

A ANSIEDADE MATERNA DURANTE O DIAGNÓSTICO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA: CONTRIBUIÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

MATERNAL ANXIETY DURING THE PROCESS OF HEARING IMPAIRMENT DIAGNOSIS: CONTRIBUTIONS FROM PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Maria Estela Guadagnucci PALAMIN¹

Arnaldo GUILHERME²

Telma Flores Genaro MOTTI³

Marina Bigeli RAFACHO⁴

RESUMO: o objetivo desse estudo foi avaliar o grau de ansiedade de mães de crianças com deficiência auditiva por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), antes e após os procedimentos de diagnóstico audiológico, aconselhamento e orientação psicológica realizados por uma equipe interdisciplinar. Participaram 164 mães de crianças menores de seis anos de idade. Durante os atendimentos da psicologia foi observado que o grupo proporcionou a troca de experiências e auxiliou as mães que vivenciavam os mesmos problemas. Os resultados indicaram que os níveis de Ansiedade Traço e Ansiedade Estado se apresentaram reduzidos com significância estatística na segunda aplicação do IDATE. Os maiores índices de redução foram constatados para as mães casadas, de 21 a 30 anos de idade, da classe socioeconômica baixa superior, com ensino fundamental incompleto e filhos de três e quatro anos de idade, com perda auditiva profunda bilateral.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Especial. Psicologia. Ansiedade. Deficiência Auditiva.

ABSTRACT: The goal of this paper was to evaluate the level of anxiety of mothers of hearing impaired children through the application of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), before and after audiological diagnosis procedures, counseling and psychological orientation were carried out by an interdisciplinary team. The participants were 164 mothers of children under six years old. During the psychological sessions we observed that the group helped the mothers, through sharing of experience among people that have experienced the same problems. The results indicated that the levels of Trait Anxiety and State Anxiety were reduced in a statistically significant manner on the second application on the STAI. The highest levels of reduction were noticed among married mothers, aged 21 to 30 years, from low-medium social-economical level, incomplete elementary education, with children aged three to four years, with bilateral severe hearing loss.

KEYWORDS: Special Education. Psychology. Anxiety. Hearing Impairment.

1 INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva congênita não é facilmente perceptível no bebê e os pais, ao se depararem com o diagnóstico, na maioria das vezes, ficam chocados e deprimidos.

¹ Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Bauru, SP, Brasil. mpalamin@uol.com.br

² Doutor em Medicina (Otorrinolaringologia) pela Universidade Federal de São Paulo, professor adjunto da UNIFESP. dr.arnaldo.guilherme@terra.com.br

³ Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos. HRAC-USP. Bauru, SP, Brasil. telmotti@gmail.com

⁴ Mestre em Ciências da Reabilitação. Doutoranda do HRAC-USP. Bauru, SP, Brasil. marina.br@hotmail.com

Os sentimentos gerados pela condição inesperada do filho oscilam entre polaridades: amor e ódio, alegria e sofrimento, aceitação e rejeição e euforia e depressão. Os pais podem ser esclarecidos sobre a possibilidade de gerenciarem essa ambivalência e que, ficarem deprimidos diante da deficiência não significa que não amem ou não aceitem o filho.

Ao aceitarem seus sentimentos podem vivenciar o luto pelo filho perfeito que era esperado e aceitar o filho que veio. À medida que os pais conseguem reconhecer o que ocorre em relação ao seu filho, podem mudar suas atitudes e propiciar meios para que ele cresça e se desenvolva na sua realidade, isto é, na sua condição de deficiente auditivo. Principalmente, quando são informados que o diagnóstico precoce permite ampla adaptação e habilitação da criança para a vida normal.

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP) atende pacientes com deficiência auditiva através de um trabalho de equipe especializado, buscando a humanização. Os atendimentos compreendem a avaliação global e orientação ao paciente e família, quanto à saúde física e mental e seus estados emocionais, sociais e educacionais. A equipe se preocupa com a situação da criança no seu meio familiar e social e passa informações e orientações para os pais, sobre procedimentos, resultados, modos de agir com a criança no cotidiano e sobre dificuldades e expectativas familiares. Orientações quanto à conduta dos pais e a vida pessoal e doméstica são tão importantes quanto àquelas relacionadas ao diagnóstico e aos dispositivos de amplificação sonora. Com isso, os pais podem lidar e aceitar melhor a deficiência auditiva do filho (MOTTI, 2000).

