UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

DIMENSÃO AFETIVA, SEGUNDO A CONCEPÇÃO DE EMÍLIO ROMERO, DA PESSOA COM SURDEZ ADQUIRIDA ANTES E APÓS O USO DO IMPLANTE COCLEAR.

Midori Otake Yamada

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de MESTRE em Ciências.

Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

BAURU

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

DIMENSÃO AFETIVA, SEGUNDO A CONCEPÇÃO DE EMÍLIO ROMERO, DA PESSOA COM SURDEZ ADQUIRIDA ANTES E APÓS O USO DO IMPLANTE COCLEAR.

Midori Otake Yamada

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de MESTRE em Ciências.

Área de Concentração: Distúrbios da Comunicação Humana.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Cecília Bevilacqua

BAURU

2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

R. Silvio Marchione, 3-20
Caixa Postal: 620
17043-900 – Bauru – SP – Brasil
Telefone: (014) 235-8000

Prof. Dr. Jacques Marcovitch – Reitor da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas – Superintendente do HRAC - USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Midori Otake Yamada

Bauru, 2002

y14d Yamada, Midori Otake

Dimensão afetiva, segundo a concepção de Emílio Romero, da pessoa com surdez adquirida antes e após o uso do implante coclear./Midori Otake Yamada. Bauru, 2002.

cópia revisada

Dissertação (Mestrado - Distúrbios da Comunicação Humana) - HRAC – USP

Orientador: Maria Cecília Bevilacqua

1. surdez adquirida, implante coclear, psicologia, afetividade.

MIDORI OTAKE YAMADA

24 de junho de 1957 Bauru – SP	Nascimento
1978 – 1983	Curso de Graduação em Psicologia: Licenciatura e Formação de Psicólogo – Fundação Educacional de Bauru - SP.
1979 – 1980	Curso de Língua Japonesa – Universidade de Tenri - Japão.
1984	Curso de Especialização em Reabilitação Profissional – Fundação Educacional de Bauru – SP.
1991 – 1992	Curso de Especialização em Psicologia Clínica – Abordagem Existencial Humanista. Universidade do Sagrado Coração - SP.
1988	Psicóloga do HRAC – USP – Bauru.
1993	Psicóloga docente colaboradora do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP.
1996	Psicóloga docente do Curso de Especialização em Audiologia do HRAC – USP – Bauru.
1997	Psicóloga docente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica do HRAC – USP – Bauru.
1994	Membro da Sociedade Brasileira de Psicologia Existencial Humanista – SOBRAPHE.

*Ao **Milton**, pelo amor, compreensão e companheirismo em todos os momentos.*

*Aos meus queridos filhos **Mariana** e **Daniel**, por existirem, serem fontes de afeto e por me ensinarem a ser mãe.*

*Aos meus pais, **Shichiro** e **Mitie** pela minha vida, pela visão de mundo e pelos esforços para a nossa evolução espiritual.*

*Aos meus irmãos **Seiriyo**, **Harumi** e **Yoshimiti** pela compreensão, afeto e incentivo, sempre.*

AGRADECIMENTOS

*À **Prof. Dra. Maria Cecília Bevilacqua**, orientadora deste trabalho e coordenadora do programa de implante coclear, com quem muito tenho aprendido no trabalho em equipe, meus sinceros agradecimentos. Por sua motivação na pesquisa, perseverança, realizações e profissionalismo a minha admiração.*

Em especial, agradeço aos pacientes que me permitiram ser testemunha privilegiada de suas tristezas, seus conflitos, suas buscas de novos horizontes, suas conquistas e alegrias... Esta relação que me faz tentar sempre aprimorar-me como profissional e pessoa...

Ao Prof. Dr. Orozimbo Alves Costa Filho, coordenador do programa de implante coclear, a quem devo uma parcela significativa do meu conhecimento na área da deficiência auditiva e implante coclear.

