 HE	6,61 HE	0,91 HE	0,15 HE
P3	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,22 HD	-0,07 HD	1,19 HD	1,46 HD
	-1,18 HE	-0,3 HE	1,05 HE	1,73 HE
P4	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,4 HD	-0,6 HD	0,46 HD	0,09 HD
	-0,33 HE	-0,72 HE	-0,08 HE	0,05 HE
P4	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	1,14 HD	0,25 HD	0,06 HD	-1,72 HD
	1,07 HE	0,22 HE	-0,12 HE	-1,58 HE
P4	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,32 HD	0 HD	0,19 HD	-0,11 HD
	-0,03 HE	0,09 HE	-0,61 HE	-0,05 HE
P5	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	0,08 HD	-0,25 HD	1,4 HD	-9,01 HD
	-0,32 HE	0,12 HE	6,68 HE	-9,01 HE
P5	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,42 HD	-1,27 HD	-0,22 HD	-0,32 HD
	0,59 HE	-0,64 HE	-0,07 HE	-0,93 HE
P5	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	0,16 HD	1,91 HD	0,08 HD	0,65 HD
	0,19 HE	0,44 HE	-0,28 HE	0,61 HE

P6	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,35 HD	0,06 HD	0,11 HD	0 HD
	0,03 HE	0,11 HE	0,09 HE	0 HE
P6	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	0 HD	0,5 HD	0 HD	0 HD
	0 HE	-0,14 HE	0 HE	0 HE
P6	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,16 HD	0,29 HD	0,12 HD	0 HD
	-0,5 HE	-0,03 HE	-0,12 HE	0,11 HE
P7	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,22 HD	0,01 HD	1,2 HD	-0,96 HD
	0,1 HE	0,2 HE	0,96 HE	-0,62 HE
P7	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,88 HD	-0,03 HD	-0,12 HD	0,64 HD
	-0,4 HE	-0,21 HE	-0,1 HE	0,77 HE
P7	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,25 HD	0,32 HD	-0,43 HD	3,3 HD
	-1,38 HE	0,31 HE	-1,07 HE	3,27 HE
P8	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	3,74 HD	2,18 HD	-1,14 HD	3,87 HD
	5,46 HE	1,09 HE	-0,25 HE	4,78 HE
P8	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-1,76 HD	-1,51 HD	-2,17 HD	-2,16 HD
	0,19 HE	-0,4 HE	0,18 HE	-0,58 HE
P8	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,53 HD	-1,42 HD	-0,05 HD	0,26 HD
	-0,07 HE	-0,07 HE	-0,1 HE	0,47 HE

A maioria dos pais bilíngües apresentou baixa variação da EEG na apresentação dos estímulos. Apesar dos pais 1 (P1), 5 (P5) e 8 (P8) terem apresentado uma variação maior na 1^a e 2^a tentativa da moeda fria para, o pai 1 (P1); na 1^a tentativa da moeda comum e na 2^a

tentativa da moeda fria, para o pai 5 (P5); e 2ª tentativa da gravação, para o pai 8 (P8); quando comparado com o restante do grupo, suas ondas cerebrais estavam com frequência inferiores a 12, permanecendo assim, com ondas cerebrais alfa (TABELA 24).

TABELA 24: EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) dos pais do grupo bilíngüe (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

P1	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração EEG	1,25 HD	0,48 HD	-0,68 HD	3,4 HD
	-0,23 HE	6,92 HE	-0,11 HE	8,86 HE
P1	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)
Alteração EEG	-0,71 HD	0,47 HD	-0,29 HD	-0,43 HD
	-0,75 HE	-0,33 HE	-0,03 HE	-0,15 HE
P1	FP (1ª)	FF (1ª)	FP (2ª)	FF (2ª)
Alteração EEG	0,06 HD	-0,38 HD	-0,34 HD	0,11 HD
	-0,1 HE	-0,11 HE	-0,36 HE	0,6 HE
P2	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração EEG	0,07 HD	0,37 HD	0,1 HD	0,53 HD
	0,97 HE	-0,16 HE	0,35 HE	0,37 HE
P2	Si (1ª)	Gç (1ª)	Si (2ª)	Gç (2ª)
Alteração EEG	1,1 HD	0,36 HD	-0,22 HD	-0,02 HD
	1,04 HE	0,42 HE	-0,73 HE	0,46 HE
P2	FP (1ª)	FF (1ª)	FP (2ª)	FF (2ª)
Alteração EEG	1,84 HD	-0,09 HD	-0,19 HD	1,15 HD
	1,71 HE	-0,14 HE	1,12 HE	-0,71 HE
P3	MC (1ª)	MF (1ª)	MC (2ª)	MF (2ª)
Alteração EEG	-0,75 HD	1,51 HD	-0,53 HD	-0,17 HD
	-0,19 HE	0,96 HE	-3,02 HE	0,86 HE

P3	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,08 HD	-1,1 HD	0,21 HD	1,81 HD
	-0,14 HE	-0,08 HE	-1,16 HE	0 HE
P3	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,07 HD	-0,2 HD	0,33 HD	-0,16 HD
	1,61 HE	-0,04 HE	0,14 HE	0,07 HE
P4	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	0,74 HD	0,23 HD	-0,2 HD	6,85 HD
	-0,28 HE	-0,26 HE	1,38 HE	0,59 HE
P4	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	1,17 HD	0,01 HD	0,89 HD	0,77 HD
	-1,62 HE	-0,17 HE	-0,72 HE	0,2 HE
P4	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	0,12 HD	0,2 HD	-0,11 HD	-0,53 HD
	0,43 HE	-0,44 HE	0,4 HE	0,24 HE
P5	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	6,43 HD	-0,27 HD	1,93 HD	0,31 HD
	1,44 HE	0,8 HE	2,05 HE	9,88 HE
P5	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,19 HD	-0,14 HD	0,82 HD	0,72 HD
	0,11 HE	-0,25 HE	0,31 HE	0,23 HE
P5	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	1,62 HD	-1,18 HD	-0,32 HD	0,32 HD
	0,32 HE	-0,12 HE	-0,36 HE	-3,34 HE
P6	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	1,02 HD	-1,05 HD	-0,95 HD	-0,21 HD
	1,08 HE	-0,41 HE	-0,97 HE	-0,63 HE
P6	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,37 HD	-0,37 HD	1,63 HD	-0,47 HD
	-0,42 HE	-0,99 HE	2,58 HE	-0,07 HE

P6	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,67 HD	-0,17 HD	0,21 HD	0,15 HD
	-1,24 HE	-0,3 HE	0,74 HE	0,63 HE
P7	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	0,25 HD	4,26 HD	0,05 HD	1,78 HD
	-0,23 HE	-0,4 HE	-0,37 HE	-0,38 HE
P7	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,52 HD	-0,75 HD	-1,43 HD	-5,47 HD
	1,23 HE	-1,96 HE	0,2 HE	-1,45 HE
P7	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,28 HD	0,95 HD	-0,89 HD	0,32 HD
	-0,5 HE	-0,28 HE	0,49 HE	-0,76 HE
P8	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	0,68 HD	-0,25 HD	0,95 HD	0,51 HD
	0,77 HE	-0,19 HE	0,83 HE	0,33 HE
P8	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,07 HD	0,07 HD	-0,05 HD	5,77 HD
	-0,06 HE	0 HE	-0,29 HE	5,74 HE
P8	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	0,25 HD	1,45 HD	0 HD	0,26 HD
	0,24 HE	1,44 HE	-0,05 HE	0,13 HE

O fato dos pais 2, 4, 5, 7, 8 do grupo ouvinte terem apresentado algumas variações na condutividade cerebral (EEG), tais como; o pai 2 (P2) apresentou variação na 1^a tentativa da foto do filho, o pai 4 (P4) na 2^a tentativa da foto da criança diferente, o pai 5 (P5) na 2^a tentativa da moeda comum, o pai 7 (P7) na 2^a tentativa da moeda fria e o pai 8 (P8) na 2^a tentativa da moeda comum; não significa que essas alterações foram significativas, pois, os valores da condutividade cerebral estavam com frequência inferiores a 12, permanecendo assim, com ondas cerebrais alfa (TABELA 25).

TABELA 25: EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) dos pais do grupo ouvinte (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8), a variação da EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

P1	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,26 HD	-0,29 HD	0,16 HD	0,02 HD
	-0,2 HE	-0,03 HE	-0,23 HE	0,43 HE
P1	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,69 HD	-0,34 HD	-0,31 HD	0,3 HD
	-0,37 HE	-0,3 HE	-0,08 HE	0,02 HE
P1	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,22 HD	-0,51 HD	0,49 HD	0,3 HD
	-1,16 HE	-0,29 HE	0,3 HE	0,35 HE
P2	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,51 HD	-0,26 HD	1,46 HD	2,44 HD
	-0,48 HE	0,22 HE	1,9 HE	2,52 HE
P2	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	0,1 HD	0,05 HD	0,24 HD	-0,31 HD
	-0,52 HE	0,02 HE	0,59 HE	-0,23 HE
P2	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	3,48 HD	6,41 HD	3,44 HD	2,49 HD
	3,46 HE	6,34 HE	2,34 HE	2,31 HE
P3	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,04 HD	-0,02 HD	0,17 HD	0,46 HD
	0,08 HE	-0,02 HE	0,66 HE	0,45 HE
P3	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	0,19 HD	0,05 HD	0,18 HD	-0,05 HD
	0,07 HE	0,14 HE	0,41 HE	-0,07 HE
P3	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	0,79 HD	-0,21 HD	1,21 HD	0,22 HD
	0,93 HE	-0,14 HE	0,5 HE	0,41 HE

P4	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,31 HD	1,22 HD	0,39 HD	-0,27 HD
	0,72 HE	-0,12 HE	-0,15 HE	-0,1 HE
P4	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-1,29 HD	0,16 HD	0,2 HD	0,49 HD
	-0,46 HE	-0,05 HE	-6,92 HE	-1,11 HE
P4	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,18 HD	-1,5 HD	-1,5 HD	-0,12 HD
	-0,31 HE	0,68 HE	10,49 HE	-1,11 HE
P5	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	1,87 HD	1,05 HD	9,15 HD	0,27 HD
	2,38 HE	1,53 HE	8,71 HE	0,07 HE
P5	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,07 HD	1 HD	1,77 HD	0,14 HD
	0,35 HE	-1,54 HE	0,54 HE	0,36 HE
P5	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	0,58 HD	0,29 HD	-0,21 HD	0,15 HD
	0,66 HE	0,27 HE	-0,47 HE	-0,19 HE
P6	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,28 HD	-0,77 HD	-0,09 HD	-0,43 HD
	-0,12 HE	-0,3 HE	-0,11 HE	-0,87 HE
P6	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	0,25 HD	-1,79 HD	-0,63 HD	-4 HD
	0,12 HE	-1,78 HE	-0,68 HE	-4,53 HE
P6	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	0,29 HD	0,08 HD	2,89 HD	1,64 HD
	0,23 HE	-0,11 HE	3,29 HE	1,58 HE
P7	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	0,16 HD	3,28 HD	1,98 HD	7,04 HD
	0,26 HE	3,05 HE	1,46 HE	6,88 HE

P7	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,31 HD	0 HD	-0,28 HD	-0,59 HD
	-0,09 HE	0,07 HE	0,43 HE	0,07 HE
P7	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-0,03 HD	-0,02 HD	-0,13 HD	-0,05 HD
	-0,03 HE	-0,57 HE	-0,03 HE	-0,05 HE
P8	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	-1,52 HD	-0,81 HD	4,57 HD	-0,1 HD
	-2,25 HE	-0,32 HE	5,04 HE	-0,3 HE
P8	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	2,66 HD	-0,28 HD	-1,65 HD	-0,56 HD
	2,39 HE	-1,61 HE	-2,81 HE	0 HE
P8	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	-2,3 HD	-0,25 HD	0,31 HD	-0,18 HD
	-1,34 HE	-7,3 HE	0,13 HE	-0,16 HE

A mãe oralista-bilíngue, no serviço oralista, apresentou variações da condutividade cerebral (EEG) nas seguintes tentativas: 1^a tentativa da moeda fria, 2^a tentativa da moeda comum, 1^a tentativa da foto do filho e na 2^a tentativa da foto da criança diferente, no entanto, essas variações não equivalem dizer que o cérebro estava ativado, pois, as ondas cerebrais estavam com frequência entre 10 a 12, ou seja, os valores não ultrapassaram frequência 15, estando as ondas cerebrais no estado alfa (TABELA 26).

TABELA 26: EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) da mãe oralista-bilíngue quando ela freqüentava o serviço oralista, a variação da EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

Mãe oralista-bilíngue	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	3,07 HD	12,53 HD	10,07 HD	-2,19 HD
	3,47 HE	12,07 HE	6,95 HE	-1,43 HE
Mãe oralista-bilíngue	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	2,25 HD	3,61 HD	-1,35 HD	1,93 HD
	3,19 HE	0,11 HE	-0,41 HE	1,92 HE
Mãe oralista-bilíngue	FP (1 ^a)	FF (1 ^a)	FP (2 ^a)	FF (2 ^a)
Alteração EEG	8,83 HD	2,94 HD	3,31 HD	3,93 HD
	5,59 HE	3,87 HE	3,5 HE	5,52HE

A mãe oralista-bilíngue, no serviço bilíngüe também apresentou uma variação na 2^a tentativa da moeda fria, mas as ondas cerebrais não ultrapassaram a frequência de 15, então essa mãe permaneceu no estado alfa (TABELA 27).

TABELA 27: EEG do hemisfério direito (HD) e do hemisfério esquerdo (HE) da mãe oralista-bilíngue quando ela passou a freqüentar o serviço bilíngue, a variação da EEG durante a apresentação da moeda comum (MC), da moeda fria (MF), do sino (Si), da gravação da própria voz (Gç), da foto do filho (FF) e da foto de uma pessoa desconhecida (FP).

Mãe oralista-bilíngue	MC (1 ^a)	MF (1 ^a)	MC (2 ^a)	MF (2 ^a)
Alteração EEG	1,25 HD	0,48 HD	-0,68 HD	3,4 HD
	-0,23 HE	6,92 HE	-0,11 HE	8,86 HE
Mãe oralista-bilíngue	Si (1 ^a)	Gç (1 ^a)	Si (2 ^a)	Gç (2 ^a)
Alteração EEG	-0,71 HD	0,47 HD	-0,29 HD	-0,43 HD
	-0,75 HE	-0,33 HE	-0,03 HE	-0,15 HE

Mãe oralista-bilíngue	FP (1ª)	FF (1ª)	FP (2ª)	FF (2ª)
Alteração EEG	0,06 HD	-0,38 HD	-0,34 HD	0,11 HD
	-0,1 HE	-0,11 HE	-0,36 HE	0,6 HE

A aplicação do teste de Kruskal-Wallis para comparar os níveis médios da condutividade cerebral (EEG) do hemisfério direito e esquerdo nos grupos de pais oralista, bilíngüe e ouvinte, mostrou que os estímulos apresentados aos pais durante o delineamento experimental não provocaram alterações significativas ($p > 0,05$).

10. Resultados obtidos através do traçado da condutividade cerebral (EEG) durante todo o experimento para o grupo de pais oralistas.

A maioria dos pais oralistas apresentou condutividade cerebral superior a 15, deixando o estado alfa e passando para um estado beta, em que as ondas cerebrais tornam-se mais ativadas. Ao contrário da maioria dos pais oralistas, os pais 1 (P1), 6 (P6) e 9 (P9) não apresentaram variações igual ou acima de 15, permanecendo no estado alfa. Apesar das ondas cerebrais terem oscilado no decorrer do experimento, essa oscilação não foi significativa no momento da apresentação dos estímulos. Durante a sessão, alguns pais apresentaram ondas cerebrais acima de 15 nos delineamentos táctil, visual e auditivo (P2 e P3) e outros nos delineamentos táctil e auditivo (P4, P5, P7).

Durante todo o experimento, o pai 1 (P1) apresentou ondas cerebrais com frequência máxima de 13, no momento do delineamento experimental visual, mas como a frequência não foi superior a 15, podemos dizer que as ondas cerebrais estavam no estado alfa (Figura 38 e 39).

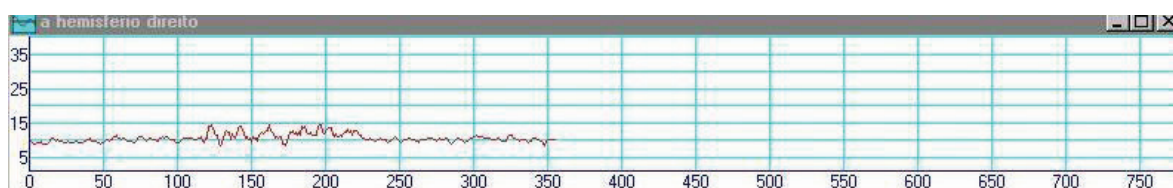


Figura 38: Variação do EEG direito do pai 1 (P1) durante todo o experimento

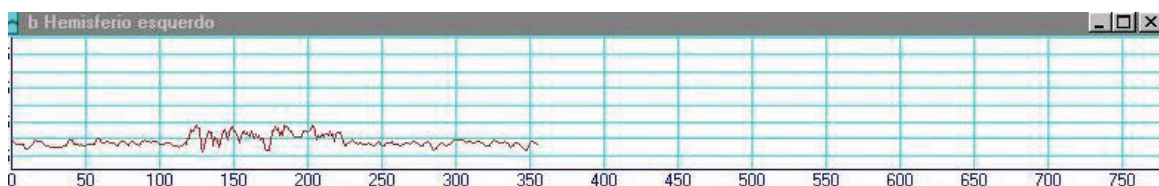


Figura 39: Variação do EEG esquerdo do pai 1 (P1) durante todo o experimento

Em todos os delineamentos (táctil, auditivo e visual), o pai 2 (P2) apresentou uma frequência máxima de 20 e mínima de 3, ou seja, ora ele estava no estado alfa, ora no estado beta (quando as ondas cerebrais ultrapassavam uma frequência de 15). Dessa maneira, podemos dizer que este pai, em alguns momentos, apresentou um cérebro ativado (Figura 40 e 41).

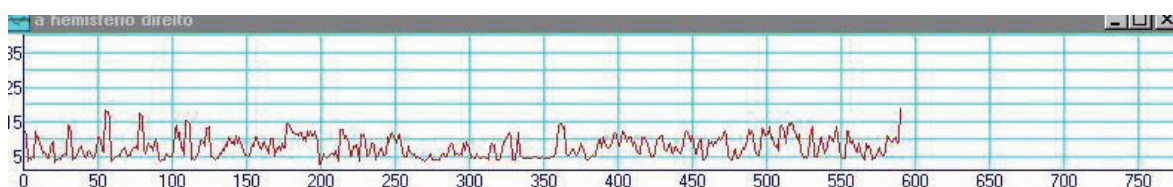


Figura 40: Variação do EEG direito do pai 2 (P2) durante todo o experimento

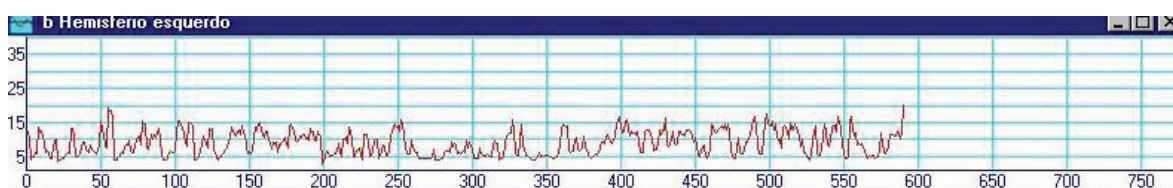


Figura 41: Variação do EEG esquerdo do pai 2 (P2) durante todo o experimento

Em todos os delineamentos (táctil, auditivo e visual), o pai 3 (P3) apresentou algumas vezes, uma frequência máxima superior a 15, isso equivale dizer que nesses momentos, as ondas beta tomaram o lugar das ondas alfa. A frequência mínima foi de 3 (Figura 42 e 43).

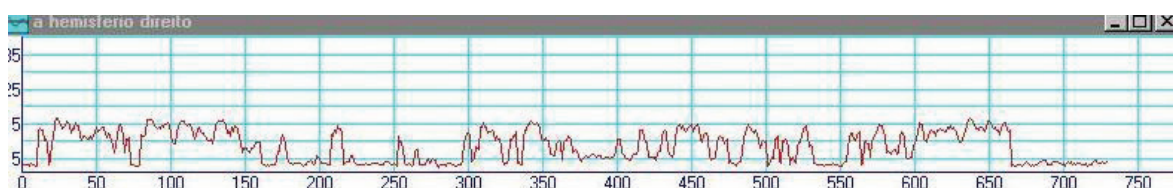


Figura 42: Variação do EEG direito do pai 3 (P3) durante todo o experimento

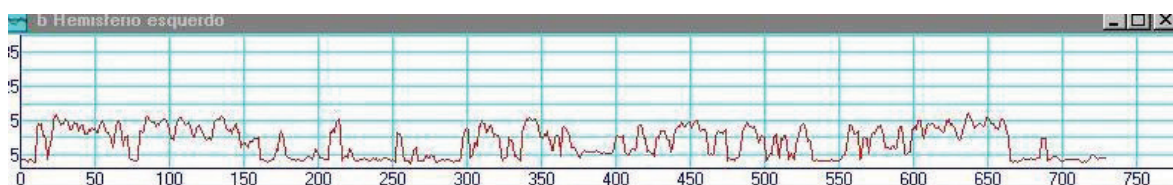


Figura 43: Variação do EEG esquerdo do pai 3 (P3) durante todo o experimento

A frequência do pai 4 (P4) oscilou de 2 a 16 no delineamentos tácteis e auditivos, então ora as ondas cerebrais se encontravam em estado alfa e ora em estado beta (Figura 44 e 45).