Nos acompanhamentos da psicologia foi observado que o nascimento de uma criança deficiente auditiva altera a organização familiar, gerando um alto nível de instabilidade emocional, relato apresentado também por profissionais de outras áreas. Assim, o apoio emocional vem contribuir para reduzir a ansiedade e a preocupação dos pais.

A ansiedade pode ser compreendida como uma resposta do ser humano ao desconhecido, um estado de aflição e perturbação diante de uma situação, que volta ao equilíbrio quando a questão é resolvida.

A partir da década de 50 surgiram várias teorias sobre ansiedade, em decorrência de estudos e pesquisas. Antes de pensar na ansiedade como distúrbio, Piccino (1986) a refere como um recurso biológico necessário à sobrevivência do ser humano, principal instrumento de adaptação às exigências da vida. Assim, a ansiedade normal pode ser usada construtivamente, motivar a pessoa a realizar suas potencialidades e a produzir, já a ansiedade neurótica, paralisa e traz sentimentos de impotência.

A ansiedade é uma emoção humana universal, transtorno que está entre os mais frequentes e os mais comuns na população em geral, experimentada por todas as pessoas em determinados períodos de sua existência. É um estado de ameaça ou estresse, com a experiência subjetiva de medo ou outra emoção relacionada, desagradável, direcionada em relação ao futuro, trazendo implícita a sensação de um perigo iminente (BASTOS, 1998).

A causa, como um fator externo ou um conflito interno, um risco real, pode não existir, não estar totalmente clara ou o indivíduo pode não estar seguro quanto à sua capacidade

para lidar com ela. Existindo o perigo, a emoção é desproporcionalmente mais intensa, com manifestações físicas de desconforto.

Segundo o DSM IV (1995), para caracterizar a ansiedade devem estar presentes ao menos seis dos seguintes sintomas físicos: temores, contrações musculares ou nervosismo; tensão muscular; inquietação; fadiga fácil; respiração curta ou sensação de sufocamento; palpitação ou frequência cardíaca acelerada (taquicardia); suores ou mãos frias; boca seca; tontura ou vertigem; náusea, diarreia ou outro tipo de desconforto abdominal; ondas de calor e arrepios; urina frequente; problemas para engolir (nó na garganta); sensação de excitação (nervos à flor da pele); resposta de alerta exagerada; dificuldade de concentração (mente vazia); problemas para adormecer ou continuar dormindo; irritabilidade.

Enquanto um sentimento normal, saudável e necessário para decisões construtivas, a ansiedade deve ser suportada, reconhecida, entendida e integrada ao funcionamento da própria razão. Somente com exercício continuado, o indivíduo pode entrar em contato com seu corpo e com suas manifestações e aprender a regular seus excessos, sem que isso o conduza à negação de seus sentimentos (PICCINO, 1986; BASTOS, 1998).

Segundo Gorayeb (1997), a necessidade de mensurar os estados de ansiedade de forma objetiva é um dos grandes desafios. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi organizado para avaliar a Ansiedade-Estado, definida como uma condição cognitiva transitória e, a Ansiedade-Traço, definida como a característica mais estável da personalidade (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

A definição de ansiedade neste trabalho distingue este estado como emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de Ansiedade Estado podem variar em intensidade, de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo.

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, as diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, intensificando o estado de ansiedade. Os escores de Ansiedade Traço são menos sensíveis às mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

O aconselhamento é um processo que busca fazer as pessoas se tornarem mais congruentes, respondendo às duas partes: cognitiva e afetiva. Esse procedimento da psicologia no contexto da deficiência auditiva requer que o conselheiro tenha conhecimento para atender as exigências dos pais e esteja atento para a utilização adequada do tempo, empregue linguagem clara e direta, expresse afetividade, confronte atitudes discrepantes, assuma atitudes de congruência, empatia e aceitação incondicional.

Famílias que recebem a comunicação da presença de uma doença em um de seus elementos e que vivenciam sofrimentos com essa comunicação, sentem necessidade de receber informações a respeito do assunto e buscar pessoas com situações semelhantes, para troca de experiências, encontro de soluções adequadas e alívio para suas tensões.