Ao Prof. e psicólogo Emílio Romero, minha profunda gratidão pelos valiosos ensinamentos, que motivaram-me a aprofundar os conhecimentos nas dimensões da vida humana. Pelas orientações quanto a temática da afetividade e a elaboração do questionário. Por sua disponibilidade em me ouvir e sobretudo pelo carinho, dedicados a mim neste estudo. Pelo seu exemplo de profissionalismo e de pessoa todo meu respeito e admiração.

À Prof. e psicóloga Josefina Daniel Piccino que muito contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Pelo incentivo e pelas valiosas contribuições sobre o tema da dimensão afetiva.

Ao Prof. Dr. Jair Lopes Júnior pelas orientações e contribuições fundamentais na elaboração do instrumento de investigação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Jair Wagner de Souza Manfrinato, pelas orientações na elaboração do instrumento de investigação e pela análise estatística dos dados deste estudo que muito contribuiu com sua objetividade e esclarecimento.

A Telma Genaro Moti, coordenadora do Centro dos Distúrbios da Audição, por ter viabilizado o estudo piloto, por seu apoio, incentivo e confiança nos momentos que trabalhamos juntas.

Às Profs. Dras. Brasília Maria Chiari e Tereza Corrêa Cariola, pelas sugestões na leitura deste trabalho no momento da qualificação.

À Prof. Dra. Regina Célia B. Belluzo pelas orientações iniciais na definição do tema do trabalho, pelo bom humor e incentivo que predominavam em nossas conversas.

A Unidade de Ensino e Pesquisa, em especial a Ana A. Gomes Grigolli e Denise A. Giacheti, pelas orientações, levantamento bibliográfico, normalização do trabalho e disponibilidade com que sempre me atenderam.

A Rita de Cássia Paglioni, amiga e bibliotecária da Faculdade de Odontologia de Bauru, pelo levantamento bibliográfico, apoio e carinho com que fui recebida.

A todas as alunas do Curso de especialização em psicologia clínica, que atuaram no Centro de Pesquisas Audiológicas, pela colaboração durante o percurso deste estudo. Em especial a Gina Mitsunaga Kijima e Ivani Andolfato Scavassa Bailoni que com disponibilidade participaram da coleta de dados.

A Fátima Cassador Carvalho pela acessoria e cuidado na área de informática e a Elenice Pereira Delledono pela cuidadosa revisão da redação.

À fonoaudióloga e amiga Adriana Ribeiro Tavares Anastásio pelas sugestões, pela ajuda inestimável na discussão dos resultados e pelo incentivo a minha pessoa.

À Prof. Maria Cecília Marta Campos pela ajuda na tradução dos textos em língua inglesa.

À Prof. Dra. e psicóloga Carmem Bueno pelas contribuições valiosas nos momentos decisivos deste trabalho.

A Leandra e Natália que, nos momentos de cansaço, ajudaram a perceber novas alternativas no momento certo.

A Sônia Tebet Mesquita, amiga e companheira de trabalho, pela ajuda e pelo apoio nos momentos de fragilidade e cansaço.

Aos companheiros e amigos do Centro de Pesquisas Audiológicas, Regina, "Dri", "Nurse", Mary, Marly, Ana, Douglas, "Pil" e demais pessoas que compartilham da rotina de trabalho.

Às amigas Gina e Mie pela disponibilidade e colaboração na leitura para ver o que meus olhos já não viam mais.

Às amigas Liana, Yoko, Midori e Tazuko por compartilharem os momentos de otimismo e negativismo e pelo companheirismo nas caminhadas principalmente nos momentos de cansaço.