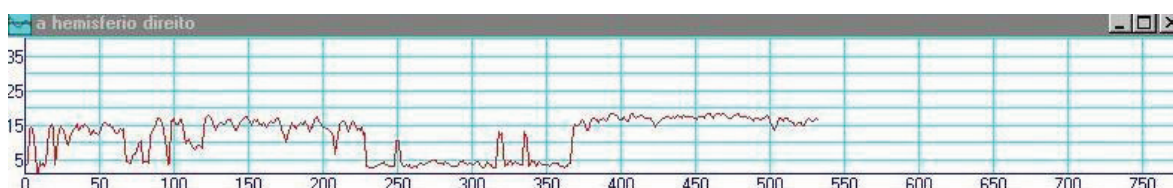


Figura 44: Variação do EEG direito do pai 4 (P4) durante todo o experimento

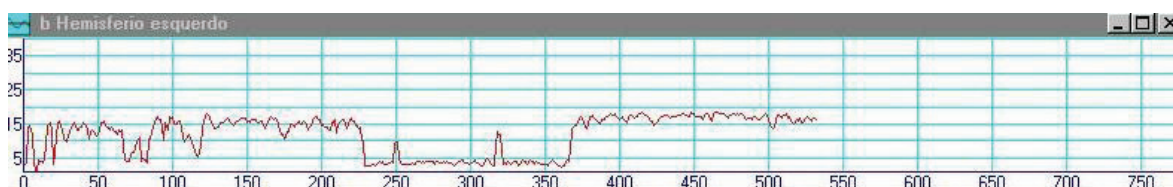


Figura 45: Variação do EEG esquerdo do pai 4 (P4) durante todo o experimento

Nos delineamentos táctil e auditivo, o pai 5 (P5) apresentou ondas cerebrais superiores a 15 e inferiores a 5. Então, algumas vezes, as ondas beta tomaram o lugar das ondas alfa, ativando o cérebro (Figura 46 e 47).

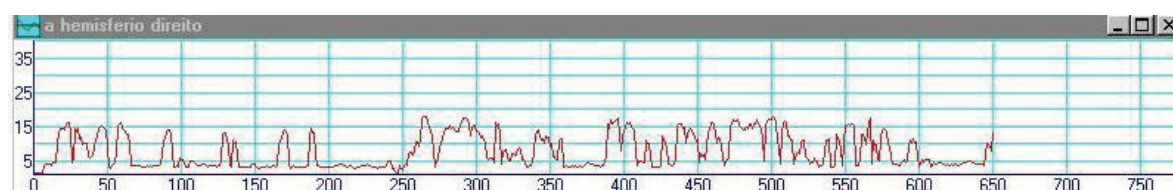


Figura 46: Variação do EEG direito do pai 5 (P5) durante todo o experimento

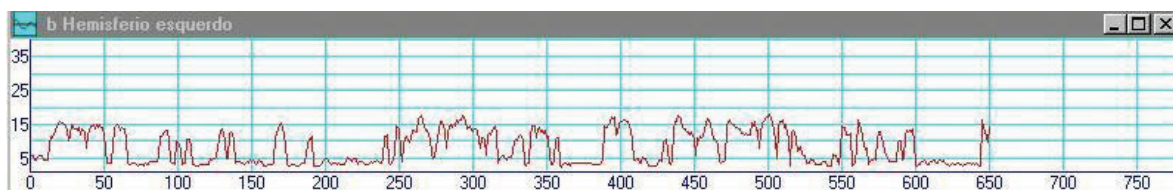


Figura 47: Variação do EEG esquerdo do pai 5 (P5) durante todo o experimento

O pai 6 (P6) não apresentou nenhuma variação de ondas cerebrais superior a 15, estando constantemente num estado alfa (Figura 48 e 49).

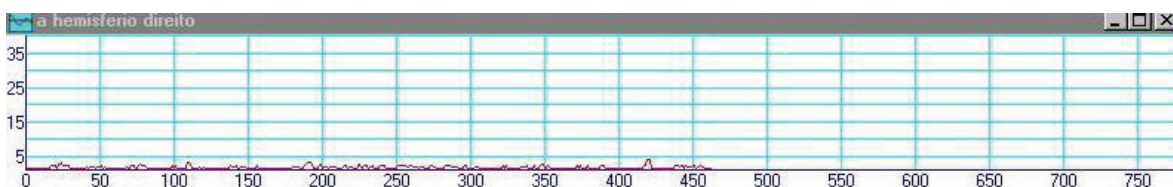


Figura 48: Variação do EEG direito do pai 6 (P6) durante todo o experimento

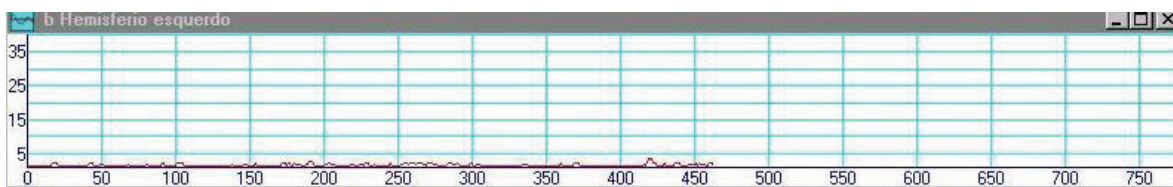


Figura 49: Variação do EEG esquerdo do pai 6 (P6) durante todo o experimento

A condutividade cerebral do pai 7 (P7) ultrapassou a frequência 15 nos delineamentos tácteis e auditivos. Apesar de apresentar frequência mínima de 3, as ondas cerebrais, algumas vezes, deixaram o estado alfa e passaram a um estado beta (Figura 50 e 51).

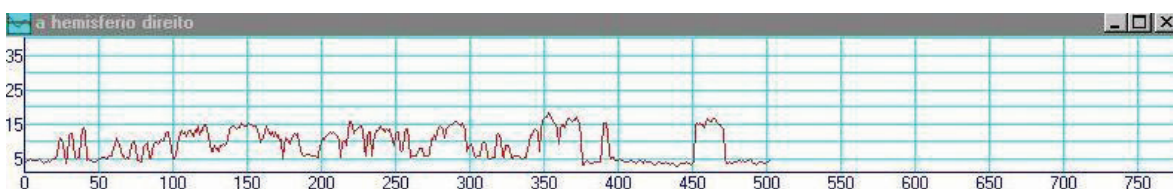


Figura 50: Variação do EEG direito do pai 7 (P7) durante todo o experimento

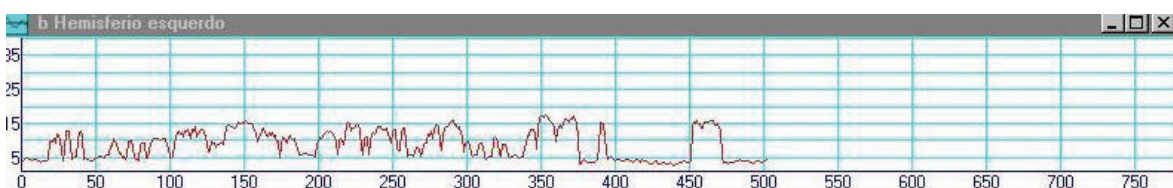


Figura 51: Variação do EEG esquerdo do pai 7 (P7) durante todo o experimento

Ao contrário, da maioria dos pais oralistas, o pai 8 (P8) não apresentou frequência de condutividade cerebral superior a 15, ou seja, em toda sessão ele permanece num estado alfa (Figura 52 e 53).

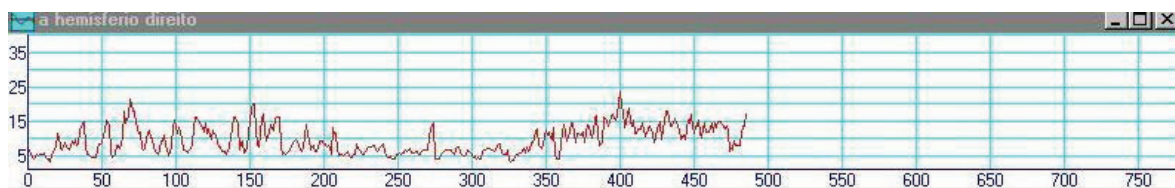


Figura 52: Variação do EEG direito do pai 8 (P8) durante todo o experimento

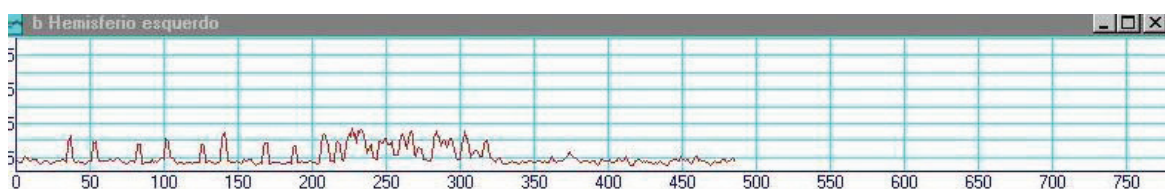


Figura 53: Variação do EEG esquerdo do pai 8 (P8) durante todo o experimento

11. Resultados obtidos através do traçado da condutividade cerebral (EEG) durante todo o experimento para o grupo de pais bilíngües.

A maioria dos pais bilíngües apresentou condutividade cerebral superior a 15, deixando o estado alfa e passando para um estado beta, onde as ondas cerebrais tornam-se mais ativadas; com exceção dos pais 1 (P1) ,4 (P4) e 8 (P8) que não apresentaram variações igual ou acima de 15, permanecendo no estado alfa. Apesar das ondas cerebrais terem oscilado no decorrer do experimento, essa oscilação não foi significativa no momento da apresentação dos estímulos. Durante a sessão, alguns pais apresentaram ondas cerebrais acima de 15 apenas no delineamento táctil (P3 e P6), outros apenas no delineamento auditivo (P5) e outros nos delineamentos táctil e auditivo (P2 e P7).

O pai 1 (P1) não apresentou nenhuma variação da condutividade cerebral acima de 15, permanecendo no estado alfa durante toda a sessão (Figura 54 e 55).

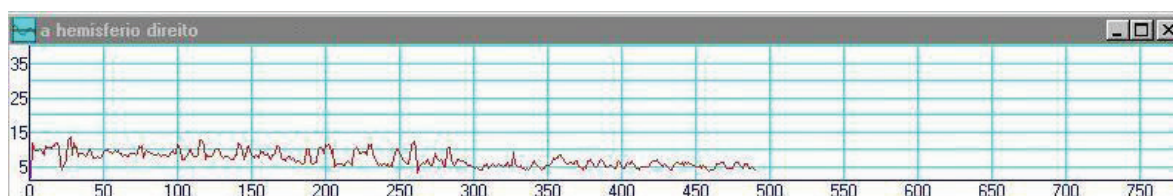


Figura 54: Variação do EEG direito do pai 1 (P1) durante todo o experimento

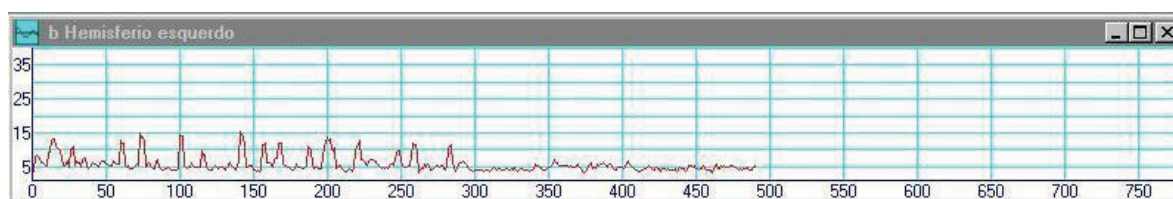


Figura 55: Variação do EEG esquerdo do pai 1 (P1) durante todo o experimento

Nos delineamentos táctil e auditivo, o pai 2 (P2) apresentou ondas cerebrais com frequência acima de 15, deixando o estado alfa e passando para o estado beta (Figura 56 e 57).

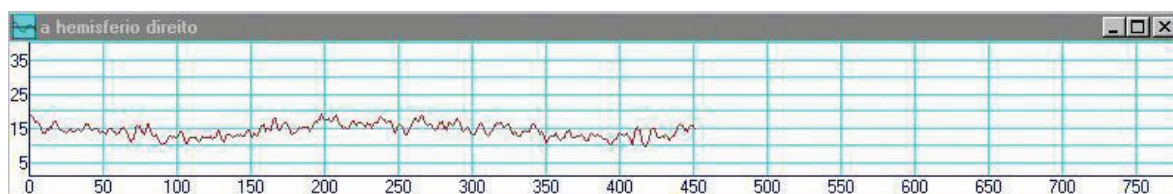


Figura 56: Variação do EEG direito do pai 2 (P2) durante todo o experimento

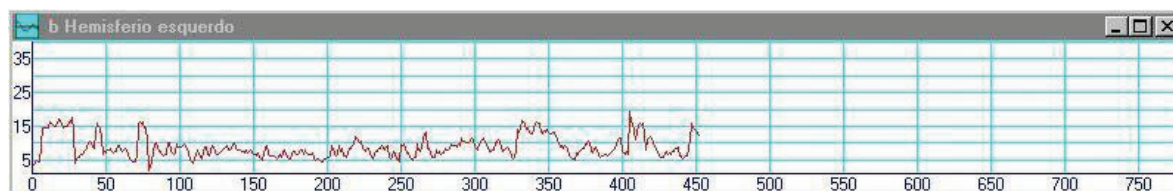


Figura 57: Variação do EEG esquerdo do pai 2 (P2) durante todo o experimento

Apenas no delineamento táctil, o pai 3 (P3) apresentou valores superiores a 15, passando para o estado beta (Figura 58 e 59).

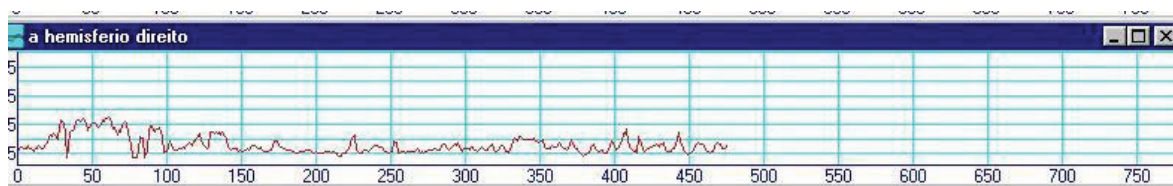


Figura 58: Variação do EEG direito do pai 3 (P3) durante todo o experimento

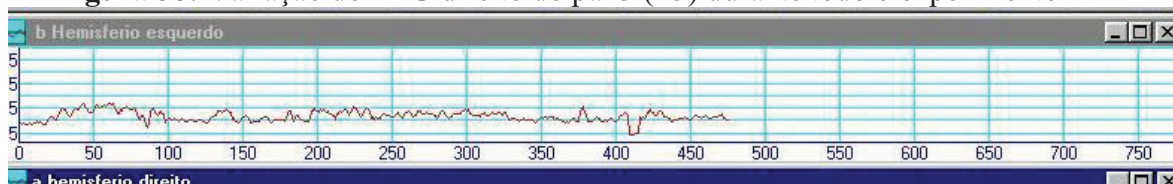


Figura 59: Variação do EEG esquerdo do pai 3 (P3) durante todo o experimento

Este pai (P4) não apresentou nenhuma variação acima de 15 (Figura 60 e 61).

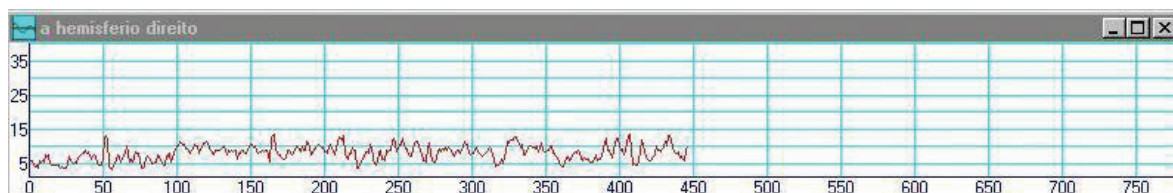


Figura 60: Variação do EEG direito do pai 4 (P4) durante todo o experimento

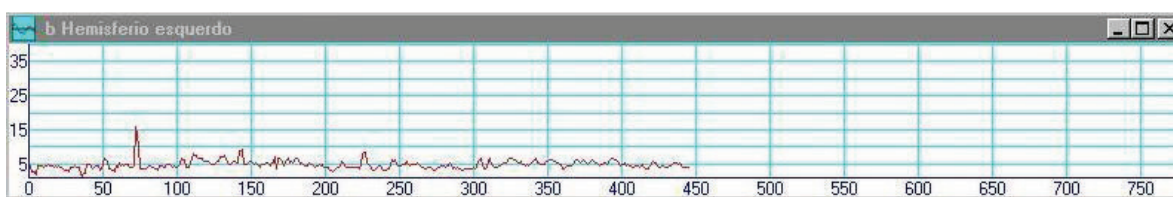


Figura 61: Variação do EEG esquerdo do pai 4 (P4) durante todo o experimento

No delineamento auditivo, o pai 5 (P5) apresentou variações na condutividade cerebral, chegando a uma frequência superior a 15, passando, neste momento, para um estado beta (Figura 62 e 63).

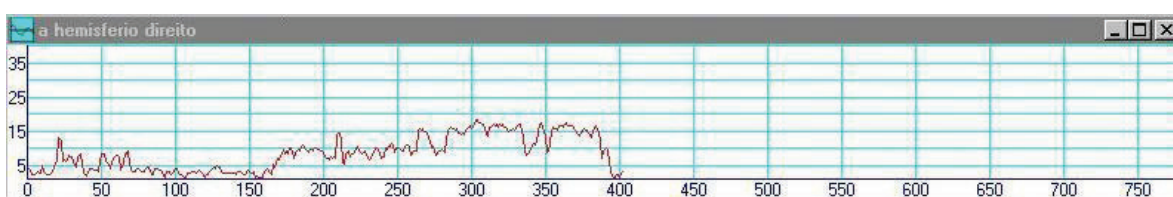


Figura 62: Variação do EEG direito do pai 5 (P5) durante todo o experimento

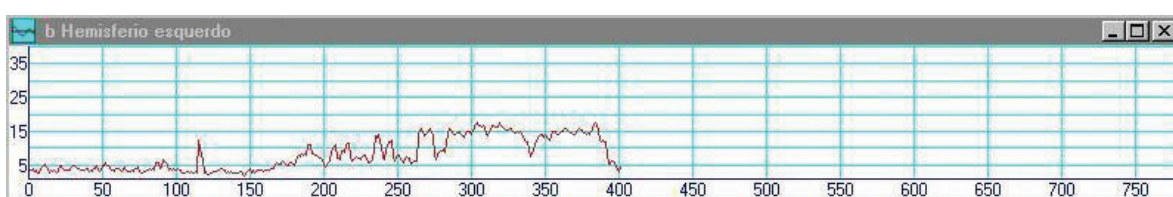


Figura 63: Variação do EEG esquerdo do pai 5 (P5) durante todo o experimento

O pai 6 (P6) apresentou ondas cerebrais com frequência igual ou superior a 15 no momento em que ocorre o delineamento táctil, e é neste momento que o pai se encontra num estado beta e não mais num estado alfa (Figura 64 e 65).

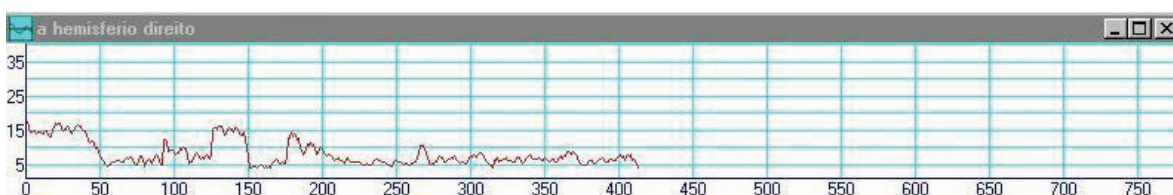


Figura 64: Variação do EEG direito do pai 6 (P6) durante todo o experimento

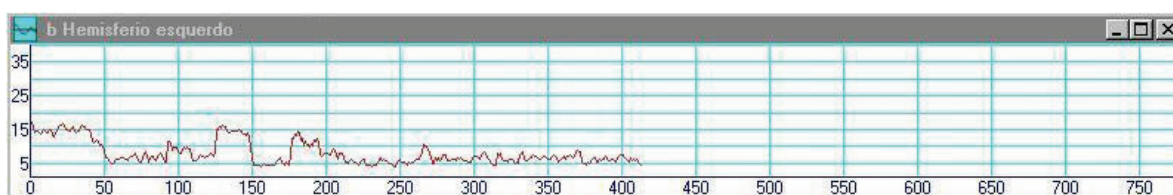


Figura 65: Variação do EEG esquerdo do pai 6 (P6) durante todo o experimento

No delineamento táctil e auditivo, o pai 7 (P7) esteve num estado beta, por ter apresentado ondas cerebrais superiores a 15 (figura 66 e 67).

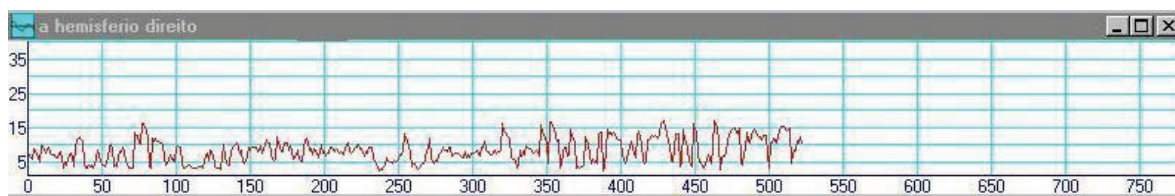


Figura 66: Variação do EEG direito do pai 7 (P7) durante todo o experimento

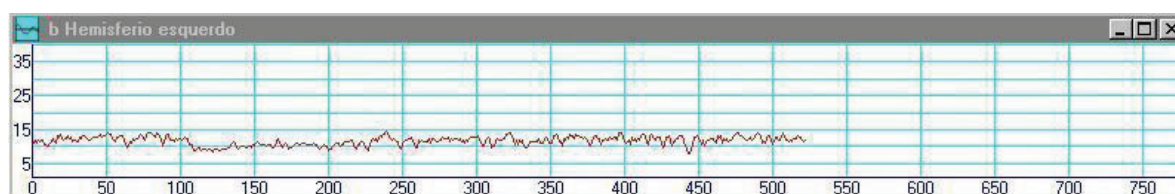


Figura 67: Variação do EEG esquerdo do pai 7 (P7) durante todo o experimento

Este pai (P8) não apresentou nenhuma alteração na condutividade cerebral superior a 15, estando a sessão toda num estado alfa (Figura 68 e 69).