A identificação da perda auditiva no filho impacta nos pais e traz necessidades, alterando a dinâmica familiar, abrangendo desde a aceitação da deficiência, o entendimento a respeito da condição da criança, das suas possibilidades de desenvolvimento de linguagem e global, bem como dos recursos terapêuticos disponíveis, gerando ansiedade.

A ansiedade dos pais de crianças com deficiência auditiva pode estar relacionada com o quanto a pessoa se vê responsável pela felicidade do outro. Para poder vivenciar essa responsabilidade, é necessário um ajustamento pessoal e interno. O filho deficiente auditivo pode causar uma ruptura nesse ajustamento e os pais que estão experimentando a ansiedade, como parte do processo de frustração, necessitam de ajuda para superar tais sentimentos.

A família tem importante papel na reabilitação da criança com deficiência auditiva e, em especial a mãe, que na maior parte do tempo atua como cuidadora.

Diante desse contexto, foi desenvolvido um estudo com o objetivo de avaliar o grau de ansiedade das mães de crianças com deficiência auditiva, através da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), antes e após a intervenção psicológica de aconselhamento e orientação durante os procedimentos de diagnóstico audiológico realizados por uma equipe interdisciplinar, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-USP), em Bauru/SP.

2 MÉTODO

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC-USP e foram seguidas as recomendações pertinentes.

Participaram da pesquisa 164 mães de crianças menores de seis anos de idade, que compareceram para o diagnóstico inicial da deficiência auditiva, na Divisão de Saúde Auditiva (DSA-HRAC-USP). As mães foram selecionadas de acordo com a idade da criança, dentre as que se encontravam na rotina de atendimento no setor de psicologia e, sendo consultadas, diante da exposição do objetivo e procedimentos da pesquisa, concordaram em participar da mesma.

A pesquisa se desenvolveu em quatro etapas: a) primeira aplicação do IDATE, b) aconselhamento psicológico, c) orientação psicológica e d) segunda aplicação do IDATE. A aplicação do IDATE foi realizada em atendimento individual em uma sala do setor de psicologia, no qual as mães respondiam e a entrevistadora anotava as respostas na folha de avaliação.

O Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE) de Spielberger, Gorsuch & Lushene (1979) é composto por duas escalas de protocolos com 20 afirmativas e um cabeçalho de identificação. A escala de A-Estado refere-se ao estado emocional e apresenta as possibilidades de resposta: absolutamente não; um pouco; bastante e muitíssimo. A escala de A-Traço refere-se ao perfil de personalidade e apresenta possibilidades de respostas: quase nunca; às vezes; frequentemente e quase sempre. O manual do IDATE foi utilizado para a análise dos resultados obtidos.

Previamente ao início da coleta de dados os atendimentos de aconselhamento e orientação psicológica foram testados em três grupos. Para a pesquisa, essas intervenções foram

realizadas em dois momentos, em dias alternados. Os grupos foram formados por oito a dez participantes cada um, com duração de duas horas, enquanto as crianças permaneciam em outro ambiente desenvolvendo atividades lúdicas com monitores. Inicialmente foram dadas explicações gerais sobre o funcionamento do grupo e seus objetivos e, em seguida, feitas as apresentações da psicóloga e dos componentes do grupo.

No primeiro momento foi realizado o aconselhamento, visando criar um espaço intersubjetivo, tendo a psicóloga o papel de mostrar-se presente, sem analisar ou interpretar o que as mães diziam, mas possibilitando um caminhar junto às mães. Foi utilizada como dinâmica de grupo a “técnica da tesoura”, proporcionando às mães momentos de descontração e liberdade para exporem seus sentimentos em relação ao filho e trocarem informações entre si, sobre a busca incansável pelo diagnóstico seguro. Após a dinâmica houve reflexão sobre a atividade, valorizando-se a observação, percepção, necessidade de ajuda mútua entre pais, filhos e profissionais.