A todos que de alguma forma colaboraram para a concretização deste estudo, muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS ..... **xiii**

LISTA DE TABELAS ..... **xiv**

RESUMO ..... **xv**

SUMMARY ..... **xvi**

1 INTRODUÇÃO **1**

2 REVISÃO DE LITERATURA **6**

2.1 Surdez Adquirida: aspectos psicológicos 7

2.2 Implante Coclear: aspectos psicológicos 18

2.3 Dimensão Afetiva: sentimentos e estados de ânimo 27

2.3.1 Dimensão afetiva 27

2.3.2 Sentimentos 30

2.3.3 Estado de ânimo 37

3 OBJETIVOS **45**

4 MATERIAL E MÉTODO **47**

4.1 Material 48

4.1.1 Sujeitos 48

4.1.2 Instrumento de Investigação 50

4.1.2.1 Elaboração do Instrumento 54

4.2 Método 56

4.2.1 Procedimento para a coleta de dados 56

4.2.2 Procedimento para a análise dos dados 56

5 RESULTADOS **58**

5.1 Resultados gerais: dimensão afetiva (sentimentos e estado de ânimo) no pré e pós uso do I.C. 59

5.2 Resultados obtidos quanto aos sentimentos egóicos, sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo no pré e pós o uso do I.C. 62

6 DISCUSSÃO 68

7 CONCLUSÕES 84

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 87

ANEXOS

LISTA DE SIGLAS

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

USP – Universidade de São Paulo

AASI – Aparelho de Amplificação Sonora Individual

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de uso do I.C., nos 44 sujeitos estudados 49

TABELA 2 – Caracterização da amostra quanto à escolaridade, dos 44 sujeitos estudados 49

TABELA 3 – Caracterização da amostra quanto à classificação sócio-econômica, nos 44 sujeitos estudados 50

TABELA 4 – Resultados gerais obtidos no questionário referentes ao Estudo da dimensão afetiva (sentimentos e estados de ânimo) no pré e pós o uso do I.C. 61

TABELA 5 – Resultados obtidos no questionário referente ao estudo da dimensão afetiva no pré e pós uso do implante coclear, quanto aos sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sintônico) sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo 64

YAMADA MO. Dimensão afetiva, segundo a concepção de Emílio Romero, da pessoa com surdez adquirida antes e após o uso do implante coclear. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2002. 95p.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos averiguar a dimensão afetiva em pacientes adultos com surdez adquirida, antes e após o uso do implante coclear, indicando a ocorrência de alterações nesta dimensão e investigá-las, especificamente, nas modalidades dos sentimentos egóicos, sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo, antes e após o uso do implante coclear.

Participaram 44 adultos de ambos os sexos que realizaram o implante coclear multicanal no Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo de Bauru.

Concluiu-se que, na vivência da surdez houve um predomínio dos sentimentos negativos e de um clima afetivo de tensão e depressão, levando o sujeito a uma vinculação negativa, de assintonia com o mundo. Por outro lado, na vivência com o implante coclear multicanal houve um predomínio dos sentimentos positivos e de um clima afetivo de tranqüilidade e contentamento, levando o sujeito a uma vinculação positiva, de sintonia com o mundo, indicando a ocorrência de alterações estatisticamente significativas na dimensão afetiva antes e após o uso do implante coclear multicanal.

Descritores: surdez adquirida, implante coclear, psicologia, afetividade.

YAMADA MO. Affective dimension, according to Emílio Romero' s conception, of the person with acquired deafness before and after the use of cochlear implant [dissertation]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2002, 95 p.

SUMMARY

This study aimed to research the affective dimension in adult patients with acquired deafness, before and after the use of cochlear implant, indicating the occurrence of changes in this dimension and to investigate it, particularly, in the modalities of egoic feelings, feelings towards others, feelings of temporality and states of mind before and after the use of cochlear implant.

Forty-four adults of both sexes, who received a cochlear implant at the Centro de Pesquisas Audiológicas of the Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais at Universidade de São Paulo in Bauru, took part in this study.

The conclusion was that, during the period of deafness, negative feelings and an affective climate of tension and depression prevailed, leading the subject to a negative vinculation, of assyntony with the world. On the other hand, after the cochlear implant, positive feelings and an affective climate of tranquility and satisfaction prevailed, leading the subject to a positive vinculation, of syntony with the world, indicating the occurrence of statiscally meaningful changes in the affective dimension before and after the use of the cochlear implant.