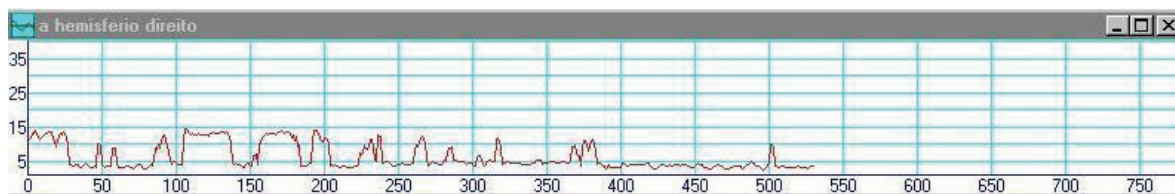


Figura 68: Variação do EEG esquerdo do pai 8 (P8) durante todo o experimento

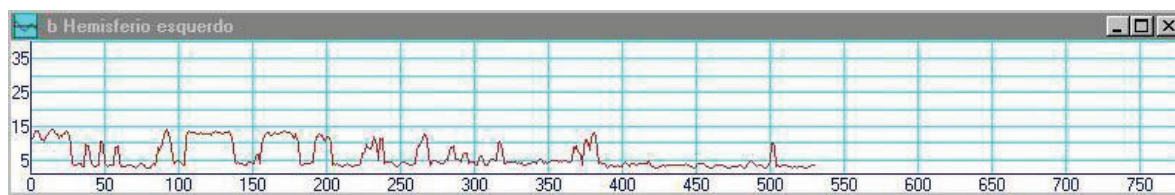


Figura 69: Variação do EEG esquerdo do pai 8 (P8) durante todo o experimento

11. Resultados obtidos através do traçado da condutividade cerebral (EEG) durante todo o experimento para o grupo de pais ouvintes.

A maioria dos pais ouvintes apresentou condutividade cerebral superior a 15, deixando o estado alfa e passando para um estado beta, onde as ondas cerebrais tornam-se

mais ativadas. Ao contrário da maioria dos pais oralistas, os pais 3 (P3), 5 (P5) e 7 (P7) não apresentaram variações igual ou acima de 15, permanecendo no estado alfa. Apesar das ondas cerebrais terem oscilado no decorrer do experimento, essa oscilação não foi significativa no momento da apresentação dos estímulos. Durante a sessão, alguns pais apresentaram ondas cerebrais acima de 15 nos delineamentos táctil, visual e auditivo (P1, P4, P6 e P8) e outros nos delineamentos táctil e visual (P2).

Em todos os delineamentos táctil, visual e auditivo, o pai 1 (P1) apresentou uma condutividade cerebral acima de 15, passando do estado alfa para o estado beta (Figura 70 e 71).

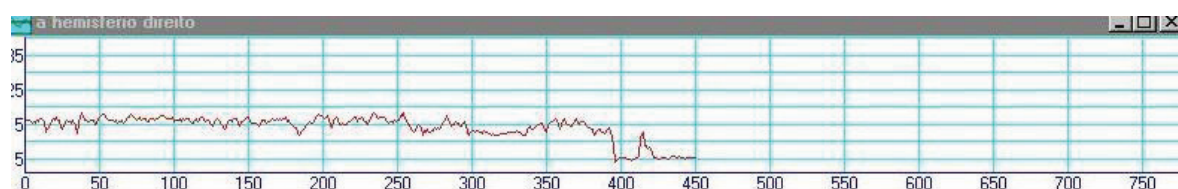


Figura 70: Variação do EEG direito do pai 1 (P1) durante todo o experimento



Figura 71: Variação do EEG esquerdo do pai 1 (P1) durante todo o experimento

O pai 2 (P2) apresentou variações superiores a 15 na frequência das ondas cerebrais, durante no delineamento táctil e visual, isso equivale dizer que o pai, nesses momentos, estava num estado beta (figura 72 e 73).

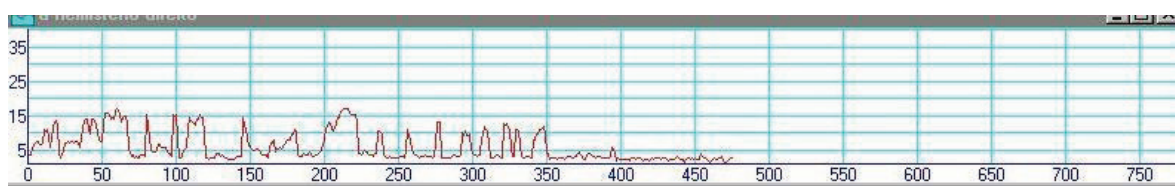


Figura 72: Variação do EEG direito do pai 2 (P2) durante todo o experimento

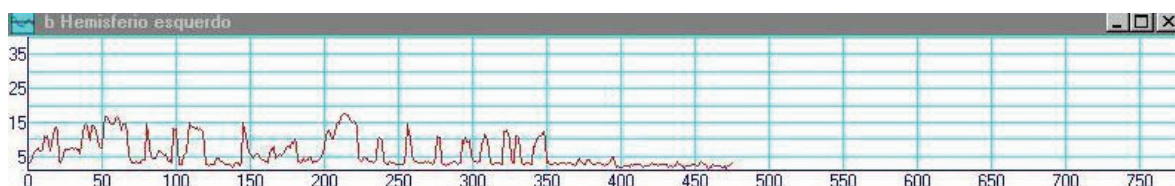


Figura 73: Variação do EEG esquerdo do pai 2 (P2) durante todo o experimento

O pai 3 (P3) não apresentou frequência cerebral com valores acima de 15, permanecendo durante toda a sessão no estado alfa (Figura 74 e 75).

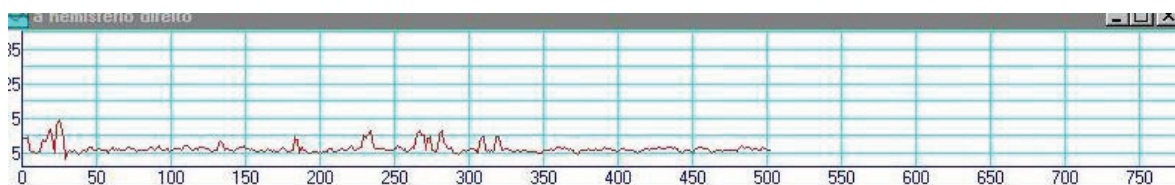


Figura 74: Variação do EEG direito do pai 3 (P3) durante todo o experimento

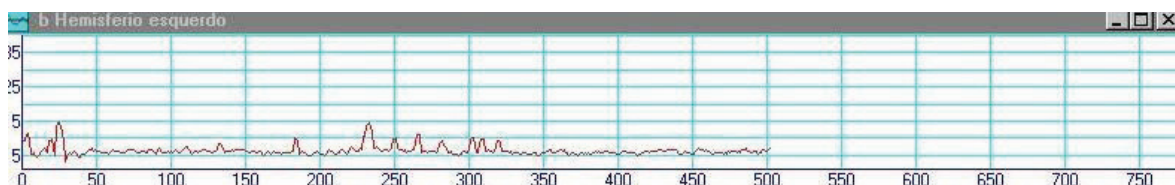


Figura 75: Variação do EEG esquerdo do pai 3 (P3) durante todo o experimento

Em todos os delineamentos (táctil, visual e auditivo), o pai 4 (P4) apresentou oscilações superiores a 15, estando nesses momentos com o cérebro mais ativado quando comparado com os momentos em que a frequência foi inferior a 15 (Figura 76 e 77).

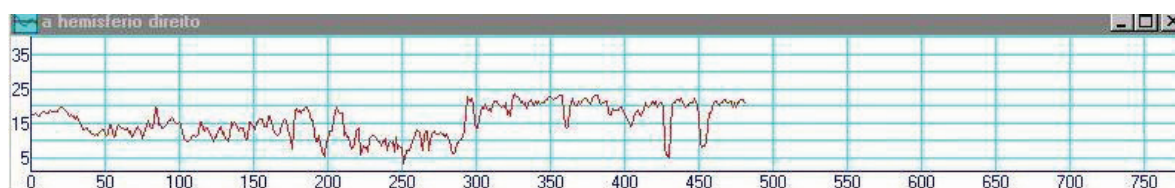


Figura 76: Variação do EEG direito do pai 4 (P4) durante todo o experimento

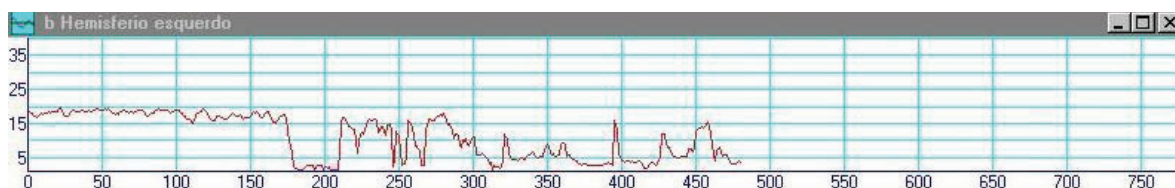


Figura 77: Variação do EEG esquerdo do pai 4 (P4) durante todo o experimento

O pai 5 (P5) não apresentou condutividade cerebral acima de 15, estando constantemente no estado alfa (Figura 78 e 79).

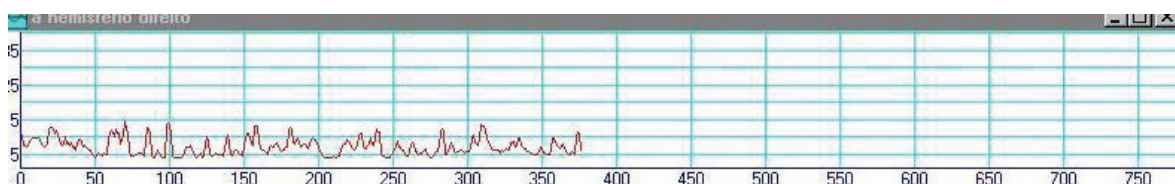


Figura 78: Variação do EEG direito do pai 5 (P5) durante todo o experimento



Figura 79: Variação do EEG esquerdo do pai 5 (P5) durante todo o experimento

Pela figura 80 e 81, observa-se que apenas no delineamento táctil, o pai 6 (P6) apresentou frequência cerebral acima de 15 (estado beta).

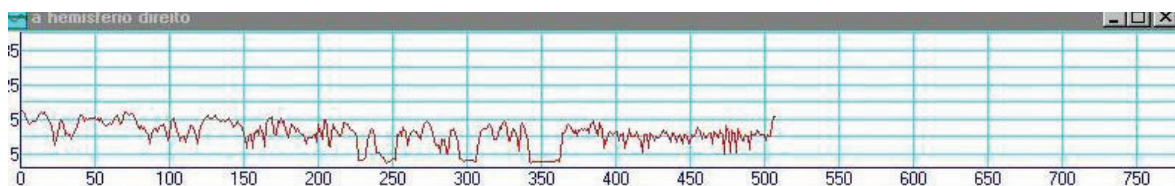


Figura 80: Variação do EEG direito do pai 6 (P6) durante todo o experimento

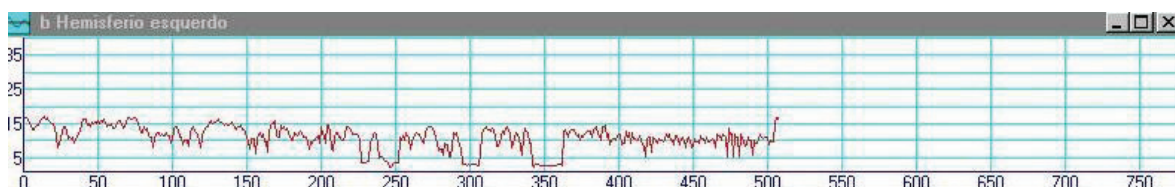


Figura 81: Variação do EEG esquerdo do pai 6 (P6) durante todo o experimento

Em nenhum momento, durante a sessão experimental o pai 7 (P7) apresentou variações superiores a 15 na condutividade cerebral, ou seja, esse pai esteve no estado alfa todo o experimento (Figura 82 e 83).

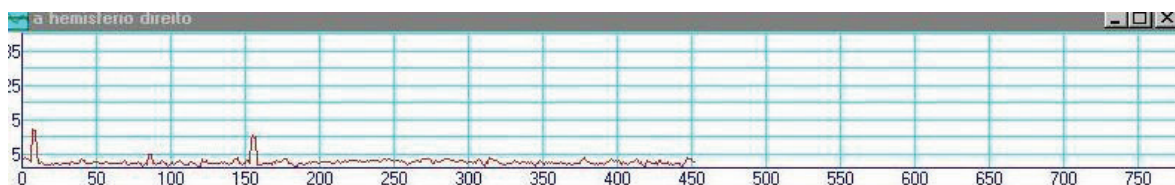


Figura 82: Variação do EEG direito do pai 7 (P7) durante todo o experimento

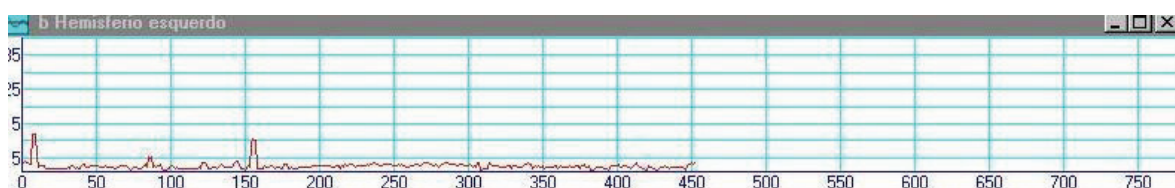


Figura 83: Variação do EEG esquerdo do pai 7 (P7) durante todo o experimento

O pai 8 (P8) apresentou em todos os delineamentos, frequência acima de 15 na condutividade cerebral, passando do estado alfa para o estado beta (Figura 84 e 85).

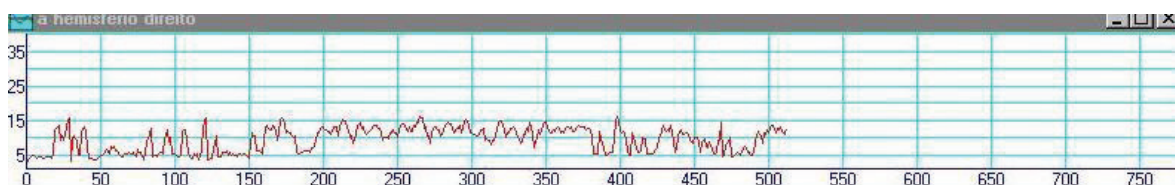


Figura 84: Variação do EEG direito do pai 8 (P8) durante todo o experimento

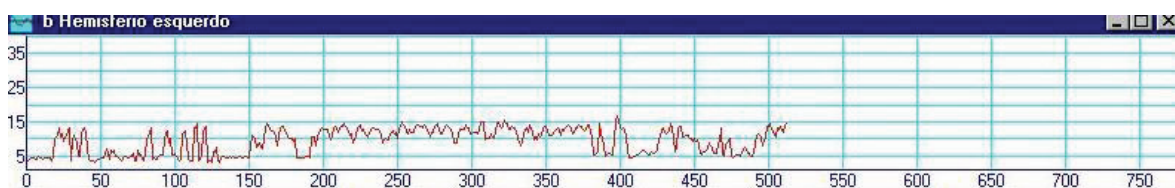


Figura 85: Variação do EEG esquerdo do pai 8 (P8) durante todo o experimento

12. Resultados obtidos através do traçado da condutividade cerebral (EEG) durante todo o experimento para a mãe oralista-bilíngue no serviço oralista.

Em todos os delineamentos (táctil, auditivo e visual), a mãe oralista-bilíngue, no serviço oralista, apresentou uma frequência máxima de 20 e mínima de 3, ou seja, ora ela estava no estado alfa, ora no estado beta (quando as ondas cerebrais ultrapassaram a

freqüência de 15). Dessa maneira, podemos dizer que essa mãe, em alguns momentos, apresentou um cérebro ativado (Figura 86 e 87).

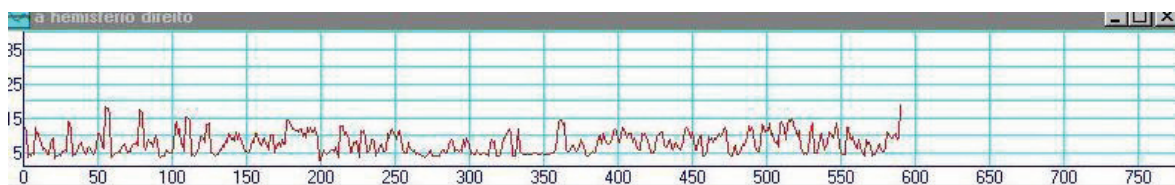


Figura 86: Variação do EEG direito da mãe oralista-bílingue durante todo o experimento

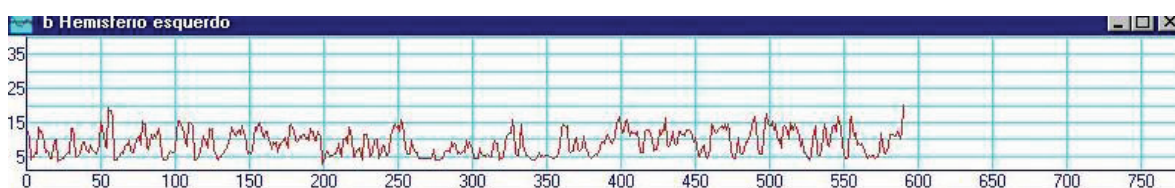


Figura 87: Variação do EEG esquerdo da mãe oralista-bílingue durante todo o experimento

13. Resultados obtidos através do traçado da condutividade elétrica da pele (GSR) durante todo o experimento para a mãe oralista-bílingue no serviço bilíngüe.

A mãe oralista-bílingue não apresentou nenhuma variação da condutividade cerebral acima de 15, permanecendo no estado alfa durante toda a sessão (Figura 88 e 89).



Figura 88: Variação do EEG direito da mãe oralista-bílingue durante todo o experimento

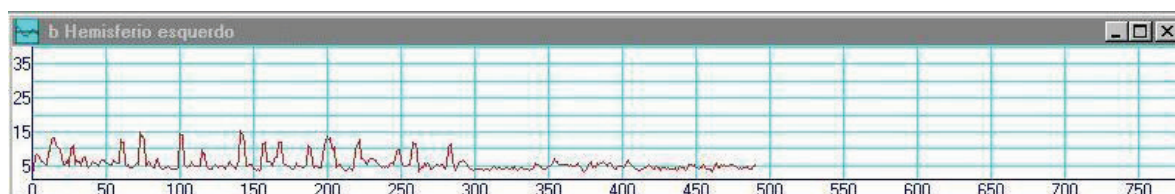


Figura 89: Variação do EEG esquerdo da mãe oralista-bílingue durante todo o experimento

5. Resultados obtidos através das categorias comportamentais

TABELA 28: Categorias comportamentais do grupo de pais oralistas, bilíngües e ouvintes: frequência absoluta e porcentagem.

Categorias Comportamentais	Grupo de pais Oralistas	Grupo de pais Bilíngües	Grupo de pais Ouvintes
Verbalizações	1 4,5%	3 13,6%	4 18,1%
Mudar de posição	0	1 4,5%	1 4,5%
Movimentar a língua	0	2 9%	0
Movimentar os olhos	1 4,5%	3 13,6%	1 4,5%
Permanecer com os olhos semi abertos	0	0	2 9%
Abrir os olhos	9 40,9%	10 45,4%	10 45,4%
Fechar os olhos	17 77,2%	18 81,8%	20 90,9%
Piscar	106 481,8%	54 245,4%	45 204,5%
Levantar a mão	0	0	2 9%
Direcionar a mão na boca	0	0	1 4,5%
Mexer as mãos	10 45,4%	1 4,5%	9 40,9%
Manusear objetos	8 36,3%	0	0
Rir	0	0	6 27,2%
Chorar	8 36,3%	0	0
Sorrir	0	0	2 9%
Enxugar as lágrimas	2 9%	0	0
Mexer as pernas	0	3 13,6%	0
Chacoalhar as pernas	0	6 27,2%	0
Mexer a cabeça	2 9%	2 9%	0
Pegar a moeda	0	1	0

		4,5%	
Segurar as fotos	4 18,1%	5 22,7%	4 18,1%
Coçar o nariz	0	2 9%	0

5.1. Verbalizações

A frequência de verbalizações dos pais do grupo ouvinte e bilíngüe foi maior quando comparados com o grupo oralista. O grupo ouvinte apresentou uma maior frequência de verbalizações quando comparado com o grupo bilíngüe. (Figura 90).

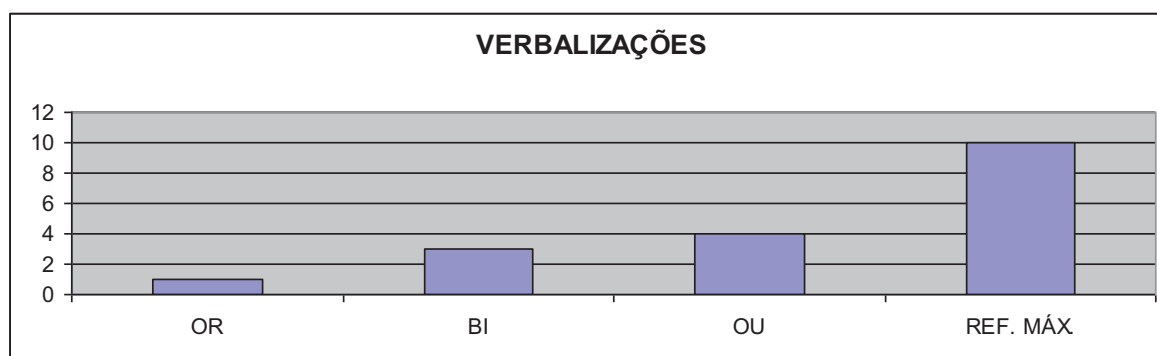


Figura 90: Verbalizações durante o experimento. Frequência do comportamento de verbalizações dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.2 Mudar de posição

A frequência do comportamento de mudar de posição, tanto para o grupo bilíngüe quanto para o grupo ouvinte foi à mesma, ao passo que o grupo oralista não apresentou este comportamento. (Figura 91).

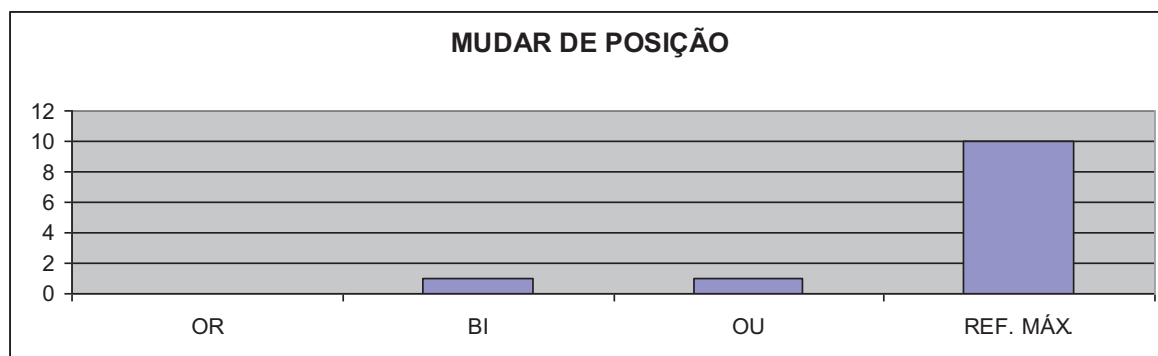


Figura 91: Mudar de posição durante o experimento. Frequência do comportamento de mudar de posição dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.3. Movimentar a língua

Este comportamento só esteve presente em um único grupo, isto é, no grupo bilíngüe (Figura 92).