Num segundo momento, já com as avaliações audiológicas da criança na fase final, ocorreu o grupo de orientação com o objetivo de diminuir a ansiedade das mães diante da deficiência auditiva, proporcionar informações sobre como se comunicar com o filho, seu desenvolvimento e relacionamento interpessoal. Os temas tratados no Manual do Setor de Psicologia (PALAMIN et al., 1998) foram trabalhados por meio de perguntas distribuídas às mães, referentes às orientações específicas. Esse conteúdo foi explorado oralmente, com espaço para esclarecimentos de informações adicionais e em seguida foi entregue o Manual e as dúvidas foram esclarecidas. Ao término desse atendimento foi aplicada a “técnica do monstro”, com a finalidade de conscientizar o grupo sobre as diferenças individuais. Esse exercício facilitou o entendimento sobre a diversidade e a singularidade de cada pessoa, características que devem ser respeitadas, destacando-se a inexistência de um desenho igual a outro. Muitos depoimentos espontâneos ocorreram a respeito da dinâmica realizada e das situações relacionadas com o dia a dia dos filhos e ao ambiente familiar, oportunidade em que os integrantes do grupo solicitavam orientações práticas.

Após a conclusão dos atendimentos da rotina de diagnóstico foi realizada a segunda aplicação do IDATE, individualmente, no setor de psicologia, com as mães respondendo e a entrevistadora anotando as respostas na folha de avaliação.

Para a análise estatística dos resultados foi utilizada a prova de Wilcoxon (SIEGAL, 1975), com o nível de significância de 0,05, a qual permite que se estabeleçam os valores das diferenças das situações “Estado” e “Traço”. Para tanto, determinou-se a diferença entre os dois escores obtidos no Inventário IDATE, antes e após a intervenção psicológica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho avaliou o nível de ansiedade das mães através da aplicação do IDATE, antes e depois do aconselhamento e orientação psicológica durante uma rotina de diagnóstico da deficiência auditiva do filho no HRAC-USP, em Bauru/SP.

As mães avaliadas tinham menos de 30 anos (63,42%); 31 e 40 anos (25,61%) e 41 e 50 anos (10,98%). A maioria era casada ou com união estável (76,22%) e 23,78% eram

solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas. Quanto ao nível de instrução, a maior parte delas tinha ensino fundamental incompleto (51,22%), 21,34% ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto; 19,51% tinham ensino médio completo; 5,49% ensino superior completo e 2,44% eram analfabetas.

De acordo com informações coletadas nos prontuários clínicos das crianças, a classificação socioeconômica das famílias distribuiu-se entre os estratos Baixa Inferior (37,80%), Baixa Superior (52,44%), Média Inferior (9,15%) e Média Superior (0,61%).

As crianças eram menores de seis anos de idade, sendo 29,88% com até três anos e 70,12% com três a seis anos; 53,66% eram meninos e 46,34% meninas. Analisando a idade das crianças como a época do diagnóstico, observou-se que a procura maior ocorreu na faixa etária entre três e quatro anos de idade (28,66%).

A identificação da perda auditiva, na ausência da triagem neonatal, ocorre por volta dos dois aos três anos, o que é considerado tardio para a adaptação do aparelho de amplificação sonora, indicação do implante coclear e início da intervenção terapêutica. A triagem auditiva neonatal veio colaborar para que o diagnóstico da deficiência auditiva seja realizado ainda nos primeiros meses de vida e medidas sejam tomadas para minimizar as implicações da privação sensorial no desenvolvimento da criança, mediante acompanhamento profissional e orientação familiar (JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING, 2007; LEWIS et al., 2010; PINTO et al., 2012).

A perda auditiva profunda bilateral foi a mais comum, aparecendo em 44,51% das crianças; seguida da perda bilateral severa/profunda ou severa bilateral (21,34%); da moderada, moderada/profunda e moderada/severa (10,98%); leve ou leve/moderada (3,05%) e outros tipos de perda (20,12%).

Pinto et al. (2012) encontraram que a idade média de diagnóstico de 166 crianças com perda auditiva foi 5,46 anos e de início de intervenção foi 6,86 anos. Observaram que as perdas auditivas unilaterais e/ou de grau leve a moderadamente-severo são diagnosticadas mais tardiamente do que perdas auditivas bilaterais e/ou de grau severo a profundo.