Descriptors: acquired deafness, cochlear implant, psychology, affectivity.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Na trajetória da minha vida profissional venho envolvendo-me no trabalho com pessoas portadoras de deficiência. A reflexão sobre esta questão fez-me remeter ao passado.

Conduzi minha vida com pessoas cujo valor básico era ajudar e compreender o outro. O tema da tristeza, dor, exclusão, discriminação, como também da felicidade, alegria, integração faziam parte do mundo no qual estava inserida.

Pessoas engajadas por uma filosofia, por um ideal, pelo ser humano; tudo isso me toca de modo especial.

Muito tenho aprendido no trabalho com pessoas portadoras de deficiência auditiva e suas famílias. Tem sido possível conhecer e compreender o seu vivenciar, experienciar e seu ser, num mundo que lhes é específico, pessoal e particular.

A motivação para empreender esta pesquisa surgiu em decorrência do envolvimento como psicóloga da equipe do programa de implante coclear do Centro de Pesquisas Audiológicas do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) da Universidade de São Paulo (USP) - Bauru. Surgiu do interesse pela vida daqueles que nos

procuram, que compartilham suas experiências, seus conflitos e sentimentos.

Neste estudo reporto-me especificamente aos pacientes adultos que perderam a audição e que hoje ouvem através do implante coclear.

Perder a audição é não ter mais a possibilidade total do contato com o mundo. A pessoa experienciou a ruptura; perdeu o sentimento de continuidade, de “ser”, que foi cortado abruptamente.

Sem audição a pessoa não tem informações dos eventos que estão fora do campo visual. A comunicação se torna difícil, propicia o isolamento e favorece a depressão (Kerr e Cowie, 1997).

De uma maneira ampla a perda da audição tem um impacto dramático e traz conseqüências negativas na vida destas pessoas, afetando todo o seu “ser” e “existir” na sua relação com o mundo.

Em um outro momento de suas vidas, estas pessoas passam a ouvir através do implante coclear. Como é a sua experiência e existência de ser uma pessoa com o implante coclear? Como é a sua afetividade? Quais os sentimentos predominantes antes e após o uso do implante coclear? Como se configura o seu estado de ânimo nesses dois momentos?

Estas e outras questões dizem respeito a pessoa que hoje faz uso do implante coclear. Que um dia foi ouvinte, passou a ser surdo num período de sua vida e que hoje ouve através do implante.

O implante coclear tem tido um enorme impacto na vida de muitos adultos que adquiriram a surdez, trazendo benefícios e possibilidades para re-viver no mundo sonoro.

Estudos sobre o implante coclear têm sido realizados há cerca de uma década, e poucas são as publicações na área da psicologia em relação aos aspectos audiológicos e médicos, o que também se confirma em relação a surdez.

Partindo da perspectiva de que a psicologia existencial é a ciência que estuda o ser do homem, é fundamental que se conheça sobre a sua existência. Isto é, o seu vivenciar, experienciar e seu ser que atribui significações ao vivido. Para tanto a proposta inicial era investigar as Dimensões Existencias da pessoa que realizou o implante coclear. Dimensões estas que configuram o ser no mundo e que são caracterizadas em oito dimensões: dimensão social e interpessoal, corporal, da práxis, motivacional, afetiva, valorativa, temporal e espacial que se entrecruzam, influenciando entre-si e com predominância variável entre elas (Romero,1998).

Considerando a extensão e complexidade que envolvem o estudo de todas as dimensões, destacou-se uma dimensão para o propósito desta pesquisa. Optou-se pela dimensão afetiva pelo fato do próprio fenômeno se destacar por si mesmo nos relatos dos pacientes, o que confirma a importância da afetividade na vida das pessoas.