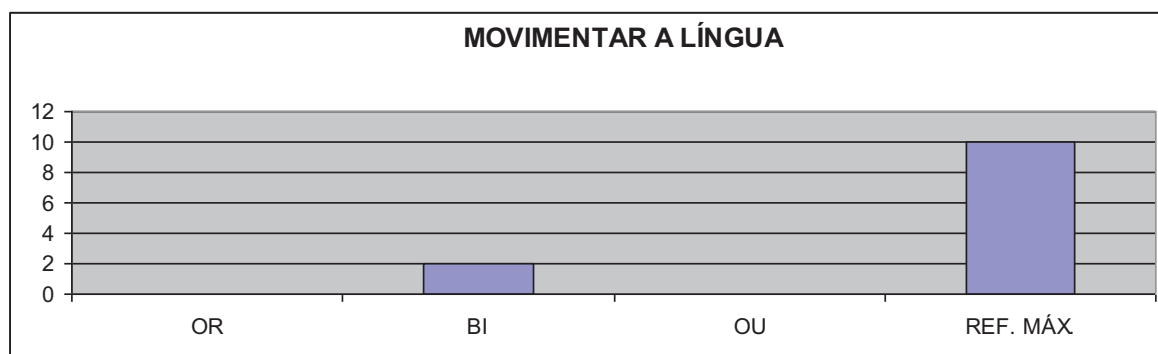


Figura 92: Movimentar a língua durante o experimento. Frequência do comportamento de movimentar a língua dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.4. Movimentar os olhos

Este comportamento esteve presente em todos os grupos, mas o grupo bilíngüe apresentou uma maior frequência de movimentar os olhos quando comparado com os grupos oralista e ouvinte que apresentaram a mesma frequência. (Figura 93).

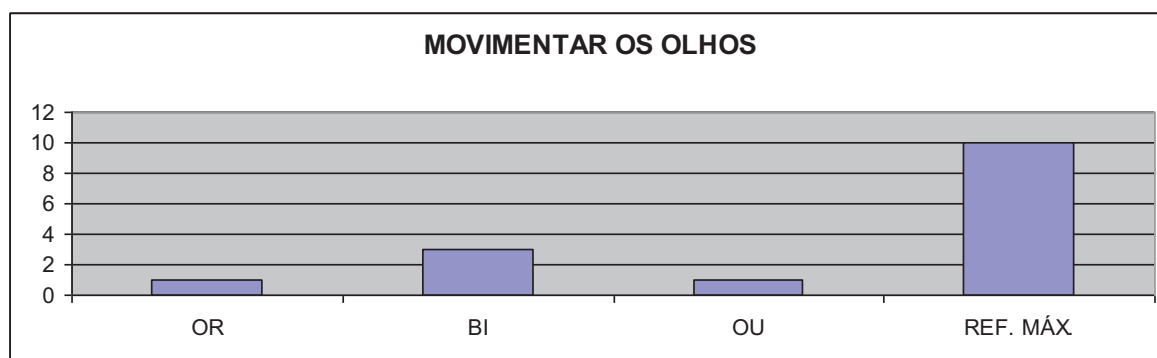


Figura 93: Movimentar os olhos durante o experimento. Frequência do comportamento de movimentar os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.5. Permanecer com os olhos semi-abertos

Este comportamento esteve presente apenas no grupo ouvinte (Figura 94).

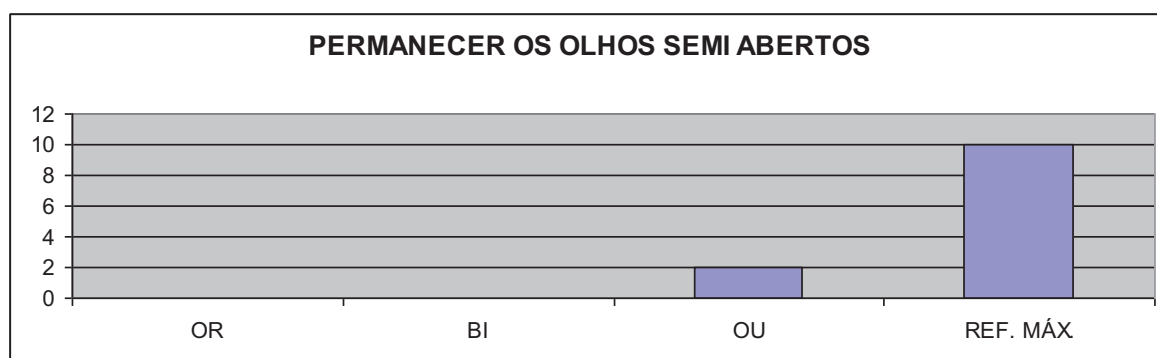


Figura 94: Permanecer com os olhos semi-abertos durante o experimento. Frequência do comportamento de permanecer com os olhos semi-abertos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.6. Abrir os olhos

Este comportamento esteve presente em todos os grupos, sendo que a frequência do comportamento de abrir os olhos apresentou-se menor para o grupo oralista quando comparado com os grupos bilíngües e ouvintes que apresentaram a mesma frequência (Figura 95).

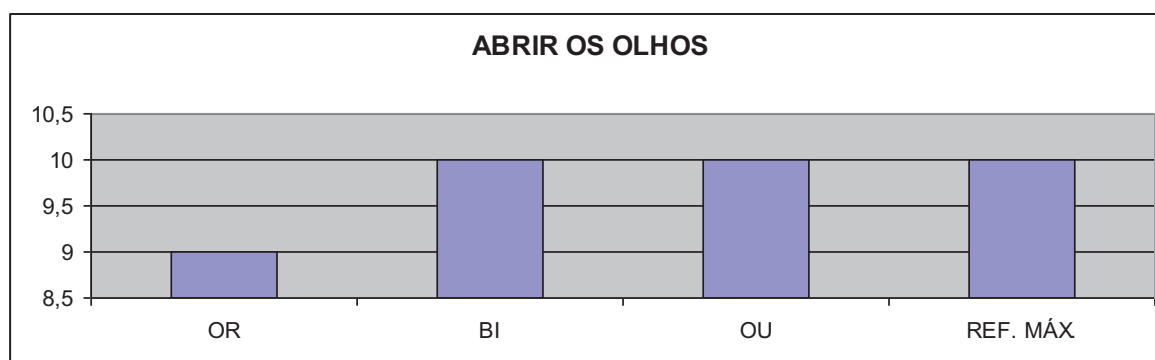


Figura 95: Abrir os olhos durante o experimento. Frequência do comportamento de abrir os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.7. Fechar os olhos

Este comportamento esteve presente em todos os grupos, sendo que a frequência do comportamento de fechar os olhos apresentou-se maior para o grupo ouvinte quando comparado com os grupos oralista e bilíngües. Enquanto que o grupo bilíngüe apresentou maior frequência quando comparado com o grupo oralista (Figura 96).

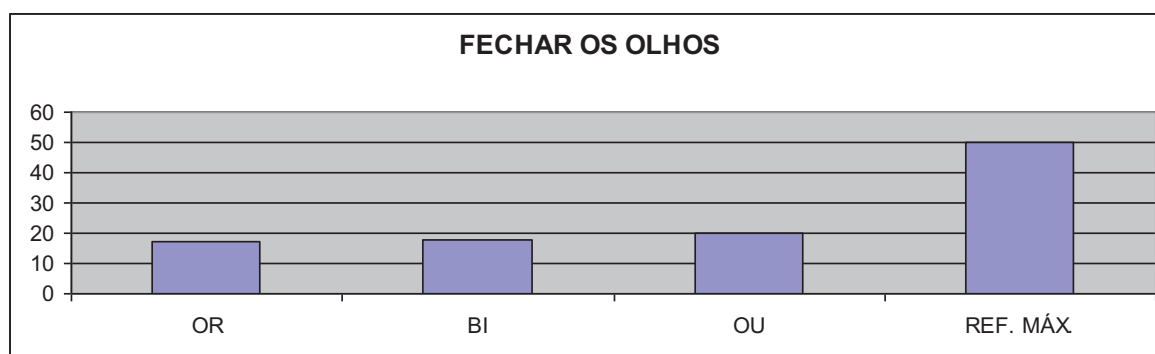


Figura 96: Fechar os olhos durante o experimento. Frequência do comportamento de fechar os olhos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.8. Piscar

A frequência do comportamento de piscar foi maior no grupo oralista quando comparado com o grupo bilíngüe e ouvinte, ao passo que o grupo ouvinte apresentou uma frequência menor quando comparado com o grupo bilíngüe (Figura 97).

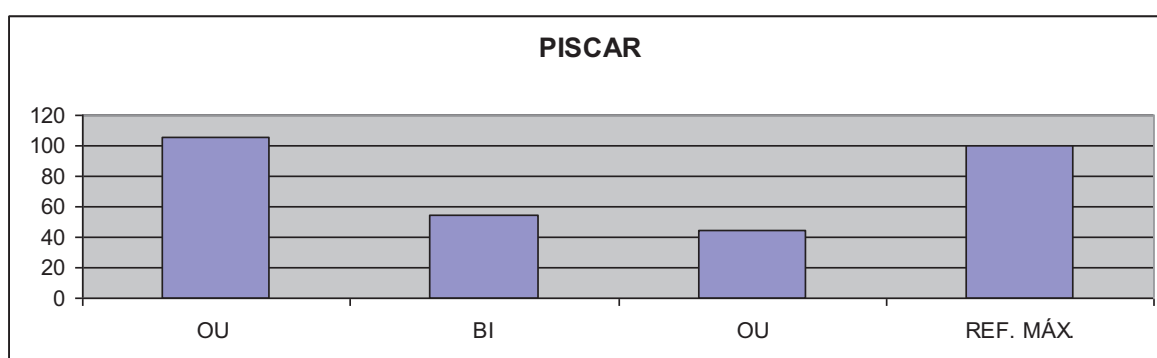


Figura 97: Piscar durante o experimento. Frequência do comportamento de piscar dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.9. Levantar a mão

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 98).

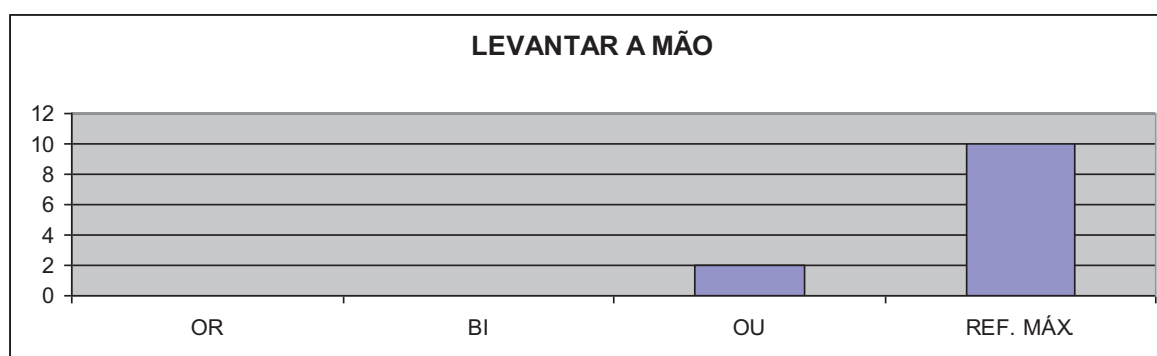


Figura 98: Levantar a mão durante o experimento. Frequência do comportamento de levantar a mão dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.10. Direcionar a mão à boca

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 99).

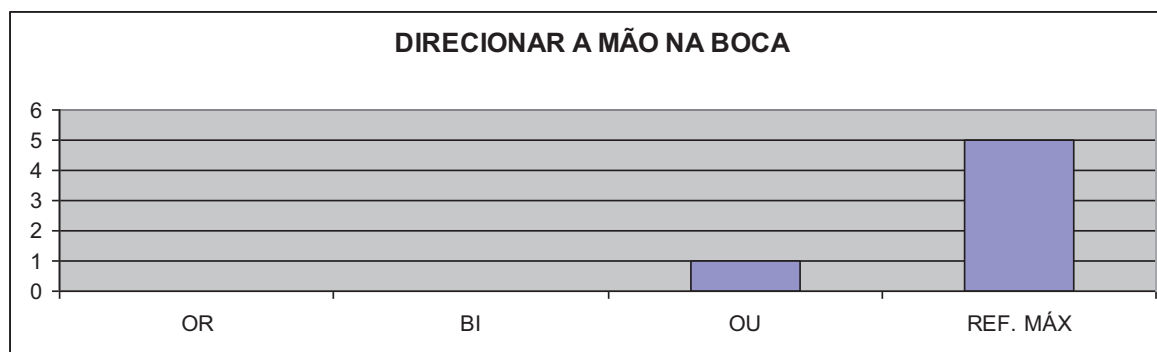


Figura 99: Direcionar a mão à boca durante o experimento. Frequência do comportamento de direcionar a mão à boca dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.11. Mexer as mãos

O grupo oralista apresentou uma maior frequência do comportamento de mexer as mãos quando comparado com os grupos ouvinte e bilíngüe. Já o grupo ouvinte apresentou uma frequência maior deste comportamento quando comparado com o grupo bilíngüe (Figura 100).

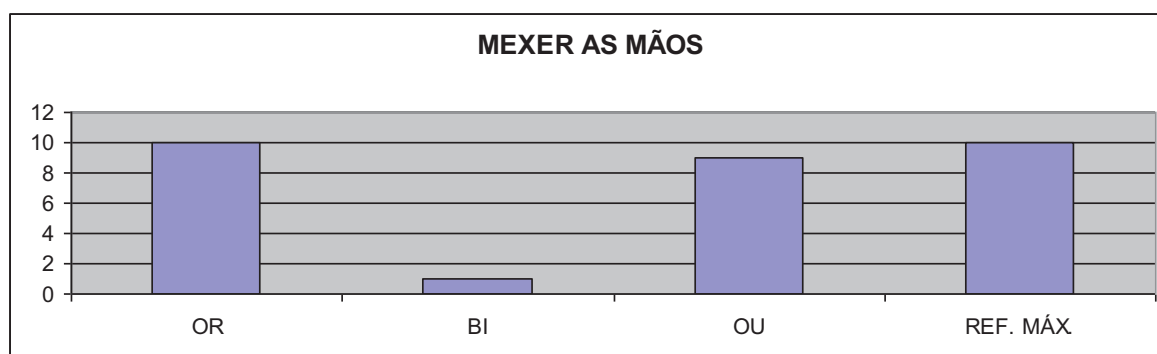


Figura 100: Mexer as mãos durante o experimento. Frequência do comportamento de mexer as mãos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.12. Manusear objetos

Este comportamento só esteve presente no grupo oralista (Figura 101).

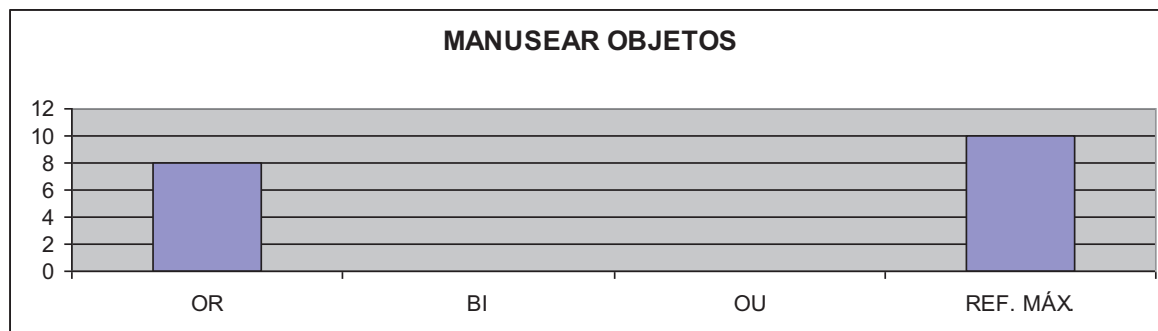


Figura 101: Manusear objetos durante o experimento. Frequência do comportamento de manusear objetos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.13. Rir

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 102).

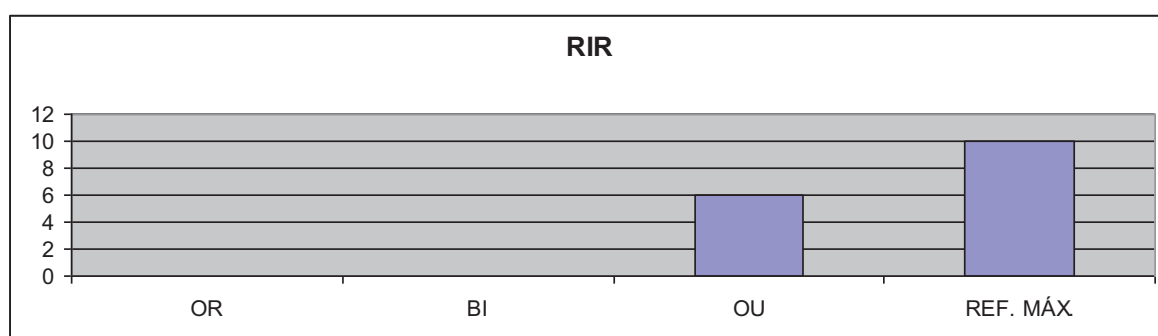


Figura 102: Rir durante o experimento. Frequência do comportamento de rir dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.14. Chorar

Este comportamento só esteve presente no grupo oralista (Figura 103).

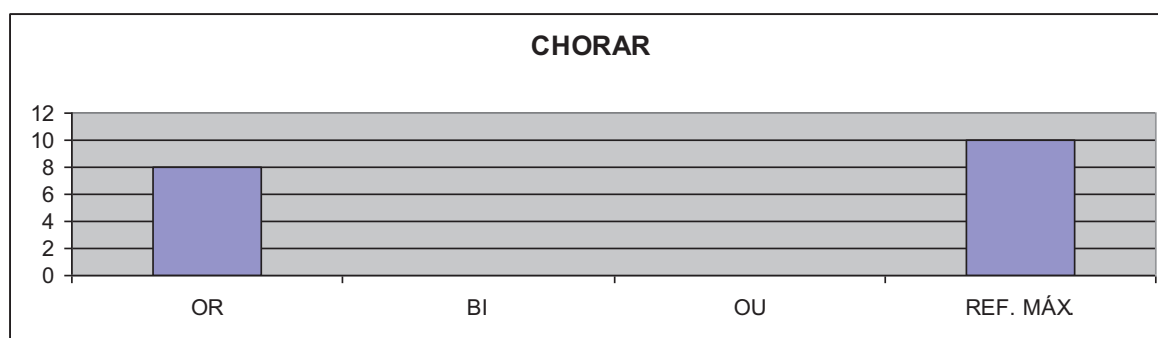


Figura 103: Chorar durante o experimento. Frequência do comportamento de chorar dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.15. Sorrir

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 104).

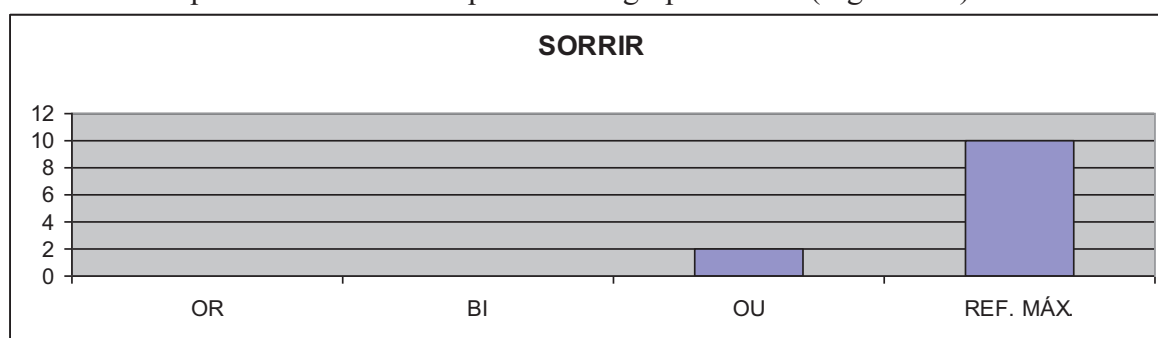


Figura 104: Sorrir durante o experimento. Frequência do comportamento de sorrir dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.16. Enxugar as lágrimas

Este comportamento só esteve presente no grupo oralista (Figura 105).

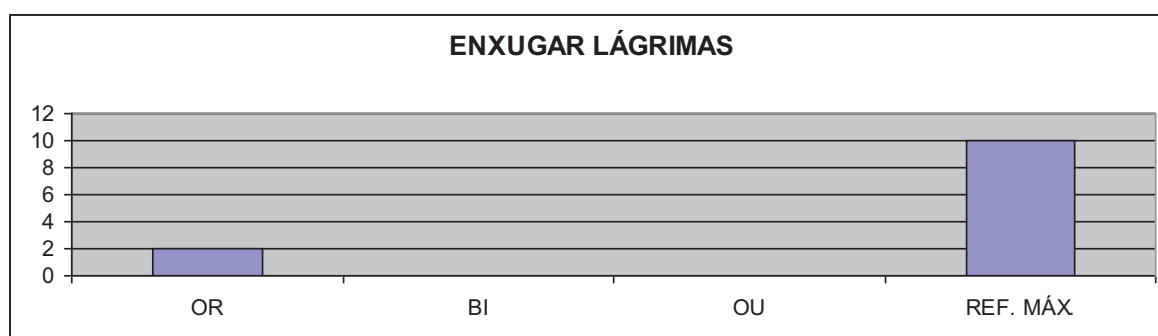


Figura 105: Enxugar as lágrimas durante o experimento. Frequência do comportamento de enxugar as lágrimas dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.17. Mexer as pernas

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 106).