Neste estudo, 65,85% das crianças foram diagnosticadas com perdas bilaterais de grau severo e ou profundo, enquanto outros tipos e graus de perda somaram 34,15%, dentre unilaterais e bilaterais de grau leve e ou moderado. Ainda que a maior parte das perdas auditivas fosse severa e profunda, a idade de diagnóstico das crianças foi tardio, tal como os resultados de Pinto et al. (2012), bem como o início da intervenção e a adaptação do aparelho auditivo.

Em geral a família procura esclarecimento quando percebe a falta ou dificuldade de comunicação da criança (SCARPITTA; VIEIRA; DUPAS, 2011) o que pode ser motivo do atraso no caso das perdas leves e moderadas. Uma das consequências da demora no processo de aquisição da linguagem e da falha na comunicação, quer a reabilitação tenha sido iniciada ou não, é a dificuldade que a família encontra para educar a criança e compreender as suas necessidades.

Desse modo, as famílias de crianças com deficiência auditiva necessitam de informação, orientação e acompanhamento por profissionais de saúde e educação. Assim, suas necessidades em relação à criança poderiam ser minimizadas e elas poderiam superar o impacto

da deficiência auditiva da criança e prover o ambiente adequado para o desenvolvimento global do filho.

A literatura enfatiza que o nascimento ou diagnóstico da deficiência na criança altera a organização familiar, gerando um alto nível de instabilidade emocional e ansiedade. No caso da deficiência auditiva, quando congênita, pode ser detectada na triagem auditiva neonatal, caso contrário, geralmente é percebida pelas mães ao suspeitarem devido à ausência de reação filhos aos sons e barulhos fortes (LUTERMAN; ROSS, 1991; GLAT, 1996; MARTINS; BORGES; YASIGI, 1996; BOSCOLO; SANTOS, 2005).

Mas um segundo impacto pode ocorrer no final do diagnóstico, quando a criança passa a fazer uso do aparelho auditivo. Dentre as reações dos pais, Boscolo e Santos (2005) referem a frustração, pois o AASI concretiza a surdez e torna o filho diferente das outras crianças; a ambivalência ou sentimentos opostos, de alegria por acreditarem que o AASI beneficiará a comunicação e tristeza, por desejarem benefícios que o AASI não pode corresponder; a satisfação com o AASI e a falsa expectativa de que o filho volte a ser um ouvinte, acreditando que o aparelho garantiria a fala da criança.

A ansiedade também pode se relacionar à expectativa pela comunicação das crianças, mais especificamente pela fala como meio de comunicação e aceitação na sociedade. Os pais desconhecem outra forma de comunicação além da fala e, por isso, se preocupam com a comunicação do filho, até serem orientados. Podem aceitar ou não o uso de sinais, e a expectativa pela fala pode restringir o aproveitamento das reais possibilidades da criança (BOSCOLO; SANTOS, 2005).

3.1 APLICAÇÃO DO IDATE

Os questionamentos sobre como trabalhar com a ansiedade e com os sentimentos que, muitas vezes, são observados nos pais das crianças deficientes auditivas são constantes na vida profissional. A psicologia, ao integrar a equipe interdisciplinar que participa do diagnóstico em crianças, buscou, no atendimento aos pais, um caminho para possibilitar a troca de experiências entre os mesmos e oferecer orientação específica sobre a deficiência. Ao mesmo tempo, criar um espaço para que os pais levantassem dúvidas e, a partir daí, fossem fornecidas as orientações necessárias, como a apresentação do desenvolvimento esperado e pretendido da criança.

Neste estudo, partiu-se dos pressupostos teóricos de Luterman e Ross (1991) a respeito de aconselhamento e orientação psicológica, para esclarecer as mães sobre as melhores estratégias para a educação dos filhos, conviver melhor com seus sentimentos e pensamentos, bem como um espaço para melhorar o relacionamento com seu filho deficiente auditivo.

Para avaliar a eficácia do trabalho em grupo com as mães com relação à redução de ansiedade, utilizou-se o IDATE (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979), aplicado antes e após avaliações de diagnóstico audiológico e os grupos de aconselhamento e orientação psicológica.

Estudos sobre a ansiedade a descrevem como uma resposta emocional a uma situação ameaçadora, vivenciada por todo indivíduo no decorrer da sua vida, sendo considerada normal quando é compreendida e propicia o estabelecimento de novos padrões (SPIELBERGER;

GORSUCH; LUSHENE, 1979; PICCINO, 1986; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; BASTOS, 1998; BANACO, 2001).