A afetividade ou dimensão afetiva, segundo Romero (1998), é a capacidade do homem afetar-se subjetivamente com o que acontece. Os eventos têm uma ressonância e um significado próprio que indicam o modo da pessoa vincular-se consigo mesmo e com o mundo.

O autor postula que a afetividade permeia todas as dimensões da existência e está presente na vida do ser humano de um modo envolvente e intenso como nas emoções, de maneira sutil em certos estados de ânimo, e ainda em forma de vínculos negativos ou positivos nos sentimentos.

Neste estudo, a partir da concepção de Emílio Romero, é dado um enfoque aos sentimentos e estados de ânimo das pessoas com surdez adquirida e usuárias do implante coclear, por caracterizarem o mundo e o modo como elas se encontram.

De acordo com o exposto, pode-se dizer que será possível ter uma visão mais ampla e humana do paciente antes e após o uso do implante coclear. Isto é, ter uma compreensão do ser do homem na sua totalidade e não focá-lo na questão da audição.

O estudo ainda tem o intuito de estimular o intercâmbio de conhecimentos, olhares e experiências entre pacientes, equipe, profissionais e todas as pessoas ligadas à área para uma ação coletiva mais global e eficaz, como também, de colaborar para novas pesquisas que busquem melhorar a condição humana de comunicar-se, que é uma das mais poderosas formas de ação e integração.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Surdez Adquirida: aspectos psicológicos

Perder a audição é perder muito da possibilidade de contato com o mundo, da possibilidade de ser e estar em relação completa com o mundo.

É difícil imaginar como é ficar surdo de repente, parar de ouvir os sons familiares do cotidiano e passar para um mundo silencioso. "*Não ouvir mais o que as pessoas falam, o barulho da rua, do vento e nem dos passos de alguém. Não ter mais a experiência magnífica de ouvir uma música, não poder ouvir a voz acalentadora de alguém, nem ouvir o tom e o rítmo da própria voz, não poder continuar no seu trabalho...*"são alguns dos relatos das vivências das pessoas que perderam a audição.

Uma série de limitações são impostas, sendo a mais óbvia o não poder ouvir o mundo dos sons.

A literatura internacional, já há alguns anos, discute o impacto da surdez adquirida (Ramsdell,1960; Thomas e Herbst,1980; Crary et al,1982; Martin et al,1989).

Os principais aspectos comentados por Ramsdell (1960) referem-se à importância do som como advertência e como fundo auditivo do cotidiano. O som serve como aviso ou sinal, como por exemplo, o som do

apito do guarda, que é um aviso para parar; um sinal que transmite o conhecimento real dos objetos, como uma máquina ligada. O som como fundo auditivo é a reação aos sons como ecos vagos das pessoas transitando pela casa, ao barulho do trânsito distante, sem perceber que estão ouvindo. Estes sons preservam o sentimento de que a pessoa faz parte do mundo e de que está viva, porém a pessoa com surdez não tem ciência que perdeu estes sons e sente como se o mundo estivesse morto.

Thomas e Herbst (1980) verificaram que a surdez adquirida trazia implicações sociais e psicológicas no adulto na idade de trabalho. A pessoa sentia dificuldades em fazer amizades, tinha uma auto-imagem depreciada, perdia o controle em alguns momentos, sentimentos de solidão e isolamento estavam presentes, havia um descontentamento em relação ao trabalho, ao casamento e à vida de modo geral.

Nos estudos de Crary et al (1982) através do teste de personalidade MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory, verificaram que os dados indicavam que as pessoas com deficiência auditiva profunda poderiam ter um alto índice de desconfiança.

Quanto ao impacto inicial de um diagnóstico de deficiência auditiva em adultos, Martin et al (1989) realizaram uma pesquisa utilizando um questionário para verificar as respostas emocionais dos pacientes. Muitos apresentaram sentimentos de choque, negação, dor, depressão e vergonha. Os pesquisadores observaram que as pessoas com idade entre 16 e 39 anos experienciaram no momento do diagnóstico maior choque e

medo do que aqueles na faixa etária de 40 a 89 anos, indicando a existência de diferenças de acordo com a fase de vida em que o paciente se encontra.