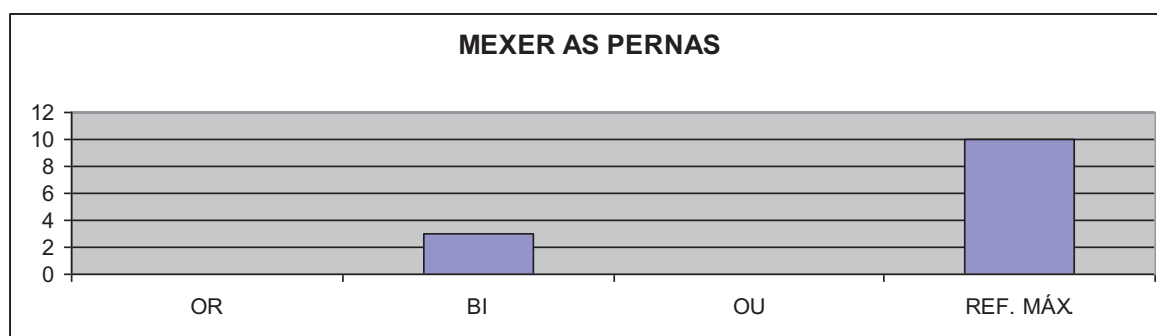


Figura 106: Mexer as pernas durante o experimento. Frequência do comportamento de mexer as pernas dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.18. Chacoalhar as pernas

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 107).

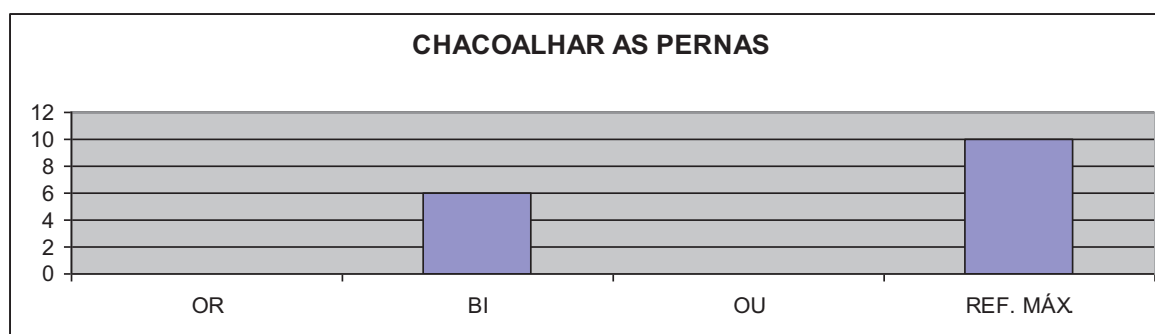


Figura 107: Chacoalhar as pernas durante o experimento. Frequência do comportamento de chacoalhar as pernas dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.19. Mexer a cabeça

Este comportamento esteve presente nos grupos oralista e bilíngüe, sendo que a frequência foi a mesma em ambos os grupos (Figura 108).

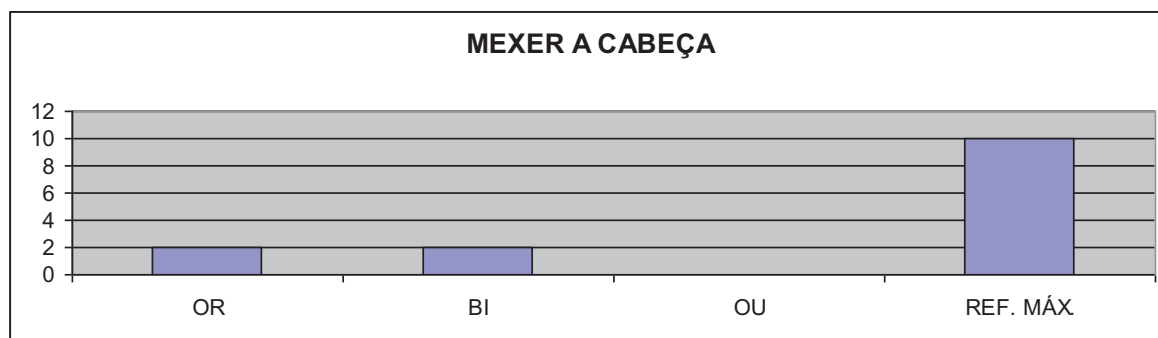


Figura 108: Mexer a cabeça durante o experimento. Frequência do comportamento de mexer a cabeça dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.20. Pegar a moeda

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 109).

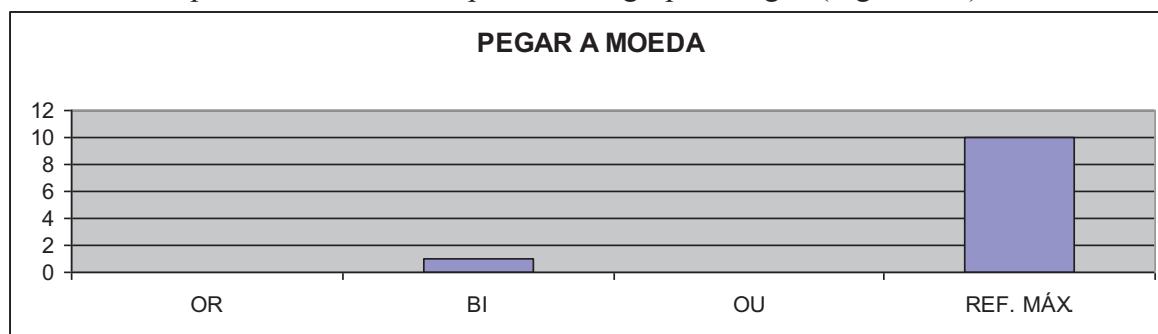


Figura 109: Pegar a moeda durante o experimento. Frequência do comportamento de pegar a moeda dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.21. Segurar as fotos

Este comportamento este presente nos três grupos, mas teve uma maior frequência no grupo bilíngüe quando comparado com os grupos oralista e ouvinte, que apresentaram a mesma frequência (Figura 110).

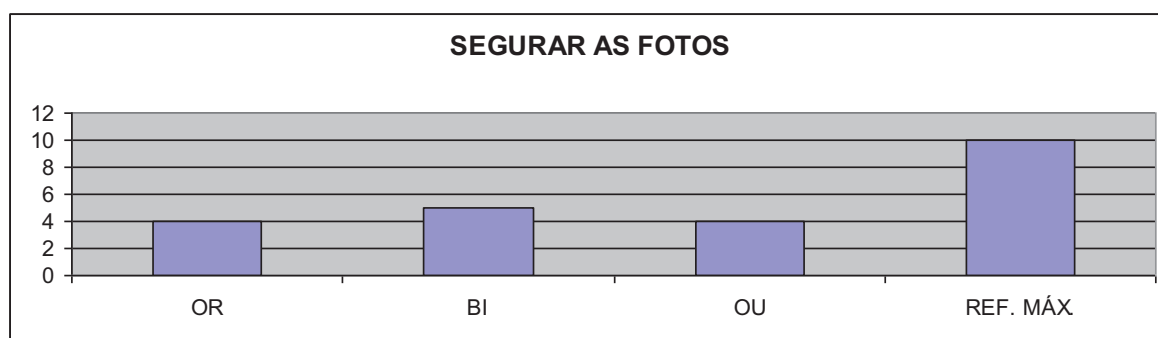


Figura 110: Segurar as fotos durante o experimento. Frequência do comportamento de levantar as fotos dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

5.22. Coçar o nariz

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 111).

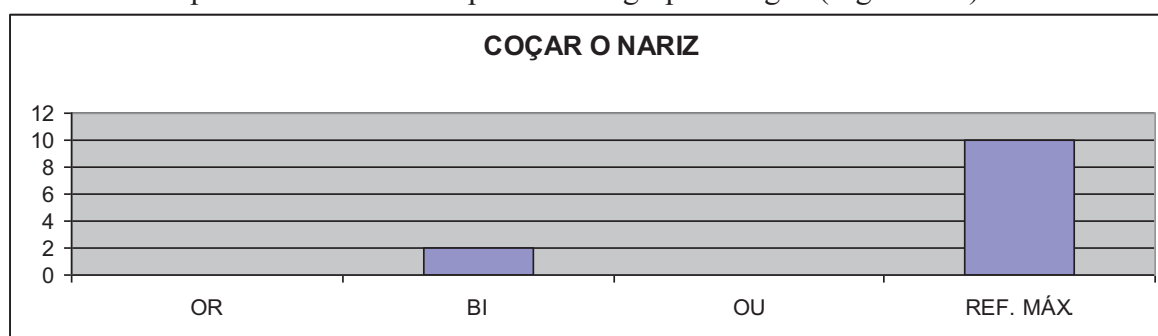


Figura 111: Coçar o nariz durante o experimento. Frequência do comportamento de coçar o nariz dos grupos oralista (OR), bilíngüe (BI) e ouvinte (OU). Os dados referem-se a soma do comportamento de todos os pais em cada grupo.

A aplicação do teste Chi-square (χ^2) mostrou que houve diferença altamente significativa ($p < 0,0001$) nas categorias comportamentais, entre os grupos de pais (oralista, bilíngüe e ouvinte), ou seja, o tipo de comportamento emitido pelo pai, não é independente do grupo ao qual ele pertence.

6. Resultados obtidos através das verbalizações

TABELA 39: Verbalizações dos pais oralistas; antes, durante e depois do experimento.

Antes do experimento	Verbalizações
P1	“... É importante as mães colaborarem porque esse é o trabalho de vocês. Meu filho não entende nada de língua de sinais, mas ele faz boa leitura labial. Eu vejo resultado com o oralismo...”.
P2	“... Meu filho está tendo pouco resultado nesse atendimento...”.
P3	“... Tudo bem! Não estou com medo...”.
P4	
P5	“... Agora eu comecei a aprender a língua de sinais com a R (fonoaudióloga). Estou curiosa! Aí que medo! Vai dar choque? Eu posso olhar ou eu tenho que ficar com os olhos fechados durante o teste?...”.
P6	“... Estou cansada e com sono. Eu tinha que ter falado a idade do meu filho na gravação da fita?...”.
P7	
P8	“... Minha filha é mais oralizada, mas eu comecei a ter língua de sinais na clínica da R (fonoaudióloga)...”.
Durante o experimento	
P1	
P2	
P3	
P4	
P5	“... Não posso ouvir música porque eu choro...”.
P6	
P7	
P8	
Depois do experimento	
P1	“... No começo a gente fica meio assim, mas depois que a gente vê como é, acalma...”.
P2	
P3	“... Eu acho que meu filho deve aprender língua de sinais para ele se comunicar com os outros surdos. Eu conheço a L. (mãe de surdo) que frequenta o projeto de língua de sinais e ela me disse que a vida dela mudou depois que ela passou a frequentar o bilingüismo...”.

P4	
P5	“... Eu não posso escutar música porque eu choro. Por isso que eu não coloco música na minha casa. Eu tenho dó do meu filho porque ele não conhece isso – a música...”.
P6	“... Este experimento é bom para dormir...”.
P7	
P8	

TABELA 30: Verbalizações dos pais bilíngües; antes, durante e depois do experimento.

Antes do experimento	Verbalizações
P1	“... Meu filho melhorou muito, antes ele é mais agitado, agora ele é mais calmo...”.
P2	
P3	
P4	“... Isso é uma máquina da verdade...?”.
P5	
P6	“... Antes eu era muito nervosa, mas agora, não sou mais. Minha filha aprendeu a falar meu nome, mas ela também usa a língua de sinais, eu era muito nervosa com ela e ela também era nervosa...”.
P7	
P8	
Durante o experimento	
P1	
P2	
P3	“... A moeda caiu da minha mão. Você quer que eu segure a foto, ou não precisa? Caiu esse fio da orelha direita!...”.
P4	
P5	
P6	
P7	
P8	
Depois do experimento	
P1	“... No que você precisar é só falar...”.
P2	
P3	“... Dependendo do momento, eu me sinto mais nervosa. Hoje, como eu estou mais calma, os traços devem ter sido baixos. Esse exame não mede o modo que a gente sempre

	está...”.
P4	“... Pensei que você fosse fazer uma análise mais profunda. Aquela hora que você me perguntou se a minha mulher tinha levado a foto da N (minha filha), foi só para me testa, não foi? Porque a foto estava com você!...”.
P5	
P6	“... Passei no teste...”.
P7	
P8	“... É importante fazer o teste, não só para vocês profissionais, mas também para o surdo...”.

TABELA 31: Verbalizações dos pais ouvintes; antes, durante e depois do experimento.

Antes do experimento	Verbalizações
P1	“... Por que a sala é revestida? Eu não estou ansiosa, mas com você explicando os passos do experimento, está me deixando tensa...”.
P2	
P3	
P4	“... Eu gravo o meu nome também ou só o da minha filha...?”.
P5	
P6	
P7	
P8	“... O que você vai fazer comigo...?” Estou curiosa, mas não ansiosa.
Durante o experimento	
P1	
P2	
P3	
P4	
P5	“... Por que você está apresentando de novo? Pode tirar da frente, eu já vi, não precisa permanecer tanto tempo com a foto na minha cara...”.
P6	
P7	
P8	“... Este sino faz parte do experimento?...”.
Depois do experimento	
P1	“... Eu estou nervosa hoje, mas é porque eu já sou

	nervosa...”.
P2	
P3	
P4	
P5	“... Quem é esta criança que está na foto?...”.
P6	
P7	
P8	“... Sei que não sei tudo, mas percebi que você trabalha com todos os sentidos. Que legal!...”.

TABELA 32: Verbalizações da mãe oralista-bilíngue, no serviço oralista; antes, durante e depois do experimento.

Antes do experimento	Verbalizações
Mãe oralista-bilíngue	“... Meu filho não está tendo resultado nesse atendimento (oralista). Por isso, que ele vai ser encaminhado para o atendimento em língua de sinais. Eu não estou bem, estou muito nervosa porque está tudo muito difícil lá em casa – o H. (filho ouvinte) me cobra por eu dar mais atenção par o ^a (filho surdo)...”.
Durante o experimento	
Mãe oralista-bilíngue	
Depois do experimento	
Mãe oralista-bilíngue	

TABELA 33: Verbalizações da mãe oralista-bilíngue, no serviço bilíngüe; antes, durante e depois do experimento.

Antes do experimento	Verbalizações
Mãe oralista-bilíngue	“... Não têm comparação o estado que eu estava naquele teste que você fez em mim, com este que você vai fazer. O A (filho surdo) melhorou muito; antes ele era muito nervoso, agora ele está mais calmo. Hoje, eu entendo ele, mas antes eu não entendia. Acho também que o fato de eu estar desempregada e com problemas em casa colaboraram para piorar o meu estado, naquela época. Agora, eu já estou

	trabalhando, está tudo melhor!...”
Durante o experimento	
Mãe oralista-bilíngue	
Depois do experimento	
Mãe oralista-bilíngue	“... O que você precisar pode contar comigo, não tem problema nenhum. O que vocês fizeram por mim não tem preço que pague...”.

DISCUSSÃO

Embora na **análise da escala** não tenha sido encontrado, nos percentis, a população deste estudo, pois a população desta escala era composta por: universitários com ciclo básico do Rio de Janeiro, universitários do 2º ao 5º ano do Rio de Janeiro, universitários de Santos (Estado de São Paulo), estudantes de 2º grau do Rio de Janeiro, e curso normal do Rio de Janeiro; a população que mais se aproximou dos sujeitos deste trabalho, foram os estudantes do 2º grau do Rio de Janeiro e os Universitários de Santos (São Paulo).

Os dados individuais da ansiedade-estado e da ansiedade-traço para cada grupo de pais (oralista, bilíngüe e ouvinte) mostram que a maioria dos pais do grupo oralista apresentou uma ansiedade-estado alta, isso significa que houve uma sensibilidade à tensão situacional, que no caso, deste estudo, ocorreu no momento que o participante esperava a pesquisadora dar início ao delineamento experimental. A maioria dos pais deste mesmo grupo, também apresentou uma ansiedade-traço alta. Isto pode estar associado ao fato de que aqueles que apresentam elevações na ansiedade-traço conseqüentemente demonstrariam elevações na ansiedade-estado porque esses indivíduos têm uma maior predisposição a ansiedade e por isso, percebem mais facilmente uma situação como ameaçadora (Biaggio e Natalício, 1979).

Tanto na ansiedade-estado quanto na ansiedade-traço dos pais do grupo bilíngüe, houve uma diferença considerável em ambos os estados de ansiedade, entre um pai e outro, pois enquanto alguns apresentavam uma ansiedade (estado/traço) inferior, outros chegaram a apresentar uma ansiedade (estado/traço) inferior ou superior. Isso significa que uma pessoa que tem um traço baixo de ansiedade pode ficar em um estado de alta ansiedade e

vice-versa, dependendo da maneira que o indivíduo percebe uma situação específica (como perigosa ou ameaçadora) (Biaggio e Natalício, 1979).

Todos os pais do grupo ouvinte apresentaram ansiedade-estado baixa, embora alguns pais tenham apresentado uma ansiedade-traço elevada, fato este que pode ser explicado pelo mesmo motivo acima referido.

No tratamento estatístico, não houve nenhuma diferença significativa entre a ansiedade-estado e a ansiedade-traço entre os pais de um mesmo grupo (oralista, bilíngüe ou ouvinte).

Com relação aos grupos experimentais, os resultados referentes à escala de ansiedade mostraram diferenças entre os pais ouvintes, oralistas e bilíngües, com maior nível de ansiedade-estado nos pais oralistas. A passo que os pais bilíngües apresentaram uma ansiedade maior que os pais ouvintes. Apesar da subjetividade inerente às escalas, os dados confirmaram a hipótese deste trabalho, isto é, estão de acordo com as discussões de estudos anteriores (Brazelton, 1983; Amiralian, 1986; Assumpção & Sprovieri, 1987; Terrasi, 1993 e Marques, 1995) indicando que educar e criar uma criança com necessidades especiais, neste caso o surdo, gera ansiedade nos pais. O fato dos pais bilíngües ter apresentado uma ansiedade menor que os pais oralistas vão de encontro com os dados encontrados na literatura mostrando que a família que reconhece o surdo como fazendo parte de um grupo minoritário que possui sua própria língua, no caso, a língua de sinais; conseguem, através dela, estabelecer uma comunicação mais efetiva e eficaz com seu filho surdo, percebendo que a língua de sinais não prejudica o desenvolvimento da língua oral, mas que ao contrário, auxilia no desenvolvimento da oralidade; com isso, esses pais se tornam mais tranqüilos e menos ansiosos. Enquanto que os pais oralistas que vêem o surdo como

deficiente ou alguém a quem falta algo (no caso, a audição), que desejam que seus filhos falem, se aproximando assim da sociedade ouvinte e que acreditam que o uso da língua de sinais pode prejudicar o desenvolvimento da fala; não conseguem estabelecer uma comunicação mais eficaz, existindo um bloqueio de comunicação entre pais ouvintes e filhos surdos e que conseqüentemente acarretará grandes problemas de ordem emocional, como, por exemplo, a ansiedade e o estresse, pela falta de compreensão entre os membros da família (Lora, 1994; Hoffmeister, 1996; Goldfeld, 1997; Harrison, Loi e Moura, 1997; Skliar, 1997; Pedroso, 2001; Rocha, 2002).

A ansiedade-estado do grupo oralista foi correspondente a ansiedade-traço, mostrando que os indivíduos com alto A-traço demonstram elevações em A-estado mais freqüentemente do que os indivíduos de baixo A-traço, por serem mais habitualmente ansiosos, conseguem perceber uma situação como perigosa. O fato da ansiedade-traço dos pais bilíngües ter sido menor que a dos ouvintes, mesmo apresentando uma ansiedade-estado maior indica que o modo como uma situação específica é percebida (como perigosa ou ameaçadora) por um indivíduo em particular pode gerar uma ansiedade-estado não correspondente a ansiedade-traço.

Estatisticamente, houve uma diferença significativa entre os grupos oralista e ouvinte. Este dado vai de encontro com os trabalhos encontrados na literatura, que mostraram que acontecimentos previsíveis, ou seja, acontecimentos esperados, como por exemplo, o nascimento de uma criança ouvinte (em condições “normais”) em uma família de ouvintes; é um acontecimento controlável e as reações psicológicas que aparecem, no caso, a ansiedade é um comportamento normal de algo novo, nunca experimentado. Mas, quando os eventos são imprevisíveis, como por exemplo, o nascimento de uma criança com

necessidades educativas especiais em uma família de ouvintes, estes eventos geralmente são incontrolláveis e se referem a situações ou estímulos aversivos, ameaçadores. Portanto, as reações psicológicas que aparecem são diferentes, podendo surgir uma ansiedade patológica diante do desconhecido, no caso, diante do filho surdo (Scabini, 1996). Mas, isso vai depender da visão que a família tem sobre surdez e pessoa surda, ou seja, ela pode ter uma concepção oralista que é decorrente do modelo clínico-terapêutico da surdez ou ela pode ter uma visão sócioantropológica da surdez, reconhecendo que os surdos formam uma comunidade minoritária com língua e valores culturais próprios; isto é, a maneira como a família reage a um determinado problema depende da interpretação que ela faz do problema e não é o problema em si que a faz reagir de uma determinada forma (Skliar, 1997 e Silva, 1988).

Ainda com relação a análise estatística, não houve diferença significativa entre os grupos oralista-bilíngue, e bilíngüe-ouvinte. Esse dado é contrário, ao que foi encontrado na literatura até o momento, porém isto pode ser explicado pelo tamanho da amostra que é relativamente pequena.

A diferença que foi encontrada neste estudo, entre os pais oralistas e bilíngües, mas que a análise estatística não detectou, se tornou mais evidente no dado da mãe oralista-bilíngue, que apresentou menor ansiedade-estado no serviço bilíngüe, comparada a sua ansiedade-estado no serviço oralista. Este dado está de acordo com as discussões encontradas na literatura, mostrando que quando os pais não conseguem obter resultado no serviço oralista, eles buscam um novo modelo, no caso, o serviço bilíngüe, a fim de melhorar a interação entre os membros da família que até então estava prejudicada pela falta de uma linguagem e por isso acarretando problemas emocionais (ansiedade e estresse),

e também para o próprio desenvolvimento do filho surdo. Dessa maneira, esses pais passam a aceitar um modelo de diferença e ingressam no “mundo dos surdos”. Essa mudança contagia o restante da família e todos os membros do núcleo familiar passam a viver melhor com o uso da língua de sinais, pois, a comunicação deixa de ser truncada e superficial, e passa ser mais profunda, ou seja, sai do concreto e passa para o abstrato, podendo conversar sobre tudo, inclusive sobre sentimentos, passado e futuro; fortalecendo assim, os laços familiares (Stelling, 1999).