Os resultados obtidos com as 164 mães deste trabalho evidenciaram que, tanto na posição Estado como em Traço, houve redução no nível de ansiedade da primeira para a segunda aplicação do IDATE. Ainda, que o nível de redução foi bem maior em Estado ($T=126$, $Z=-10,76$) que em Traço ($T=3646,50$, $Z=-4,19$).

Foram estabelecidas correlações entre a redução da Ansiedade Estado e Traço a partir das variáveis: estado civil, idade da mãe, classificação socioeconômica e nível de instrução, bem como idade da criança e grau de perda auditiva, com a finalidade de verificar se ocorreram diferentes influências sobre o nível de ansiedade, antes e depois dos procedimentos de aconselhamento e orientação psicológica.

Quanto ao estado civil, os resultados indicaram que, com exceção da Ansiedade Traço, quando as mães tinham um companheiro, onde se observou um valor de T superior ao estabelecido para a quantidade de sujeitos ($N=13$), indicando não ter havido redução no nível de ansiedade, nas condições casada e solteira, verificou-se redução no nível de ansiedade, com destaque para a situação casada, onde ocorreu com maior intensidade ($Z=-8,89$).

Durante os atendimentos em grupo os depoimentos das mães mostraram que quando recebem apoio do companheiro e dividem tarefas e responsabilidades, a carga é menor. Na maioria das vezes constatou-se que no ambiente familiar existia respeito, cooperação, autoconfiança e incentivo para vencer obstáculos, tipo de convívio que favorecia o enfrentamento das mudanças sem tanto sofrimento. O sistema familiar consciente e responsável pode garantir maiores oportunidades de desenvolvimento para as crianças com deficiência e uma família produtiva e segura é capaz de tornar mais equilibrados, estáveis e felizes os seus membros (LIMA; MAIA; DISTLER, 1999; STELLING, 1999; MOTTI, 2000).

Quando as mães são sozinhas, elas dividem menos seus sentimentos e obrigações e têm uma carga maior e quase sempre solitária. Na busca incessante de tratamento para o filho, as mães acabam se confundindo e perdendo um pouco sua identidade, o que transparece no contato no grupo, aumentando a ansiedade ante o diagnóstico audiológico, situação não reduzida com atendimento psicológico.

Em termos da idade da mãe, em todas as situações houve redução do nível de ansiedade na segunda aplicação do IDATE, sendo que na faixa etária dos 21 aos 30 anos ocorreu a maior redução, nas posições Estado e Traço. Nessa faixa etária as mulheres atingem o clímax da fase reprodutiva. Quando a gravidez ocorre muito precocemente ou muito tardiamente, elas carregam maior carga de dúvidas, possíveis geradoras de situações ansiogênicas. Portanto, a orientação dispensada a essas mães tem a necessidade de afastar um possível espectro de culpa.

Durante os trabalhos com os grupos, foi observado que era esta a população que mais questionava, demonstrando disponibilidade e interesse, estimulando e encorajando as demais mães. Nos depoimentos, ficava claro que a expectativa das mães era que a orientação não devia ser confundida com sermões e conselhos, diante dos problemas trazidos pelas famílias, pois essas atitudes acabam gerando, naqueles que as recebem, a sensação e o sentimento de inferioridade

em relação a quem conduz o grupo. Uma boa conduta nessa relação é aquela em que o paciente e sua família possam ver o profissional como ser humano, com qualidades e defeitos.

Souza e Wieselberg (1997) e Buscaglia (1997) enfatizam que todo paciente merece a atenção e disponibilidade do profissional, que deve prevenir e detectar problemas, ajudar a encontrar caminhos e soluções, orientar e prover recursos necessários e disponíveis, mesmo sabendo das limitações que a perda auditiva pode acarretar. É necessário conquistar a confiança do indivíduo, mostrando-se informado, habilidoso, sensível, consciente e seguro do papel que exerce. É preciso ouvir, mostrar caminhos e dividir responsabilidades, procurando a compreensão de sentimentos, no sentido da auto-realização.

Quanto à classificação socioeconômica, os resultados foram significativos para Estado nas situações baixa e superior, da primeira para a segunda aplicação do IDATE. Já na situação média inferior, na posição Traço, na segunda avaliação não houve influência no nível de ansiedade.