A partir da década de 90 os autores continuaram a discutir o assunto e indicaram várias outras conseqüências da perda da audição.

Reiter (1990) afirma que para maioria das pessoas o diagnóstico da surdez é um impacto, pois até o momento a pessoa imaginava que o problema era temporário. O paciente recebe a informação de que sua deficiência é irreversível e vive uma “tempestade emocional”, onde o medo e a angústia tomam conta da pessoa.

Para o autor a perda da audição pode estar ligada a várias outras perdas, como a perda de alguém, de emprego, de mudança ocupacional ou aposentadoria, trazendo uma somatória de experiências de perdas.

A perda auditiva, segundo Mckenna (1995), pode levar a pessoa a manter uma visão negativa; por exemplo pode perder a vontade de desfrutar a vida e não se sentir útil na sociedade ou acreditar que qualquer tentativa de falar com os outros levaria ao ridículo. Um humor deprimido ou ansioso pode distorcer as crenças da pessoa, fazendo-a mais propensa a manter idéias negativas acerca das circunstâncias, seguindo um círculo vicioso de crenças negativas e humor angustiado.

Mckenna (1995; p.230-31) descreve o processo de luto que as pessoas passam como parte do enfrentamento da sua perda auditiva... “*A*

negação *é considerada um componente quase universal da reação de luto. Pode ser caracterizada pela pessoa buscar opiniões adicionais e parecer não ouvir ou entender o que é dito. A negação é muitas vezes seguida por* ***raiva****, que a pessoa pode direcionar para si própria, ao médico, aos outros ou a Deus. Após a raiva ter sido considerada mal sucedida em produzir o resultado desejado, segue-se um* ***período de barganha.*** *Neste estágio, gritar é substituído por bom comportamento e cooperação, na esperança de que isso tornará tudo melhor novamente. Quando a pessoa verifica que isso não funciona, há um* ***período de depressão*** *e, finalmente, de* ***aceitação****...”*

O autor ressalta que o processo pode ser difícil para o surdo, porque a fonte de apoio que é o ouvinte pode evitar aquele que não pode ouvir devido a própria dificuldade de comunicação. Esclarece que não há uma rigidez na seqüência do modelo de estágio, e nem todos precisam passar por todos os estágios. As reações psicológicas encontradas por Mckenna foram apontadas por Kübler-Ross (1987) em seu trabalho pioneiro com pacientes terminais.

Nos estudos de Knutson e Lansing (1990), eles verificaram que os sujeitos com experiência de surdez adquirida apresentaram-se mais depressivos, socialmente introvertidos e com mais sentimento de desconfiança do que a população em geral. Concluíram que estes sintomas estavam relacionados à estratégias de comunicação inadequada e dificuldade de adaptação à surdez.

No estudo com trabalhadores com perda auditiva induzida por ruídos e com suas esposas, Hetú et al (1990) constataram a resistência dos operários em aceitar os problemas que a deficiência auditiva acarretava no seu cotidiano. Pouco revelavam sobre suas dificuldades auditivas no ambiente de trabalho, apresentando resistência em usar o aparelho de amplificação sonora, evitando contato com outros trabalhadores e disfarçando suas dificuldades auditivas. Para eles o sentimento de vergonha está associado com outras deficiências, como de pensar e aprender, isto é, com estigma da deficiência de “ser menos, valer menos ou estar abaixo do outro”.

A participação das esposas dos trabalhadores no estudo trouxe à tona as dificuldades experienciadas pela família. Revelaram os problemas negados pelos maridos, porém não deixaram de minimizá-los. Uma das manifestações mais comuns encontradas foi a negação das limitações que a deficiência auditiva acarretava, devido a estigmatização da surdez.