A mãe oralista-bilíngue apresentou uma ansiedade-traço maior no serviço oralista quando comparada com a ansiedade-traço do serviço bilíngüe; apesar da ansiedade ter sido alta, em ambos serviços. Esse dado vem confirmar os dados de Biaggio e Natalício (1979) que a ansiedade-traço é colocada como sendo uma característica da personalidade com propensão a ansiedade. Porém, o fato dessa mesma mãe não ter apresentado uma A-estado correspondente a A-traço no serviço bilíngüe é justificado pelo mesmo motivo que foi explicitado anteriormente.

Um pequeno grau de ansiedade é útil para nossas vidas porque ela nos impulsiona para irmos adiante com os nossos objetivos. Por isso, não podemos considerar “normal” aquelas pessoas que não apresentam um mínimo de ansiedade. Portanto, quanto aos pais que apresentaram uma ansiedade inferior quando comparado ao restante do grupo, pode-se dizer que esses pais se encontram totalmente desmotivados, e essa falta de motivação pode ou não estar associada a surdez porque uma criança com necessidade especiais trás encargos adicionais na vida desses pais, portanto, eles precisam renunciar a algumas atividades que faziam até então, para dispor de mais tempo e proporcionar um melhor desenvolvimento a seu filho, indo em busca de serviços especializados. No entanto, nem

sempre, esses serviços oferecem um resultado satisfatório, pois, geralmente esses serviços são escassos, desarticulados e fragmentados, com isso, os pais acabam desmotivados. Por outro lado, há aqueles que por falta de tempo, acabam prejudicando o processo de reabilitação dos seus filhos, não indo aos atendimentos, não colaborando com os profissionais da área e isso também acarreta prejuízos no desenvolvimento da criança e conseqüentemente esses pais se tornam mais desmotivados ao ver seu filho regredindo.

Quando a ansiedade começa a prejudicar o desempenho da pessoa em suas atividades, aí sim, ela se torna preocupante porque a ansiedade patológica pode desencadear várias doenças (Hoehn-Saric, 1998).

Em síntese, podemos dizer que os dados deste trabalho apontam para diferença entre os grupos oralista, bilíngüe e ouvinte na escala de ansiedade, fato que confirma a hipótese inicial deste estudo, apesar do tratamento estatístico ter evidenciado apenas a diferença entre os grupos oralista e ouvinte.

A correlação entre as escalas de A-estado e A-traço do IDATE dependerá do tipo e da quantidade de tensão que caracterizar as condições sobre as quais a escala de A-estado for dada.

Partindo-se do pressuposto que a utilização de um único instrumento, em muitos casos, pode não ser suficiente para se obter uma análise global da pessoa avaliada (Del Prette & Del Prette, 1999) e buscando obter uma síntese avaliativa a fim de verificar a tendência à partir dos instrumentos utilizados nesse estudo, para um próximo estudo, sugiro que seja feita uma “validade concomitante” em que outras formas de avaliação confirmam os dados obtidos pela escala aqui utilizada. Dentre as outras escalas que poderiam ser utilizadas temos, por exemplo, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) da

Marilda Lipp, a Escala Analógica do Humor (EAH) de Norris, Escala de Hamilton, o BAI, entre outros. É importante lembrar também que seja dado um intervalo entre a aplicação de uma escala para outra, para que o sujeito não se sinta cansado.

Como neste estudo, já foi realizado a “fidedignidade interavaliadores”, em que foi solicitado a um observador independente, que não conhecia os participantes da pesquisa, que fizesse a correção do IDATE e à partir daí, fosse realizado o cálculo do índice de concordância dos resultados obtidos, sugiro que se faça, num próximo estudo, a “fidedignidade teste-reteste”, que consiste na aplicação da mesma escala (no caso, o IDATE) em momentos diferentes, pois dependendo do estado que o sujeito vai para a sessão, pode interferir nos resultados. Por exemplo, se ele teve algum aborrecimento no dia anterior e isso o deixou preocupado; provavelmente ele irá responder as questões sobre seu estado atual de forma bem diferente, se estivesse sem nenhum aborrecimento. Lembrando que, o intervalo deve ser de pelo menos duas semanas, com o objetivo de evitar a concordância devido a memória das respostas anteriores (Zuardi, 1997).

Caro leitor, se você pretende dar seguimento a esse trabalho, sugiro medidas multi-repetidas, ou seja, você poderia estar avaliando o sujeito antes dele realizar uma tarefa experimental e depois de completar a tarefa, você pode pedir para ele indicar como se sentia enquanto realizava a tarefa, no caso deste trabalho, como o participante se sentiu no momento em que ele estava sendo submetido a um delineamento experimental e em seguida, você também pode pedir para que ele responda a escala de acordo com que ele se sente depois de passar pelo experimento (Biaggio e Natalício, 1979). Também solicitaria a avaliação dos pais quanto ao experimento, não só através das respostas da escala na A-estado, mas também de forma discursiva, em que os pais poderiam colocar aspectos que a escala nem sempre menciona, tais como: “O que viram de mais importante na sessão

experimental? O experimento foi válido? Vocês sugerem que outros pais se submetam ao mesmo experimento? Que momento foi mais difícil? Que momento foi mais fácil? Como vocês imaginavam que fosse? O que vocês estavam pensando durante o experimento? Vocês ficavam aguardando a apresentação do próximo estímulo?” Enfim, avaliaria aspectos positivos e negativos e como se sentiram.

Estudos têm mostrado que dentre as escalas de ansiedade mais utilizadas para auto-avaliação, o Inventário de Ansiedade traço-estado foi a mais indicada (Keedwell e Snaith, 1996), porém é necessário ressaltar que esta escala é uma escala antiga que deve ser atualizada. Para isso é fundamental que ela seja reavaliada, a fim de complementá-la, pois ao construir uma escala mais atualizada, conseqüentemente a torna mais eficiente.

Em relação, aos traçados da **condutividade elétrica da pele (GSR)** não houve variações relevantes durante as **apresentações dos estímulos**, pois a maioria dos **pais oralistas, bilíngües e ouvintes** apresentaram baixa variação na GSR em todas as **apresentações dos estímulos**. O quadro alterou-se em algumas apresentações para os pais P3, P4 e P5 do grupo oralista, para os pais P2 e P6 do grupo bilíngüe, e para os pais P1 e P4 do grupo ouvinte. Isto pode ser explicado pelo número de estímulos que não foi suficiente para gerar alterações nas medidas fisiológicas. O fato de ter havido alterações em algumas apresentações para alguns pais, pode ter duas razões: ou esses pais se mostraram mais sensíveis a esses estímulos que causam essas pequenas alterações

A aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os níveis médios da condutividade elétrica da pele (EEG) durante a apresentação dos estímulos, nos grupos de pais oralista, bilíngüe e ouvinte; mostrou que os estímulos apresentados aos pais durante o delineamento experimental não provocaram alterações significativas ($p < 0,05$), com exceção da primeira apresentação da foto do filho de cada participante que o quadro alterou-se ($p < 0,01$), mas a

estatística não acusou em qual grupo (oralista, bilíngüe ou ouvinte) houve essa diferença significativa.

Este dado é contrário aos encontrados na literatura até o momento, pois, Hughes, Uhlmann e Pennebaker (1994) mostram que as respostas detectáveis através do Sistema Nervoso Simpático (SNS) eram as alterações nas taxas do batimento cardíaco, da pressão arterial, no consumo do oxigênio, nas taxas de respiração na vasoconstrição periférica e aumento da atividade eletrodérmica (o nível de condutância da pele, resposta da pele e potencial de ação da pele) da pele. Porém, este dado pode estar associado ao fato de ter um número reduzido de sujeitos neste trabalho ou pelo fato dos estímulos não serem suficientemente “fortes” para alterar as medidas fisiológicas.

Durante o experimento, a condutividade elétrica (GSR) das mães do grupo bilíngüe variou inversamente com a escala de ansiedade, pois as mães que apresentaram ansiedade baixa na escala apareceram com o GSR alto. Contudo, os grupos (oralista e ouvinte) que apresentaram ansiedade alta nas escalas mostraram um GSR com valor baixo.

A condutividade elétrica da pele pode estar associada à ansiedade, apesar de Fowles (1980) mostrar em seus estudos que tanto a resposta eletrodérmica (neste caso, a condutância da pele) quanto as respostas da atividade cardiovascular ocorrem em diferentes estados psicológicos, não sendo específico de um único estado.

Estes dados evidenciam a extrema necessidade de se desenvolver instrumentos cada vez mais preciosos para medir respostas emocionais específicas, evocadas por estressores específicos.

O fato de as mães bilíngües terem apresentado um aumento na variação do GSR durante o experimento indica que as mães podem ter apresentado um “estado de alerta” frente a uma nova situação, no caso, o próprio experimento. A mãe 6 do grupo oralista apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão, talvez pelo fato da mães ter dormido, ou pelo fato do eletrodo ter sido nos pontos errados dos dedos indicador e médio ou o equipamento não gravou o experimento, acho que deve ter sido a última opção, pois, a mãe na análise da fita reage ao experimento, apresentando comportamentos (Discussão).

A maioria dos **pais oralistas** apresentou baixa variação na GSR em todas as **apresentações dos estímulos**, com exceção, dos pais (P3, P4 e P5) que o quadro alterou-se, (houve variação do GSR) na 1ª tentativa da foto do filho (Ff), na 1ª tentativa do sino (Si) e na 2ª tentativa da moeda comum (MC); na 1ª tentativa do sino (Si), para os pais P3, P4, e P5; respectivamente (TABELA 18).

Os pais bilíngües apresentaram baixa variação na GSR na maioria das **apresentações dos estímulos**. Quando o primeiro estímulo (MC) foi apresentado aos pais (P2 e P6) o quadro alterou-se, pois, houve um aumento na variação da GSR.

Os pais ouvintes, também, apresentaram baixa variação na GSR em todas as **apresentações dos estímulos**, houve variação do GSR somente na 1ª tentativa da moeda fria, na 1ª tentativa da foto da criança desconhecida e na 2ª tentativa da foto do filho - para o pai 1 e na 2ª tentativa da moeda comum, na 1ª tentativa da foto do filho e na 2ª tentativa da foto da criança desconhecida - para o pai 4.

A mãe oralista-bilíngue no projeto oralista não apresentou nenhuma variação do GSR em todas as **apresentações dos estímulos**.

A mãe oralista-bilíngue, no projeto bilíngüe apresentou baixa variação na GSR em todas as **apresentações dos estímulos**.

Durante todo o experimento, houve variações graduais do GSR com a maioria dos pais do **grupo oralista**, com exceção dos pais 2 e 6 (P2 e P6) que mantiveram o mesmo valor em toda sessão. Como as medidas da GSR aumentaram gradativamente não foi possível encontrar variações significativas no momento em que os estímulos foram apresentados. Mas, durante a sessão, foi possível perceber que o momento de maior alteração das medidas da GSR foi no decorrer do delineamento experimental visual. Foi possível observar também que o grupo oralista apresentou uma GSR maior durante a sessão quando comparado com os grupos bilíngües e ouvintes (Não sei se eu posso falar isso – Tárzia, dê uma olhada nos dados a seguir e vê se você concorda com isso). Com relação aos pais, aquele que se mostrou mais sensibilizado ao experimento foi o pai 5 (P5), pois, ele apresentou uma maior variação quando comparado com o restante do grupo.

Pela figura 12, observou-se que o pai 1 (P1) iniciou a sessão com uma variação na GSR e essa variação aumentou gradativamente no decorrer do experimento, no entanto, sua variação máxima ocorreu no tempo de 144 segundos que foi exatamente o momento em que a pesquisadora solicitou que a participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual. No mesmo instante em que foi encerrado o delineamento experimental visual, a participante tornou a fechar os olhos, e o valor da GSR abaixou gradativamente. (GSR oscilou de 57 a 86).

De acordo com a figura 13, o pai 2 (P2) apresentou uma GSR de valor zero na maior parte da sessão, mas, houve alterações mínimas no tempo de 192 segundos, que pelo fato de terem sido baixas, não foi possível visualizar graficamente. No entanto, essa pequena

diferença ocorreu no momento em que a pesquisadora solicitou que a participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual (GSR oscilou entre 0 e 4).

Para o pai 3 (P3), a figura 14 mostrou que a participante iniciou a sessão com uma variação na GSR e essa variação aumentou no decorrer do experimento, no entanto, sua variação máxima ocorreu no intervalo de tempo entre 378 e 509 segundos, em que ocorreu o delineamento experimental visual. Ao acabar este delineamento; os valores da GSR decresceram gradativamente (GSR oscilou de 73 a 175).

O pai 4 (P4), mostrou na figura 15, que no início da sessão, a GSR não apresentou variação, porém a variação começou a ocorrer gradativamente no decorrer do experimento; sendo que o valor máximo da GSR ocorreu no momento (228 segundos) em que foi dado início o delineamento experimental visual. Posteriormente, houve um declínio gradual dos valores da GSR (GSR oscilou entre zero e 54).

O pai 5 (P5) iniciou a sessão com uma variação na GSR. Porém, durante todo o experimento, ou seja, em todos os delineamentos experimentais (táctil, visual e auditivo) houve uma variação bastante significativa entre um segundo e outro, chegando a apresentar picos em um determinado segundo e um declínio súbito no segundo posterior; por exemplo, num determinado segundo, o GSR teve um valor de 527 e no segundo posterior, um valor de 25 (GSR oscilou de 218 a 542).

O pai 6 (P6) apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão (Figura 17).

No início da sessão, o pai 7 (P7) apresentou um valor zero de GSR. Esse quadro se alterou aos 84 segundos, pois, houve um aumento súbito no momento em que foi apresentado o estímulo moeda fria ao participante. Ainda no delineamento experimental táctil, os valores decresceram e só voltaram a subir aos 216 segundos em que a pesquisadora solicitou que o participante abrisse os olhos para começar o delineamento

experimental visual. No decorrer do delineamento experimental visual os valores do GSR decresceram gradativamente até zerar. Ainda no delineamento visual, os valores da GSR voltaram a subir, chegando a um valor máximo de 130 e passaram a decair novamente e de forma gradativa depois que o participante voltou a relaxar na poltrona; até zerar as medidas (GSR oscilou de 0 a 130).

O pai 8 (P8) apresentou um GSR praticamente nulo em toda a sessão. Apesar do delineamento experimental visual ter sido iniciado no tempo de 208 segundos, o participante reagiu a este delineamento apenas aos 250^o segundos que foi no momento que ele estava vendo a foto do filho, chegando a obter um valor máximo de 12, mas que graficamente não é possível visualizar. Depois que o participante deixou de ver as fotos, esses valores foram decrescendo gradualmente até zerar (GSR oscilou de zero a 12) (Figura 19).

Durante todo o experimento, houve algumas variações graduais da GSR com a maioria dos pais do **grupo bilíngüe**, com exceção do pai 3 (P3) que manteve o mesmo valor em toda sessão. Como as medidas da GSR aumentaram gradativamente não foi possível encontrar variações significativas no momento em que os estímulos foram apresentados. Mas, durante a sessão, foi possível perceber que o momento de maior alteração das medidas da GSR foi no decorrer do delineamento experimental táctil, ao contrário dos pais do grupo oralista que apresentou maiores alterações no delineamento experimental visual. Foi possível observar também que o grupo bilíngüe apresentou uma GSR menor durante a sessão quando comparado com os grupos oralistas e ouvintes. Com relação aos pais, aquele que se mostrou mais sensibilizado ao experimento foi o pai 8 (P8), pois, ele apresentou uma curva crescente nas medidas da GSR.

Como mostra a figura 20, o pai 1 (P1) apresentou o mesmo valor da GSR inicial quase que durante toda sessão, mas no início do delineamento experimental tátil, aos 37 segundos, a GSR chegou a um valor máximo de 50. Depois, a GSR começou a decrescer, chegando a ter mínimas elevações no momento em que foram apresentadas as fotos (delineamento visual), mas logo em seguida, voltou a decair até o final da sessão (GSR oscilou entre 34 e 50).

O pai 2 (P2) manteve o mesmo valor da GSR inicial na maior parte da sessão, mas houveram alguns declínios durante o delineamento experimental tátil. Porém, ainda neste delineamento experimental tátil houve um aumento gradual, chegando a um valor máximo de 70, aos 113 segundos; em seguida, começou haver um declínio novamente que se manteve até o final.

Na maior parte da sessão, a figura 22, mostra que o pai 3 (P3) apresentou uma GSR igual a zero, mas no decorrer do delineamento experimental tátil, a GSR chegou a um valor máximo de 15 entre o período de 69 a 88 segundos. Em seguida, os valores começaram a cair gradativamente até o final da sessão (GSR oscilou entre 0 e 15).

Na figura 23 é possível visualizar que o pai 4 (P4) apesar de ter apresentado algumas variações no decorrer do delineamento experimental visual, apresentou uma maior variação da GSR no início do delineamento experimental tátil, aos 87 segundos, chegando a um valor máximo de 77 (GSR oscilou de 51 a 77).

O pai 5 (P5) apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão (Figura 24).

Apesar do pai 6 (P6) ter mostrado uma diferença da GSR no momento em que foi apresentado a moeda, houve um pico maior no decorrer do delineamento experimental visual, aos 248 segundos, pois, a GSR chegou a um valor máximo de 127 (GSR oscilou de 46 a 127).

O pai 7 (P7) apesar de ter apresentado algumas variações no decorrer da sessão, o momento em que houve uma maior variação da GSR foi no início do delineamento experimental táctil, aos 143 segundos, chegando a um valor máximo de 35 (GSR oscilou de 16 a 35) (Figura 26).

O último sujeito desse grupo, o pai 8 (P8) apresentou um aumento gradual em toda sessão, chegando a um valor máximo de 207. Dessa forma, não foi possível detectar em qual delineamento (táctil, visual ou auditivo) que houve maiores alterações nas medidas da GSR (GSR oscilou de 30 a 207) (Figura 27).

Durante todo o experimento, houve variações graduais do GSR com a maioria dos pais do **grupo ouvinte**, com exceção do pai 7 que manteve o mesmo valor em toda sessão. Como as medidas da GSR aumentaram gradativamente não foi possível encontrar variações significativas no momento em que os estímulos foram apresentados. Mas, durante a sessão, foi possível perceber que o momento de maior alteração das medidas da GSR, para a maioria dos pais foi no decorrer do delineamento experimental visual, apesar de alguns participantes terem apresentado alterações também no decorrer do delineamento táctil e auditivo. Foi possível observar também que o grupo oralista apresentou uma GSR maior durante a sessão quando comparado com os grupos bilíngües e ouvintes. Com relação aos pais, aquele que se mostrou mais sensibilizado ao experimento foi o pai 4 (P4), pois ele apresentou uma maior variação das medidas no decorrer do experimento quando comparados com o restante do grupo.

Como mostra a Figura 28, apesar do pai 1 (P1) ter apresentado variações graduais no decorrer da sessão, o momento que houve uma maior alteração das medidas da GSR foi no

decorrer do delineamento experimental visual, aos 221 segundos, chegando a um valor de 93 (GSR oscilou de 52 a 93).

O pai 2 (P2) apresentou um GSR praticamente nulo em toda a sessão. Mas, o participante apresentou alterações nas medidas da GSR no decorrer do delineamento experimental táctil, no intervalo de 68 a 111 segundos, chegando a obter um valor máximo de 12, mas que graficamente não é possível visualizar. Depois que o participante deixou de ver as fotos, esses valores foram decrescendo gradualmente até zerar (GSR oscilou de zero a 12) (Figura 29).

Apesar de não ser possível visualizar, o pai 3 (P3) apresentou uma pequena variação (GSR com valor 9) no momento em que ocorreu o delineamento experimental visual, porém este sujeito manteve uma medida constante para GSR de valor igual a 8 durante todo o experimento.

O pai 4 (P4) mostrou variações durante a sessão, mas foi no delineamento experimental auditivo que as medidas da GSR chegaram a valores máximos de 225, aos 315 segundos (GSR oscilou entre 160 e 225) (Figura 31).

A figura 32 mostra que o pai 5 (P5) apresentou uma pequena variação (GSR com valor 9) no momento em que ocorreu o delineamento experimental visual, porém este sujeito manteve uma medida constante para GSR de valor igual a 0 durante todo o experimento (GSR oscilou entre 0 e 9).

O pai 6 (P6) mostrou variações durante a sessão, mas foi no delineamento experimental visual que as medidas da GSR chegaram a valores máximos de 59, aos 341 segundos (GSR oscilou entre 0 e 59) (Figura 31).

O pai 7 (P7) apresentou um GSR de valor nulo durante toda a sessão (Figura 34).

No início da sessão, o pai 8 (P8) apresentou um valor zero de GSR. Esse quadro começou a alterar aos 170 segundos em que a pesquisadora solicitou que o participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual, mas foi no delineamento experimental auditivo que o sujeito apresentou uma maior medida da GSR, chegando a um valor máximo de 42 (GSR oscilou de 0 a 42) (Figura 35).

A mãe oralista-bilíngue, durante todo o experimento, apresentou uma GSR de valor zero na maior parte da sessão, mas, houve alterações mínimas no tempo de 192 segundos, que pelo fato de terem sido baixas, não foi possível visualizar graficamente. No entanto, essa pequena diferença ocorreu no momento em que a pesquisadora solicitou que a participante abrisse os olhos para dar início ao delineamento experimental visual (GSR oscilou entre 0 e 4).

Como mostra a figura 37, a mãe oralista-bilíngue apresentou o mesmo valor da GSR inicial quase que durante toda sessão, mas no início do delineamento experimental táctil, aos 37 segundos, a GSR chegou a um valor máximo de 50. Depois, a GSR começou a decrescer, chegando a ter mínimas elevações no momento em que foram apresentadas as fotos (delineamento visual), mas logo em seguida, voltou a decair até o final da sessão (GSR oscilou entre 34 e 50).

Em relação, aos traçados da **condutividade cerebral (EEG)** não houve variações significantes **durante as apresentações dos estímulos**. Este aspecto também pode ser explicado pelo fato dos estímulos não serem suficientemente capazes de alterar as medidas fisiológicas ou pelo número reduzido de sujeitos neste trabalho.

O aumento na frequência da condutividade cerebral tanto da mãe 1 do grupo oralista quanto das mães do grupo ouvinte, durante a segunda apresentação da moeda comum

(MC) pode ser explicado pelo “estado de alerta” que essas mães se encontravam frente a um novo estímulo.