Na variável nível de instrução da mãe a posição Estado apresentou resultados mais significativos de redução de ansiedade, sendo que a situação com ensino fundamental incompleto apresentou o maior índice.

Analisando os dados referentes à redução da ansiedade, segundo a classificação socioeconômica e o nível de instrução, é possível verificar que nas classes desfavorecidas e com ensino fundamental incompleto, ocorre menor acesso às informações sistematizadas sobre deficiência auditiva e suas implicações para o próprio indivíduo, sua família e, principalmente, sobre as possibilidades de tratamento. Esse desconhecimento pode gerar incertezas e, conseqüentemente, ansiedade, que o trabalho nos grupos de aconselhamento e orientação psicológica tem condição de neutralizar, conforme enfatizam Buscaglia (1997) e Funck et al. (1998).

Procurando caracterizar quais outras possíveis variáveis poderiam interferir na ansiedade das mães, diante a deficiência auditiva dos filhos, foram analisadas a idade da criança, sexo e tipo de perda auditiva.

Foi constatada redução da ansiedade no que se refere à idade do filho, sendo o maior índice para a situação Estado, apresentando índices com pequenas variações entre as idades das crianças (de $Z=-4,80$ a $Z=-5,98$). Na situação entre um e dois anos, na posição Traço, não se identificou redução de ansiedade.

Com os avanços tecnológicos, possibilidades de diagnósticos precoces e melhor conscientização dos profissionais, as crianças têm sido encaminhadas para intervenção cada vez mais cedo. Tendo em vista que crianças menores de cinco anos têm sua vida restrita à família, é de extrema importância o papel dos pais e o modo como eles e, principalmente as mães, compreendem o trabalho a ser realizado com seu filho. No contato com as mães observou-se que tinham muito receio com relação à escolarização e socialização dos filhos, fato que talvez explique porque, na condição ansiedade Traço, para as mães de crianças de um a dois anos, não foi observada redução de ansiedade. É uma fase em que ainda podem estar vivendo o luto pela perda do filho perfeito, sem terem conseguido superar o impacto do diagnóstico.

Em termos de Ansiedade Estado e Ansiedade Traço quanto ao sexo do filho, constatou-se que houve redução nos níveis de ansiedade em ambos os sexos, com pequena diferença indicando um nível de redução maior para as mães de crianças do sexo masculino, em ambas as posições, Estado e Traço.

Quanto aos graus de perda auditiva, a situação moderada bilateral, posição Traço, não apresentou redução de ansiedade, enquanto que as demais situações indicaram a redução da ansiedade da primeira para a segunda aplicação do IDATE, com destaque para a situação profunda bilateral, na posição Estado, cujo valor indicou redução mais acentuada. No agrupamento demais tipos de perda e perda severa a profunda bilateral, também se observou redução significativa da Ansiedade Estado.

Durante os atendimentos em grupo, em determinados casos, encontrou-se mães de filhos com perda leve e severa de audição, com dificuldade de aceitação, solicitando apoio do grupo para saber como conviver com a problemática apresentada. Os próprios componentes do grupo, auxiliados pela psicóloga, ofereciam subsídios para diminuir a sensação de ansiedade de cada um. A importância do apoio e da solidariedade, numa relação entre pessoas que enfrentam situações semelhantes foi abordada por Martins, Borges e Yasigi (1996) e Funck et al. (1998) e Motti (2000). A intervenção grupal reduz o nível de ansiedade, fato creditado à oportunidade dos participantes expressarem seus sentimentos, dúvidas e medos.

O atendimento interdisciplinar na DSA-HRAC-USP atua nas necessidades das famílias, proporcionando tranquilidade no processo de reabilitação de seus filhos, melhorando a qualidade de vida, viabilizando melhores recursos para cuidar da criança, contribuindo para a redução de sua ansiedade e tornando esse estressante momento de diagnóstico menos fantasioso e ameaçador.