Lormore e Stephens (1994) observaram que as dificuldades quanto ao aspecto psico-social da perda da audição (isolamento e comportamento anti-social) foram relatadas mais pelas pessoas significativas do paciente, como cônjuge, filhos, parentes e amigos do que pelo próprio paciente. O autor indica ser provável que o paciente experiencie estes sentimentos e quem observa são os acompanhantes.

No que se refere ainda à interferência da surdez em relação a situação de trabalho, Kerr e Cowie (1997) identificaram que as vidas dos

indivíduos com surdez são negativamente afetadas: sua perda auditiva os afasta do tipo de trabalho que gostariam de fazer, não têm emprego, permanecem mais tempo em casa e sentem-se restringidos quanto ao trabalho.

Revisando estudos sobre perturbações psicológicas de pacientes com surdez, Mckenna (1995) apresentou um estudo sugerindo que 19% dos adultos com perda auditiva adquirida que freqüentavam a clínica eram psicologicamente perturbados, enquanto um outro estudo colocava a cifra em 27%. A classificação como perturbado ou não foi feita através do julgamento clínico ou pela medida de questionário da área de psiquiatria. Ambas as cifras são mais elevadas do que a prevalência de distúrbio psicológico na população geral(5%). Cita a depressão como distúrbio psicológico mais observado nas perdas auditivas adquiridas, além da ansiedade principalmente na idade de trabalho. Yamada et al (1999b) corroboram estes resultados, estudando jovens de 21 a 35 anos na idade produtiva, nos quais 90% dos sujeitos apresentaram níveis de ansiedade e depressão consideráveis.

Segundo Mckenna (1995) a depressão surge pela experiência de perda e desamparo. A ansiedade surge quando as pessoas percebem o futuro como ameaçador e, mais ainda, alguns tornam-se desconfiados dos outros ou até mesmo podem apresentar idéias paranóides com mais freqüência, quando já apresentam predisposições para o desenvolvimento de uma patologia.

Em seus estudos Kerr e Cowie (1997), no que se refere à depressão, verificaram que acima de 20% dos sujeitos adultos com perda auditiva adquirida responderam que sempre estavam em depressão e 1 em cada 19 sujeitos sentiu que a deficiência auditiva destruiu quase que completamente suas vidas.

Neste sentido, Kerr e Cowie (1997) afirmam que o impacto da deficiência auditiva adquirida não pode ser entendido simplesmente pela medida da intensidade e limitações objetivas que ela impõe. A deficiência auditiva adquirida é como uma dor crônica: o impacto funcional direto da desordem física é uma parte pequena do problema.

Como uma doença crônica, ela pode romper severamente o sentimento normal de continuidade e ritmo da vida. Os projetos de vida pessoais cancelam-se, ficam adiados ou alteram-se. Há um rompimento do mundo da pessoa como também modificação no equilíbrio familiar.

Uma doença crônica adquirida exige reajustamentos na estrutura familiar, quanto aos papéis familiares, solução de problemas e manejo afetivo da família. Exige da família uma mobilização da capacidade de administrar a crise (Rolland,1995).

Nos seus estudos Hetú et al (1993) verificaram que o relacionamento do casal fica vulnerável aos efeitos da perda auditiva. O casal experiencia uma redução na comunicação íntima, restringe a comunicação apenas às questões mais importantes, limita o companheirismo, cria tensões e frustrações entre o casal, propiciando o

afastamento. Os autores afirmam que os parceiros vivenciam sentimentos ambivalentes e as vezes antagônicos, que raramente são partilhados ou negociados de maneira que beneficiem a ambos. Concluem a necessidade de apoio para expressarem os sentimentos.