Durante todo o experimento, pode-se observar que houve um aumento na frequência da **condutividade cerebral** para todos os grupos de mães, exceto a mãe 2 do grupo oralista que apresentou baixa condutividade cerebral. Dado este que pode ser explicado por dois fatores: 1) Guyton (1984) mostra que para o cérebro ficar ativado, as ondas cerebrais precisam chegar a ter frequência acima de 13 por segundo - momento em que as ondas alfa normais são substituídas pelas ondas beta. Neste caso, apesar do aumento na frequência da condutividade cerebral, as ondas cerebrais não chegaram a ter frequência acima de 13 por segundo. 2) Não existe uma linearidade entre a ansiedade e as frequências cerebrais. Como já dito anteriormente, existem três respostas que podem estar associadas a ansiedade, que são: a pressão arterial, o batimento cardíaco e a resposta eletrodérmica da pele.

Ao passo que a baixa frequência na condutividade cerebral da mãe 2 do grupo oralista indica que a mesma encontrou-se em um estado de sonolência, pois, a literatura (Guyton, 1984) mostra que durante o sono muito profundo, as ondas alfa e beta são substituídas por algumas ondas irregulares, ocorrendo a cada um ou dois segundos. Essas são as chamadas “ondas do sono” ou ondas delta.

Vale ressaltar que existem alguns fatores que influenciam a condutividade cerebral, tais como: jejum, uso de medicamentos e traumatismos cranianos; que podem ou não estar influenciando os dados deste estudo. Por isso, sugere-se que se faça uma anamnese com as mães para que possa descartar estas variáveis.

A maioria dos **pais oralistas** apresentaram baixa variação da EEG na **apresentação dos estímulos**, apesar do pai 2 (P2) ter apresentado uma maior variação (na 1ª tentativa da moeda fria, na 2ª tentativa da moeda comum, na 1ª tentativa da foto da criança diferente e na 2ª tentativa da foto do filho) quando comparado com o restante do grupo, suas ondas cerebrais ainda se encontram com frequência entre 10 a 12, permanecendo assim, com ondas cerebrais alfa.

A maioria dos **pais bilíngües** apresentou baixa variação da EEG na **apresentação dos estímulos**, apesar dos pais 1 (P1), 5 (P5) e 8 (P8) terem apresentado uma variação maior na 1ª e 2ª tentativa da moeda fria para, o pai 1 (P1); na 1ª tentativa da moeda comum e na 2ª tentativa da moeda fria, para o pai 5 (P5); e 2ª tentativa da gravação, para o pai 8 (P8); quando comparado com o restante do grupo, suas ondas cerebrais ainda se encontram com frequência inferiores a 12, permanecendo assim, com ondas cerebrais alfa.

O fato dos pais 2, 4, 5, 7, 8 do **grupo ouvinte** terem apresentado algumas variações na condutividade cerebral (EEG), tais como; o pai 2 (P2) apresentou variação na 1ª tentativa da foto do filho, o pai 4 (P4) na 2ª tentativa da foto da criança diferente, o pai 5 (P5) na 2ª tentativa da moeda comum, o pai 7 (P7) na 2ª tentativa da moeda fria e o pai 8 (P8) na 2ª tentativa da moeda comum; não significa que essas alterações foram significativas, pois, os valores da condutividade cerebral ainda se encontram com frequência inferiores a 12, permanecendo assim, com ondas cerebrais alfa.

A **mãe oralista-bilíngue, no serviço oralista**, apresentou variações da condutividade cerebral (EEG) nas seguintes tentativas: 1ª tentativa da moeda fria, 2ª tentativa da moeda comum, 1ª tentativa da foto do filho e na 2ª tentativa da foto da criança diferente, no entanto, essas variações não equivalem a dizer que o cérebro estava ativado, pois, as ondas

cerebrais estavam com frequência entre 10 a 12, ou seja, os valores não ultrapassaram frequência 15, então as ondas cerebrais ainda se encontram em um estado alfa.

Durante todo o experimento, a maioria dos pais oralistas apresentou condutividade cerebral superior a 15, deixando o estado alfa e passando para um estado beta, onde as ondas cerebrais encontram-se mais ativadas. Ao contrário da maioria dos pais oralistas, os pais 1 (P1), 6 (P6) e 9 (P9) não apresentaram variações igual ou acima de 15, permanecendo no estado alfa. Apesar das ondas cerebrais terem oscilado no decorrer do experimento, essa oscilação não foi significativa no momento da apresentação dos estímulos. Durante a sessão, alguns pais apresentaram ondas cerebrais acima de 15 nos delineamentos tátil, visual e auditivo (P2 e P3) e outros nos delineamentos tátil e auditivo (P4, P5, P7). Não foi possível observar diferenças significativas entre os grupos oralista, bilingüe e ouvinte, talvez com uma análise estatística que será feita posteriormente, podemos encontrar possíveis diferenças entre os grupos.

Durante todo o experimento, o pai 1 (P1) apresentou ondas cerebrais com frequência máxima de 13, no momento do delineamento experimental visual, mas como a frequência não foi superior a 15, podemos dizer que as ondas cerebrais estavam no estado alfa (Figura 38 e 39).

Em todos os delineamentos (tátil, auditivo e visual), o pai 2 (P2) apresentou uma frequência máxima de 20 e mínima de 3, ou seja, ora ele estava no estado alfa, ora ele no estado beta (quando as ondas cerebrais ultrapassavam uma frequência de 15). Dessa maneira, podemos dizer que este pai, em alguns momentos, apresentou um cérebro ativado (Figura 40 e 41).

Em todos os delineamentos (táctil, auditivo e visual), o pai 3 (P3) apresentou algumas vezes, uma freqüência máxima superior a 15, isso equivale dizer que nesses momentos, as ondas beta tomaram o lugar das ondas alfa. A freqüência mínima foi de 3 (Figura 42 e 43).

A freqüência do pai 4 (P4) oscilou de 2 a 16 no delineamentos tácteis e auditivos, então ora as ondas cerebrais se encontravam em estado alfa e ora em estado beta (Figura 44 e 45).

Nos delineamentos táctil e auditivo, o pai 5 (P5) apresentou ondas cerebrais superiores a 15 e inferiores a 5. Então, algumas vezes, as ondas beta tomaram o lugar das ondas alfa, ativando o cérebro (Figura 46 e 47).

O pai 6 (P6) não apresentou nenhuma variação de ondas cerebrais superior a 15, estando constantemente num estado alfa (Figura 48 e 49).

A condutividade cerebral do pai 7 (P7) ultrapassou a freqüência 15 nos delineamentos tácteis e auditivos. Apesar de apresentar freqüência mínima de 3, as ondas cerebrais, algumas vezes, deixaram o estado alfa e passaram a um estado beta (Figura 50 e 51).

Ao contrário, da maioria dos pais oralistas, o pai 8 (P8) não apresentou freqüência de condutividade cerebral superior a 15, ou seja, em toda sessão ele permanece num estado alfa (Figura 52 e 53).

A **maioria dos pais bilíngües** apresentou condutividade cerebral superior a 15, deixando o estado alfa e passando para um estado beta, onde as ondas cerebrais encontram-se mais ativadas; com exceção dos pais 1 (P1), 4 (P4) e 8 (P8) que não apresentaram variações igual ou acima de 15, permanecendo no estado alfa. Apesar das ondas cerebrais terem oscilado no decorrer do experimento, essa oscilação não foi significativa no momento da apresentação dos estímulos. Durante a sessão, alguns pais apresentaram ondas cerebrais acima de 15 apenas no delineamento táctil (P3 e P6), outros apenas no

delineamento auditivo (P5) e outros nos delineamentos táctil e auditivo (P2 e P7). Não foi possível observar diferenças significativas entre os grupos oralista, bilíngüe e ouvinte, talvez com uma análise estatística que será feita posteriormente, podemos encontrar possíveis diferenças entre os grupos.

O pai 1 (P1) não apresentou nenhuma variação da condutividade cerebral acima de 15, permanecendo no estado alfa durante toda a sessão (Figura 54 e 55).

Nos delineamentos táctil e auditivo, o pai 2 (P2) apresentou ondas cerebrais com frequência acima de 15, deixando o estado alfa e passando para o estado beta (Figura 56 e 57).

Apenas no delineamento táctil, o pai 3 (P3) apresentou valores superiores a 15, passando para o estado beta (Figura 58 e 59).

Este pai (P4) não apresentou nenhuma variação acima de 15 (Figura 60 e 61).

No delineamento auditivo, o pai 5 (P5) apresenta variações na condutividade cerebral, chegando a uma frequência superior a 15, passando, neste momento, para um estado beta (Figura 62 e 63).

O pai 6 (P6) apresenta ondas cerebrais com frequência igual ou superior a 15 no momento em que ocorre o delineamento táctil, e é neste momento que o pai se encontra num estado beta e não mais num estado alfa (Figura 64 e 65).

No delineamento táctil e auditivo, o pai 7 (P7) aparece em estado beta, por apresentar ondas cerebrais superiores que 15 (figura 66 e 67).

Este pai (P8) não apresenta nenhuma alteração na condutividade cerebral superior a 15, estando a sessão toda num estado alfa (Figura 68 e 69).

A maioria dos pais ouvintes apresentou condutividade cerebral superior a 15, deixando o estado alfa e passando para um estado beta, onde as ondas cerebrais encontram-

se mais ativadas Ao contrário da maioria dos pais oralistas, os pais 3 (P3) ,5 (P5) e 7 (P7) não apresentaram variações igual ou acima de 15, permanecendo no estado alfa. Apesar das ondas cerebrais terem oscilado no decorrer do experimento, essa oscilação não foi significativa no momento da apresentação dos estímulos. Durante a sessão, alguns pais apresentaram ondas cerebrais acima de 15 nos delineamentos táctil, visual e auditivo (P1, P4, P6 e P8) e outros nos delineamentos táctil e visual (P2). Não foi possível observar diferenças significativas entre os grupos oralista, bilíngüe e ouvinte, talvez com uma análise estatística que será feita posteriormente, podemos encontrar possíveis diferenças entre os grupos.

Em todos os delineamentos táctil, visual e auditivo, o pai 1 (P1) apresentou uma condutividade cerebral acima de 15, passando do estado alfa para o estado beta (Figura 70 e 71).

O pai 2 (P2) apresentou variações superiores a 15 na freqüência das ondas cerebrais, durante no delineamento táctil e visual, isso equivale a dizer que o pai, nesses momentos, estava num estado beta (figura 72 e 73).

O pai 3 (P3) não apresentou freqüência cerebral com valores acima de 15, permanecendo durante toda a sessão no estado alfa (Figura 74 e 75).

Em todos os delineamentos (táctil, visual e auditivo), o pai 4 (P4) apresentou oscilações superiores a 15, estando nesses momentos com o cérebro mais ativado quando comparado com os momentos em que a freqüência foi inferior a 15 (Figura 76 e 77).

O pai 5 (P5) não apresentou condutividade cerebral acima de 15, estando constantemente no estado alfa (Figura 78 e 79).

Pela figura 80 e 81, observa-se que apenas no delineamento táctil, o pai 6 (P6) apresentou freqüência cerebral acima de 15 (estado beta).

Em nenhum momento, durante a sessão experimental o pai 7 (P7) apresentou variações superiores a 15 na condutividade cerebral, ou seja, esse pai esteve no estado alfa todo o experimento (Figura 82 e 83).

O pai 8 (P8) apresentou em todos os delineamentos, frequência acima de 15 na condutividade cerebral, passando do estado alfa para o estado beta (Figura 84 e 85).

Em todos os delineamentos (táctil, auditivo e visual), a mãe oralista-bilíngue, no serviço oralista, apresentou uma frequência máxima de 20 e mínima de 3, ou seja, ora ela estava no estado alfa, ora ela no estado beta (quando as ondas cerebrais ultrapassam uma frequência de 15). Dessa maneira, podemos dizer que essa mãe, em alguns momentos, apresentou um cérebro ativado (Figura 86 e 87).

A mãe oralista-bilíngue não apresentou nenhuma variação da condutividade cerebral acima de 15, permanecendo no estado alfa durante toda a sessão (Figura 88 e 89).

Quanto aos **comportamentos** das mães na categoria verbalizações, apenas os sujeitos do grupo ouvinte apresentaram este comportamento, mostrando uma certa inquietação por parte dos mesmos.

Tanto no comportamento de neutralidade facial quanto no comportamento de neutralidade corporal, a frequência das mães dos grupos oralista e bilíngüe foi maior quando comparados com o grupo ouvinte. Esse resultado confirma uma hipótese anterior deste mesmo estudo, em que as mães ouvintes apresentaram uma certa inquietação durante o experimento, opondo-se a neutralidade. Além disso, nota-se também que as mães do grupo oralista apresentaram uma maior frequência quando comparadas com as mães do grupo bilíngüe, mostrando que frente a uma situação de teste, podem ter maior sensibilidade à situação nova.

O comportamento de piscar foi maior nas mães do grupo ouvinte, quando comparadas às mães dos grupos oralista e bilíngüe, possivelmente explicado pelo mesmo motivo acima referido. Este comportamento mostrou-se menor no grupo oralista quando comparado com o grupo bilíngüe.

A frequência do comportamento de movimentar a língua esteve presente em uma única mãe do grupo bilíngüe. Este comportamento indica uma reação da mãe frente a descargas fisiológicas (no caso, a mãe poderia estar com a “boca seca”) geradas em uma situação nova.

As mães do grupo ouvinte abrem mais os olhos do que as mães dos grupos oralistas e bilíngüe. Este fato novamente pode estar associado à inquietação dessas mães durante o experimento. Esse comportamento se fez necessário na realização do teste a pedido da experimentadora, talvez isso explique o fato das mães oralistas e bilíngües apresentarem a mesma frequência para esse comportamento.

Quanto à categoria fechar os olhos nota-se que as mães do grupo bilíngüe apresentaram uma frequência menor quando comparadas com os grupos oralista e ouvinte. E as mães ouvintes apresentaram maior frequência quando comparada com as mães oralistas. Apesar deste comportamento ter sido necessário durante o experimento, um outro aspecto que pode justificar a maior frequência nas ouvintes é o estado de alerta em que essas mães se encontravam.

Apenas uma mãe do grupo ouvinte apresentou os comportamentos de movimentar os olhos e o de mudar de posição. Isso pode ser explicado por uma maior inquietação desta mãe quando comparada com a outra mãe do mesmo grupo.

No comportamento mexer as mãos, apenas duas mães, uma do grupo oralista e outra do grupo bilíngüe, apresentaram este comportamento, sendo que a freqüência da oralista foi maior que da bilíngüe. Já, no grupo ouvinte, ambas as mães apresentaram esse comportamento. De novo, confirmamos que as mães do grupo ouvinte reagem de forma mais intensa diante do desconhecido.

Devido a agitação das mães ouvintes, a categoria rir apareceu apenas neste grupo. Da mesma forma, que o comportamento de direcionar a mão à boca esteve presente em uma única mãe do mesmo grupo.

De um modo geral, foi possível perceber que as mães ouvintes apresentam uma maior inquietação frente a uma situação estressante. É, nesse sentido, que os dados vão ao encontro com a literatura, mostrando que a ansiedade-estado se caracteriza por sentimentos de tensão, apreensão e descargas fisiológicas como: palpitação no coração, distúrbios na respiração, inquietação e suor, desencadeadas pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA) (Spielberger, 1972).

Com relação as **verbalizações** das mães ouvintes:

“... Por que você está apresentando de novo? Pode tirar da frente, eu já vi, não precisa permanecer tanto tempo com a foto na minha cara...”.

Pode-se dizer que esta mãe apresentou uma certa angústia com a repetição da apresentação dos estímulos. Dado este que confirma os encontrados na literatura, pois

Andrade e cols.; (1994) coloca que a angústia é um sentimento acompanhado de inquietação - que é uma manifestação somática.

“... O que você vai fazer comigo? Estou curiosa, mas não ansiosa...”.

Isso pode estar associado à ansiedade frente ao desconhecido. Dessa maneira, os dados vão ao encontro daqueles disponíveis na literatura, pois, a ansiedade é um comportamento normal de algo novo nunca experimentado (Andrade e cols, 1994).

As verbalizações das mães do grupo bilíngüe:

“... Antes eu era muito nervosa, mas agora, não sou mais. Minha filha aprendeu a falar meu nome, mas ela também usa língua de sinais. Antes da gente aprender língua de sinais, eu era muito nervosa com ela e ela também era nervosa...”.

Esses dados confirmam aqueles encontrados nos trabalhos de Rocha (2002) que mostram que o uso da língua de sinais gera mudanças não só na dinâmica da família, mas também, no comportamento do filho – que passa a ser mais ajustado. Fato este que pode ser explicado pela ruptura do bloqueio de comunicação. Esses dados também vêm confirmar os estudos de Stelling (1999) que coloca como uma comunicação eficaz e efetiva, por meio de língua de sinais, pode superar um intercâmbio pautado em conversas superficiais, presas nas atividades do dia-a-dia, dando lugar a uma comunicação com qualidade, mais profunda. O fato de a mãe enfatizar que sua filha aprendeu a falar o nome dela, mostra o quanto esses pais desejam verem seus filhos falando oralmente.

No grupo oralista:

“... Meu filho não está tendo resultado nesse atendimento (oralista). Por isso, que ele vai ser encaminhado para o atendimento em língua de sinais. Eu não estou bem, estou

muito nervosa porque está tudo muito difícil lá em casa – o H. (filho ouvinte) me cobra por eu dar mais atenção para o A (filho surdo)...”.

A literatura tem mostrado que a incapacidade da criança surda se transforma nos focos das vivências e propósitos familiares. Dessa maneira, Hoffmeister (1996) coloca que a mãe deixa de lado outros membros da família que se sentem desprezados. Nesse sentido, Lora (1984) coloca que, os familiares que vêem a surdez como deficiência, tendem a se desequilibrar emocionalmente e, por isso mesmo, passam a proteger excessivamente esse membro, ou então, a serem negligentes. Esses pontos, tratados pela literatura especializada, vêm confirmar o relato anterior.

“... Estou cansada e com sono. Este experimento é bom para dormir...”.

É a mãe quem assume, na maior parte do tempo, e quase que individualmente, as responsabilidades do tratamento e da educação do filho com necessidades educativas especiais. Fato este que explica o sono comunicado pela mãe.

A frequência de verbalizações dos pais do grupo ouvinte e bilíngüe foi maior quando comparados com o grupo oralista. O grupo ouvinte apresentou uma maior frequência de verbalizações quando comparado com o grupo bilíngüe. (Figura 90).

A frequência do comportamento de mudar de posição, tanto para o grupo bilíngüe quanto para o grupo ouvinte foi à mesma, para ambos os grupos, ao passo que o grupo oralista não apresentou este comportamento. (Figura 91).

Este comportamento só esteve presente em um único grupo, isto é, no grupo bilíngüe (Figura 92).

Este comportamento esteve presente em todos os grupos, mas o grupo bilíngüe apresentou uma maior frequência de movimentar os olhos quando comparado com os

grupos oralista e ouvinte que apresentaram a mesma frequência no comportamento de movimentar os olhos (Figura 93).

Este comportamento esteve presente apenas no grupo ouvinte (Figura 94).

Este comportamento esteve presente em todos os grupos, sendo que a frequência do comportamento de abrir os olhos apresentou-se menor para o grupo oralista quando comparado com os grupos bilíngües e ouvintes que apresentaram a mesma frequência (Figura 95).

Este comportamento esteve em todos os grupos, sendo que a frequência do comportamento de fechar os olhos apresentou-se maior para o grupo ouvinte quando comparado com os grupos oralista e bilíngües. Enquanto que o grupo bilíngüe apresentou maior frequência quando comparado com o grupo oralista (Figura 96).

A frequência do comportamento de piscar foi maior no grupo oralista quando comparado com o grupo bilíngüe e ouvinte, ao passo que o grupo ouvinte apresentou uma frequência menor quando comparado com o grupo bilíngüe (Figura 97).

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 98).

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 99).

O grupo oralista apresentou uma maior frequência do comportamento de mexer as mãos quando comparado com os grupos ouvinte e bilíngüe. Já o grupo ouvinte apresentou uma frequência maior deste comportamento quando comparado com o grupo bilíngüe (Figura 100).

Este comportamento só esteve presente no grupo oralista (Figura 101).

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 102).

Este comportamento só esteve presente no grupo oralista (Figura 103).

Este comportamento só esteve presente no grupo ouvinte (Figura 104).

Este comportamento só esteve presente no grupo oralista (Figura 105).

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 106).

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 107).

Este comportamento esteve presente nos grupos oralista e bilíngüe, sendo que a frequência foi a mesma em ambos os grupos (Figura 108).

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 109).

Este comportamento esteve presente nos três grupos, mas teve uma maior frequência no grupo bilíngüe quando comparado com os grupos oralista e ouvinte, que apresentaram a mesma frequência (Figura 110).

Este comportamento só esteve presente no grupo bilíngüe (Figura 111).

CONCLUSÃO

Neste trabalho, tentou-se conhecer a ansiedade das mães dos grupos ouvinte, oralista e bilíngüe; bem como analisar algumas medidas fisiológicas comumente relacionadas e o desempenho comportamental dessas mães em escalas e durante um experimento. É importante salientar que dados dessa natureza ainda não estão disponíveis na literatura, daí a importância da divulgação dos mesmos e de eventuais complementações e respostas a algumas das questões aqui levantadas.

Os dados deste estudo apontam para diferença entre os grupos ouvinte, oralista e bilíngüe na escala de ansiedade, fato que confirma a hipótese inicial desse estudo. Porém, esta diferença não foi constatada nas medidas fisiológicas, durante a apresentação dos estímulos. Contudo, pode-se perceber diferença nessas medidas durante o experimento.

Tendo em vista esses resultados, seria interessante confirmar aqueles obtidos pela escala aqui utilizada pelos obtidos por outras escalas, por exemplo, pela aplicação dos testes de stress da Marilda Lipp e do BAI. Seria, também, importante investigar mais o alcance das medidas fisiológicas, obtendo uma maior segurança quanto a classe de ansiedade, bem como complementar os dados por anamnese, de maneira a conhecer os antecedentes medicamentosos e de condições físicas das mães, antes de realizarem o experimento.

Com relação às categorias comportamentais, tudo indica que há diferença entre os grupos, mas pelo fato dos dados não serem obtidos por instrumentos mais sistemáticos de coleta de dados, é necessário complementá-los para proceder a discussões mais seguras.