4 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstraram que, após a rotina de atendimento interdisciplinar e intervenção psicológica em grupo: houve redução estatisticamente significativa do nível de Ansiedade Estado; o nível de Ansiedade Estado apresentou redução maior que o nível de Ansiedade Traço; o perfil das mães que obtiveram redução de ansiedade mais significantes corresponde às casadas, com idades entre 21 a 30 anos, de classificação socioeconômica baixa superior; nível de instrução ensino fundamental incompleto, filhos do sexo masculino com perda auditiva profunda bilateral.

O aspecto Estado é o que mais se altera, por ser um estado emocional transitório que surge diante dos sentimentos de tensão e apreensão, frente a uma situação nova e ou estressante, enquanto que Traço diz respeito às diferenças individuais, como características de personalidade. De acordo com os resultados, o trabalho em grupo para orientação e aconselhamento psicológico, durante os procedimentos de avaliação para diagnóstico da deficiência auditiva, foi efetivo para reduzir a ansiedade das mães de crianças menores de seis anos de idade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.25, p.285-91, 1998.
- BANACO, R. A. Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. In: MARINHO, M.L.; CABALLO, V.E. (Org.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: UEL. 2001.
- BASTOS, M.C. Saúde emocional e ansiedade. *Núcleo de Psicoterapia Cognitivo – Comportamental [online]*. 1998. Disponível em: <<http://www.npcc.com.br/art06ansiedade.htm>>. Acesso em: 16 set. 2000.
- BOSCOLO, C.C.; SANTOS, T.M.M. A deficiência auditiva e a família: sentimentos e expectativas de um grupo de pais de crianças com deficiência da audição. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v.17, n.1, p.69-75, 2005.
- BUSCAGLIA, L. *Os deficientes e seus pais*. Um desafio ao aconselhamento. 3.ed. Rio de Janeiro: Record: Nova Era, 1997.
- DSM IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FUNCK, M.A.O. et al. Acompanhamento a familiares de crianças portadoras de perda auditiva: características a considerar. *Pro-fono*, v.10, p.51-58, 1998.
- GLAT, R. O papel da família na integração do portador de deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Piracicaba, v.2, p.111-118, 1996.
- GORAYEB, M.A.M. *Adaptação, normatização e avaliação das qualidades psicométricas da RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) para amostra de escolares de oito a 13 anos de Ribeirão Preto – SP*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Position Statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, v.120, n.4, p.898-921, 2007.
- LEWIS, D.R. et al. Comitê multiprofissional em saúde auditiva COMUSA. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v.76, n.1, p.121-128, 2010.
- LIMA, R.P.; MAIA, R.; DISTLER, D.C. Reflexão sobre um trabalho com famílias. *Espaço*, v.11, p.37-39, 1999.
- LUTTERMAN, D.D.E.; ROSS, M. *When your child is deaf: a guide for parents*. Parkton: York Press, 1991.
- MARTINS, M.C.F. N.; BORGES, A.C.L.C.; YASIGI, L. Aconselhamento de pais de crianças deficientes auditivas: aspectos psicológicos. *Pró-fono*, v.8, p.19-24, 1996.
- MOTTI, T.F.G. *A rotina de um centro de referência em deficiência auditiva: perspectiva de pais e profissionais*. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.
- PALAMIN, M.E.G. et al. *Você seu filho deficiente auditivo e a psicologia: um encontro possível!* Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 1998.
- PICCINO, J.D. Angústia e ansiedade: aspectos clínicos existenciais. *Revista Psicologia Humana*, v.1, p.41, 1986.

PINTO, M.M. et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, v.16, n.1, p.44-49, 2012.

SCARPITTA, T.P.; VIEIRA, S.S.; DUPAS, G. Identificando necessidades de crianças com deficiência auditiva: uma contribuição para profissionais da saúde e educação. *Escola Anna Nery (impr.)*, v.15, n.4, p.791-801, 2011.

SIEGAL, S. Prova de Wilcoxon. In: SIEGAL, S. (Org.). *Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: Mc Graw Hill, 1975. p.84-93.

SOUZA, M.C.F.; WIESELBERG, M.B. Aconselhamento em audiologia. In: LOPES FILHO, O.C. (Org.). *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1997. p.587-604.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. *Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE*. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.

STELLING, E.P. *A relação da pessoa surda com sua família*. São Paulo: Espaço, 1999.

Recebido em: 14/05/2014

Reformulado em: 01/12/2014

Aprovado em: 03/12/2014