É importante colocar que embora este estudo não esteja concluído, já é possível vislumbrar alguns possíveis resultados. Esses, no entanto, deverão ser complementados por maior número de sujeitos em cada grupo e por um tratamento estatístico que possibilite detectar diferenças, ou não, significativas nos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th edition. Washington, DC.
- Amiralian, M. L. T. M. (1986). **Psicologia do Excepcional**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Andrade, L. H. S. G.; Lotufo-Neto, F.; Gentil, V. Maciel, L. M. A e Shavitt, R. G. (1994). Classificação e diagnóstico dos transtornos ansiosos. In: Gentil & Lotufo-Neto (eds): **Pânico, obsessões e fobias**, Edusp, São Paulo, pgs: 31-45.
- Araújo, E. A (2001). **Programa de Orientação de Mães para Integração Social de Portadores de Deficiência Mental**. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Ariès, P. (1978). **História social da criança e da família**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Assumpção, F. B. & Sprovieri, M. H. S (1987). **Sexualidade e Deficiência Mental**. Editora Moraes.
- Barlow, D. H.; Wincze, J. (1998) DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder? **Acta Psychiatr Scand** 98 (Suppl. 393): 23-29.
- Behares, L. E. (1996). Aquisição de Linguagem e Interações mãe ouvinte-criança surda (Artigo completo). Em Instituto Nacional de Educação de Surdos (Org.), **Anais do Seminário Nacional do INES: Repensando a Educação da Pessoa Surda** (pp 20-36). INES, Rio de Janeiro.
- Bevilacqua, M. C. & Formigoni, G. M. P. (2000). **Audiologia Educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva**. São Paulo: Pró-Fono.
- Biaggio, A M. B & Natalício, L. (1979) Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE. Rio de Janeiro: CEPA

- Biasoli-Alves, Z. M. M. (1996). Famílias brasileiras do século XX: Os valores e as práticas de educação da criança. **Temas em Psicologia**, 3, 36-49.
- Brazelton, T. B. (1983). **Infants d Parents, differences in development**. Ervised edition, New York: Dell.
- Brasil (1994). **Declaração de Salamanca sobre princípio político e prática em educação especial** (On-line). Disponível em <http://200.246.225.18/cedipod/salamanc.htm> (Acesso em 29/04/97).
- Buscaglia, L. (1997). **Os deficientes e seus pais**. (Trad. R. Mendes, 3ª ed. Rio de Janeiro: Record. (trabalho original publicado em 1983).
- Charney D. S. & Woods, S. W. (1989). Benzodiazepine treatment of panic disorder: a comparison of alprazolam and lorazepam. **J Clin Psychiatry**, 50: 418-423.
- Colnago, N. A. S. (2000). **Orientação para pais de crianças com Síndrome de Down: elaborando e testando um programa de intervenção**. Dissertação de Doutorado. Universidade de São Paulo (FFCL-RP). São Paulo.
- Costa, J. M. A. & Biaggio, A. M. B. (1998). Apectos Emocionais da Obesidade: Ansiedade e Raiva. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, (3), 30-50.
- Deakin, J. F. W.; Guimarães, F. G. (1991). 5-HT and mechanisms of defence. **J Psychopharmacol**, 5: 305- 315.
- Deakin, J. F. W.; Guimarães, F. G.; Graeff, F. G. (1992). 5-HT subtypes and the modulation of aversion. In: C. A Marden, D. J. Heal (eds). **Central serotonin receptors and psychotropic drugs**, Blackwell Scientific Publications, Oxford, p.147-174.
- Deakin, J. F. W.; Guimarães, F. G.; Graeff, F. G. (1992). Testing 5-HT theories of anxiety in normal volunteers. In: Palomo, T Archer (eds). **Strategies for studying brain disorders**, v.I, Farrand Press, London.
- Del Prette, Z. A P. & Del Prette, A (1999). **Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação**. Rio de Janeiro: Vozes.

- Dessen, M. A. & Brito, A. M. W. (1999). Reflexões sobre a deficiência auditiva e o atendimento institucional de crianças no Brasil. **Paldéia: Cadernos de Psicologia e Educação**. (12/13), s/p.
- Dias, T. R. S.; Matelatto, S. A C.; Del Prette, A; Pedroso, C. C. A; Gonçalves, T. C. & Magalhães, R.C. (1999). A surdez na dinâmica familiar: estudo de uma população específica. **Espaço**, 11, 29-36.
- Dias, T. R. S.; Pedroso, C. & Caporali, S. (2000). **Educação Bilíngüe aos surdos: Grupo de familiares** (projeto submetido à apreciação da FAPESP) Ribeirão-Preto: Universidade de Ribeirão-Preto.
- Dias, T. R. S.; Caporali, S. A & Pedroso, C. C. A (2001a) Atendimento bilíngüe aos surdos: apresentando um serviço (Resumo). Em Universidade de Ribeirão-Preto (Org.), **Anais da II Jornada de Fonoaudiologia Universidade de Ribeirão-Preto** (p.16). UNAERP, Ribeirão-Preto.
- Dias, T. R. S.; Rocha, J. C. M.; Pedroso, C. & Caporali, S. (2001b). Educação Bilíngüe de surdos: grupos de familiares (CD-ROM). E Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação (Org.), **24ª Reunião Anual – Intelectuais, conhecimento e espaço público** (Grupo de trabalho 15 – Educação Especial). ANPED, CAXAMBU.
- Dorziat, A (1999). **Concepção de Surdez e de Escola: Ponto de Partida para um pensar pedagógico em escola pública surdos**. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Engels, F. (1984). **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 5ª ed. São Paulo: Global.
- Fowles, D.C. (1980). The three arousal model: Implications of Gray's Two-factor learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. **Psychophysiology**, 17, 87-104.
- Gagliardi, C. & Barrella, F. F. (1986). Uso da informática na educação do deficiente auditivo: um modelo metodológico. **Revista Brasileira de Psicologia**. pp. 120-123.

- Gargiulo, R. M. (2003). **Special Education in Contemporary Society** – An introduction. Belmont (CA): Wadsworth/Thomdon Learning
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. **Behav Res Ther** 3: 45-53.
- Goldfeld, M. (1997). **A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sócio-interacionista**. São Paulo: Plexus.
- Graeff, F. G. (1981). Minor tranquilizers and brain defense systems. **Braz J Med Biol Res** 14: 239-265.
- Graeff, F. G. (1984). The anti-aversive action of minor tranquilizers. **Trends Pharmacol Sci** 5: 230-233.
- Graeff, F. G. (1990). Brain defense system and anxiety. In: **Handbook of Anxiety** vol.3: The Neurobiology of Anxiety. M Roth, G. D. Burrows and R. Noyes, eds.; pp. 307-354. Elsevier Science Publishers, Amsterdam.
- Graeff, F. G. (1993). Ansiedade. In: F. G. Graeff & M. L. Brandão (eds.): **Neurobiologia das doenças mentais**, Lemos Editorial e Gráficos Ltda.; São Paulo, pgs: 109-144.
- Graeff, F. G. (1994). Neuroanatomy and neurotransmitter regulation of defensive behaviors and related emotions in mammals. **Braz J med Biol Res** 27: 811-829.
- Graeff, F. G. (1999). Medicamentos ansiolíticos. In: F. G. Graeff & F. S. Guimarães: **Fundamentos de Psicofarmacologia**, Atheneu, São Paulo, pgs: 123-160.
- Gray, J. A (1982). **The neuropsychology of anxiety: an inquiry into the functions of the septo-hippocampal system**. Oxford University Press.
- Gray, J. A (1987). **The psychology of fear and stress**. Second edition. Cambridge University Press.

- Gross, J. & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, 64, 970-986.
- Guimarães, F. S.; Zuardi, A. W.; Graeff, F. G. (1987). Effect of chlorimipramine and maprotiline on experimental anxiety in humans. **J Psychopharmacol** 3: 184-192.
- Guimarães, F. S.; Hellewel, J.; Hensman, R. Wang, M.; Deakin, J. F. W. (1991). Characterization of a psychophysiological model of classical fear conditioning in healthy volunteers: influence of gender, instructions, personality and placebo. **Psychopharmacology**, 104: 231-236.
- Guimarães, F. S. (1998). Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 25 (5) Edição Especial: 217-222.
- Guyton, A. C. (1988). Processos Intelectuais; Sono e Vigília; Padrões Comportamentais; e Efeitos Psicossomáticos. Em A. C. Guyton (org.), **Fisiologia Humana** (pp.14-178). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hall, R. V. (1973) Manipulação de Comportamento, Modificação de Comportamento, a Mensuração do Comportamento. São Paulo: EPU.
- Harrison, K. M. P.; Lodi, A. C. & Moura, M. C. (1997). Escolas e escolhas: o processo educacional dos surdos. Em O. C. Lopes (Ed.), **Tratado de Fonoaudiologia** (pp 359-400). São Paulo: Roca.
- Hetem, L. A.; De Souza, C. J.; Guimarães, F. S.; Zuardi, A. W. & Graeff, F. G. (1996) Effect of D-fenfluramine on Human Experimental Anxiety, **Psychopharmacology** 127: 276 – 282.
- Hetem, L. A. B. e Graeff, F. G. (1997). Ansiedade e transtornos de ansiedade. Rio de Janeiro. Ed. ECN – Editora Científica Nacional.
- Hoehn-Saric, R. (1998). Psychic and somatic anxiety: worries, somatics symptoms and physiological changes. **Acta Psychiatr Scand** 98 (Suppl. 393): 32-38.

- Hoffmeister, R. (1996). Families with Deaf Children. Em H. Lane; R. Hoffmeister e B. Bahan (Orgs). **A journey into the deaf-world. (pp.24-41)**. San Diego: DawnSignPress.
- Holzheim, D. C. P. M.; Levy, C. C. A. C.; Patitucci, S. P. R. & Giorgi, S. B. (1997): Família e Fonoaudiologia: O Aprendizado da Escuta. Em: O. C. L., Filho (Org.). **Tratado de Fonoaudiologia** (pp. 415-436) São Paulo: Roca.
- Hughes, C.F.; Uhlmann, C., & Pennebaker, J. W. (1994). The Body's Response to Processing Emotional Trauma: Linking Verbal Text With Autonomic Activity. **Journal of Personality**, 62(4), 565-585. Duke University Press.
- Kahn, R. S.; McNair, D.; Lipman, R. S.; Covil, L. Rickels, K. Downing, R.; Fisher, S. e Frankenthaler, L. M. (1986). Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders. II. Efficacy in anxious outpatients. **Arch Gen Psychiatry**, 43: 79-85.
- Lima, R. P.; Maia, R. & Distler, S. D. C. (1999). Reflexão sobre um trabalho com famílias. **Espaço**, (11), 37-39.
- Lora, A. B. (1984). **A família orientada como condição básica para o desenvolvimento da criança portadora de deficiência auditiva**. Dissertação de Mestrado apresentado na Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Matellato, S. A C.; Pedroso, C. C. A & Dias, T. R. S. (2000). Reflexões sobre uma proposta bilíngüe de atendimento aos surdos. **Espaço**, 14. 03-11.
- Marques, L. P. (1995). O filho sonhado e o filho real. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 3 (2), 121-125.
- Martin, P. (1998). Animal models sensitive to anxiety agents. **Acta Psychiatr Scand** 98 (Suppl. 393): 74-80.
- McNair, D. M.; Frankenthaler, L. M.; Czerlinsky, T. White, T. W.; Sasson, S. e Fisher, S. (1982) Simulated public speaking as a model of clinical anxiety. **Psychopharmacology**, 77: 7-10.

- Mead, M. (1985). Cada família numa casa própria. In: Canevacci, Massimo (org.). **Dialética da Família – gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva**. São Paulo: Brasiliense, p. 196-209.
- Michelson, L.; Sugai, D. P.; Wood, R. P. E Kazdin, A E. (1983). **Social Skills Assesment and Training with children: Na empiracally based handbook**. NY: London: Plenum.
- Millar, K.; Jelicit, M.; ke, B. & Asbury, A J. (1995) Assesmente of Preoperative Anxiety: Ccomparison of Measures in Patient awaiting Surgety for Breast Cancer. **Bristish Journal of Anaesthesia** 74: 180-183.
- Mitchell, J. (1985). Modelos familiares. In: Canevacci, Massimo (org.). **Dialética da Família – gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva**. São Paulo: Brasiliense, 257-273.
- Morgan, L. H. (1985). A Família Antiga. In: Canevacci, Massimo (org.). **Dialética da Família – gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição regressiva**. São Paulo: Brasiliense. p. 55-70.
- Nutt, D. J. (1990) The pharmacology of human anxiety. **Pharmac Ther**, 47: 233-266.
- Omote, S. (1980). **Relações de mães de deficientes mentais ao reconhecimento da condição dos filhos afetados: Um estudo psicológico**. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Palma, S. M.; Guimarães F. S.; Zuardi, A W. (1994) Anxiety induced by simulated public speaking and stroop color Word test in healthy subjects: effects of different trait-anxiety levels. **Braz J Med Biol Res**, 27: 2895-2902
- Panksepp, J. (1990). The psychoneurology of fear: evolutionary pespectives and the role of animal models in understanding human anxiety. In: G. D. Burrows, M. Roth, R. Noyes Jr (eds.): **Handbook of Anxiety, vol.3: The Neurobiology of Anxiety**, Elsevier Science Publishers, Amsterdam, pp. 3-58.
- Pedroso, C. C. A & Dias, T. R. S (2000). Atuação do Instrutor surdo no ensino da língua de sinais na educação superior. **Temas sobre desenvolvimento**, 51 (9), 18-20.

- Pedroso, C. C. A (2001). **Com a palavra o surdo: aspectos do seu processo de escolarização**. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Pennbaker. J.W., Hughhes, C., & O’Heeron, R.(1987). The psychophysiology of confession; Linking inhibitory and psychosomatic process. **Journal of abnormal Psychology**, 95. 274-281.
- Perrot, M. (1991). **História da vida privada, 4: da Revolução Francesa `a Primeira Guerra**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Ribeiro, M. S. (1999). **A questão da família na atualidade. Ministério da Justiça e da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família**. Florianópolis: IOESC.
- Rickels, K.; Dwning, R.; Sheizer, E. e Hassman, H. (1993) Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone and dizeepam. **Arch Gen Psychiatry** 50: 884-895.
- Rocha, J. C. M.; Dias, T. R. S.; Pedroso, C. C. A & Rosa, A M. (2001). Procedimentos de ensino de língua de sinais para familiares de surdos (Resumo). Em Universidade de Ribeirão-Preto (Org.), **Anais do II Encontro de Iniciação Científica da Universidade de Ribeirão-Preto** (p. 24). Ribeirão-Preto: UNAERP.
- Rocha, J. C. M. (2002). **Ouvindo Familiares de Surdos sobre um Atendimento Educacional Bilíngüe**. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos
- Scabini, E. (1992). **Ciclo de vida familiar e ciclo de saúde familiar. Centro de Estudos e pesquisas sobre Família**. Universidade Católica do Sagrado Coração de Jesus, Milão, Itália (Manuscrito).
- Scivoletto, R. (1985) Farmacologia do sistema nervoso autônomo e ansiedade. In: V Gentil Filho (ed): **Anais do Encontro Multidisciplinar Ansiedade Autônômica: diagnóstico diferencial e bases biológicas**, vol 2, Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura Wyeth, São Paulo, pg: 7-9.

- Silva, S. F. (1998). **Experiências e necessidades de mães após o diagnóstico de deficiência mental do filho.** Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal de São Carlos (UFScar).
- Skliar, C. (1997). **Educação para os Surdos entre a Pedagogia Especial e as Políticas para as Diferenças.** Em Educação e Inclusão, Carlos – Skliar (Org.), Porto Alegre, Mediação.
- Skliar, C. (1999). A localização política da educação bilíngüe para surdos. Em: C Skliar (Org.) **Atualidade da educação bilíngüe para surdos** (2), PP.113-130. Porto Alegre: Mediação.
- Souza, R.M. e Góes, M. C. R. (1999). O ensino de surdos na escola inclusiva: considerações sobre o excludente contexto da inclusão. Em C. Skliar (Org.). **Atualidades da educação bilíngüe para surdos**, V 1. Porto Alegre: Mediação.
- Spilberger, C. D.; Biaggio Â.M.B. & Natalício, L. (1979). **Manual do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).** Rio de Janeiro: CEPA.
- Steling, E. P. (1999). A relação da pessoa surda com sua família. **Espaço**, (11), 44-47.
- Steling, E. P. (2001). A diversidade da família (Artigo completo). Em: Instituto Nacional de Educação de Surdos (Org.), **Anais do VI Seminário Nacional do INES: Surdez – Diversidade Social** (pp. 55-57). Rio de Janeiro: INES.
- Terrasi, E. (1993). **A Família do Deficiente: Aspectos comuns e específicos contidos nos relatos de mães de crianças portadoras de diferentes deficiências.** Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.
- Turnbull, A. P. e Turnbull, H. R. (1997). Family interaction (Parte II – cap. 6, p. 97-112) In: (Turnbull, A. P. e Turnbull, H. R.) **Family, professionals and exceptionality: A special partnership.** (3a ed.) Columbus : Merrill Publishing Company.
- Trout, M. & Foley, G. (1989). **Working with families of handicapped infants and toddlers.** Top Language Disord.; 10 (1), 57-67.

Vila, J & Beech, H. R. (1971) Vulnerability and conditioning in relation to the human menstrual cycle. **Br J Soc Clin Psychol** 16: 69-75.

Wang, M. (1986). Changes in psychophysiological and conditioning variables during chlomethiazole-medicated and unmedicated ethanol withdrawal: a preliminary report. **Acta Psychiatr Scand** (suppl 329): 146-152.

Washington (1994). **Disgnostic ans Statistical Manual of Mental Disorders**. 4a ed. Copyright American Psychiatric Association.

World Health Organization (1992). **The CID-10 Classification of Mental adn Behavioutal Disorders**. Clinical descriptions and disgnostic guidelines. Geneva.

Anexos

Anexo I

Autorização da Instituição, onde será realizada o experimento

Eu, _____, coordenadora do curso de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP), concedo autorização para que Cyntia maria Silva Ferrini, mestranda do Programa de Pós-graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFScar), realize o experimento com as mães participantes do projeto “Surdez e Educação: Familiares de Crianças Surdas e Ansiedade” da Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP); mães que têm filhos surdos que freqüentam o atendimento fonoaudiológico da mesma Universidade ou que freqüentam atendimento fonoaudiológico do NADEF (Núcleo de Atendimento aos Deficientes) e mães de filhos ouvintes das escolas públicas de Ribeirão-Preto; sob orientação da Profa Dra Tércia Regina da Silveira Dias, nesta instituição.

Ribeiro-Preto, ____ de _____ de 2002

(Assinatura da Coordenadora)

Anexo II

Carta de Informação aos Pais

Ribeirão-Preto, Agosto de 2002.

Senhores pais/responsáveis pela criança _____

Meu nome é Cyntia Maria Silva Ferrini, sou psicóloga e estou realizando o meu mestrado na Universidade Federal de São Carlos, no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Conforme é de costume nos cursos de Mestrado, cada aluno deve realizar seu trabalho em local de sua escolha, e o meu projeto será desenvolvido aqui na (nome da Instituição).

O trabalho será voltado para pais de crianças surdas (entre 5 a 13 anos) e será realizado na própria instituição, com aplicação de um teste psicológico e um experimento de mais ou menos 15 minutos. Este projeto tem por objetivo básico conhecer mais os pais das crianças surdas nesta faixa etária.

Os senhores são livres para aceitar ou recusar participar deste trabalho, e sua decisão não terá influência no atendimento que ele(a) recebe aqui na instituição. Vale ressaltar que este trabalho foi apresentado à coordenação do Mestrado, ao orientador da dissertação e à direção da instituição, e sua realização contou com a autorização de todos.

Atenciosamente,

Responsável pelo projeto:

Psicóloga Cyntia Maria Silva Ferrini
CRP 06/

Responsável pela orientação do projeto:

Profª. Dra. Tárzia Regina da Silveira Dias

Responsável pela Instituição:

Presidente do (nome da Instituição)

Anexo III

Termo de Consentimento Informado

Meu nome é Cyntia Maria Silva Ferrini, sou psicóloga, CRP 06/ , aluna do Curso de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), responsável pelo trabalho “Surdez e Educação: Pais de Crianças Surdas e Ansiedade” que está sob orientação da Prof^a. Dr^a. Tárzia Regina da Silveira Dias PPGEES/UFSCar. O objetivo deste trabalho é conhecer o nível de ansiedade das mães que freqüentam serviços oralistas em busca de interação oral com seus filhos surdos, e o nível de ansiedade daquelas que freqüentam serviços bilíngües e buscam interagir com seus filhos surdos por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), sinais caseiros, fala e escrita. Além, disso, este estudo visa analisar medidas fisiológicas e comportamentais dessas mães que podem ou não estar relacionadas com a ansiedade.

Para isto, os sujeitos participarão de sessões de experimento, para obtenção das medidas fisiológicas e comportamentais, e de teste, para aplicação de escala IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado).

As sessões de experimento serão realizadas na sala de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão-Preto (UNAERP), durante o período que a criança estiver sendo atendida e as sessões serão gravadas somente com a permissão dos participantes.

A identificação das informações a serem obtidas manterá o anonimato. Portanto, somente a pesquisadora terá conhecimento da identificação de cada participante. Apenas serão utilizados os dados que se referirem aos resultados obtidos com o trabalho realizado. Os dados obtidos com este trabalho poderão ser publicados em revistas especializadas, a fim de que os conhecimentos aqui obtidos possam auxiliar outras pessoas que trabalham com esta mesma problemática. Para a possível publicação em artigos, eventos científicos e redação de dissertação, os participantes serão identificados por números (Ex.: Participante1, Participante2, etc.), tendo assim, seus nomes protegidos.

Os métodos a serem utilizados não colocarão em risco ou constrangimento os participantes os quais poderão interromper sua participação a qualquer momento, sem compromisso de justificativa.

Portanto, solicita-se que manifeste seu consentimento para participar voluntariamente desta pesquisa, assinando o presente termo.

Eu, _____,
 RG _____, CPF _____, declaro que estou
 ciente de todas as informações acima mencionadas sobre o estudo a ser feito e fui
 informado(a) pela psicóloga Cyntia Maria Silva Ferrini de todos os procedimentos a serem
 realizados. Portanto, aceito participar de todas as etapas do trabalho descrito acima.

Ribeirão-Preto, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do Responsável

Anexo IV

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____ / ____ / ____

I. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: __ / __ / ____ Idade atual: ____ anos

Grau de Parentesco: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: __ / __ / ____ Idade atual: ____

Posição na Constelação Familiar: _____

Escolaridade: _____

Escola onde estuda: _____

Classe: Regular () () Classe Especial

Causa da Perda Auditiva: _____

Quando descobriu a Surdez: _____

Usa Aparelho de Amplificação Sonora (AASI): () Sim () Não

Adaptação: () Ouvido Direito () Ouvido Esquerdo () Ambos

III. IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Telefone (recado) _____

Moradia: () Alugada () Própria

Quem reside na casa: _____

Renda familiar: _____