Para um melhor entendimento de como as pessoas com deficiência auditiva fazem para lidar com as situações que requerem a audição no cotidiano de suas vidas, Hallberg e Carlsson (1991) entrevistaram 50 sujeitos com perda auditiva com 12 anos de deficiência auditiva. As entrevistas focaram as descrições dos próprios sujeitos de como lidam nas situações que exigem audição. Identificaram que eles evitam situações ameaçadoras e/ou que podem exigir muito deles. Escolhem quando querem se expor e tentam minimizar a sua deficiência comparando-a com deficiências piores. O autor ressalta que esta atitude é uma reação de proteção contra uma realidade dura, e que administrar a situação de lidar com os outros e o meio ambiente é estressante pelos esforços pessoais exigidos, interferindo negativamente na sua qualidade de vida.

Sobre a interação da pessoa com deficiência auditiva e o ouvinte, Hallberg e Carlsson (1991) verificaram que a deficiência afeta negativamente nas interações com os outros. A inabilidade para seguir uma conversação em grupo e dificuldades de compreensão nas situações de comunicação causam constrangimento, frustração e irritação na pessoa com deficiência auditiva. Os sentimentos de “ficar de lado”, de inadequação e de

inferioridade também foram mencionados com freqüência pelos sujeitos que consideram que as pessoas não têm paciência e não agem com aceitação, quando sua auto-imagem é ameaçada pelo estigma da deficiência, fazendo com que a interação fique mais restrita.

Neste sentido, Rutman e Boisseau (1995) afirmam que a reação dos outros na comunicação geram mais problemas na sua auto-estima do que a dificuldade da comunicação em si. A percepção de serem deixados de lado numa comunicação, faz com que sintam que têm a capacidade diminuída e vivenciem o sentimento de exclusão. O conflito em querer participar ou não de uma conversa, leva a pessoa a retirar-se e ter uma atitude solitária de afastamento do outro, levando algumas pessoas à depressão e ao desespero.

Kerr e Cowie (1997) identificaram a dificuldade de interação entre pessoas com surdez adquirida e ouvintes devido a limitação na comunicação de ambas as partes e ressaltaram as situações de angústia e aflição das pessoas com surdez: se sentem fora da conversa, se perdem pela dificuldade de acompanhar uma conversa ou pelo medo de dizer algo errado, não entendem o que é dito e sentem-se embaraçados ou estúpidos, precisam de mais tempo no diálogo, como também ficam preocupados pela possibilidade de perder informações que foram faladas. São alguns dos fatores que fazem com que elas evitem os relacionamentos fora de casa, favorecendo o isolamento social.

A literatura em relação a perda auditiva adquirida está associada com as desvantagens, tais como: dificuldades na comunicação, problemas nos relacionamentos interpessoais e familiares, problemas em relação ao trabalho e conseqüências psicológicas. Kerr e Stephens (1997) identificaram experiências positivas associadas com a perda adquirida, sendo as mais comuns: não ouvir sons não desejados, desenvolveram estratégias de comunicação e afinidades com outras pessoas com deficiência auditiva e com pessoas com outras deficiências; melhoraram quanto ao desenvolvimento pessoal e aprenderam a fazer uso da deficiência em seu auto-proveito.

Os autores focaram a atenção nas fontes de bem estar ao invés das desvantagens da perda da audição e pontuam que pode trazer benefícios práticos, como também ser uma fonte teórica para uma compreensão mais ampla da deficiência. No entanto, afirmam que os problemas da deficiência auditiva persistem mesmo com a percepção dos aspectos positivos.

Neste sentido, Yamada e Bevilacqua (2000) constataram a necessidade do trabalho interdisciplinar, o quanto é fundamental não ficar focado na patologia e sim no lidar com as possibilidades de vida de cada um, incluindo a discussão e o questionamento do leque de possibilidades e que há outros modos possíveis de encaminhar a vida incluindo o “ser” surdo.

As limitações da perda auditiva adquirida vão além do fato de não se ouvir mais ou das dificuldades na comunicação. A perda auditiva traz um impacto doloroso e complexo na vida das pessoas, alterando toda uma realidade construída até então, modificando sua relação e postura frente ao mundo.

A quantidade e a qualidade das mudanças negativas sofridas pela pessoa que perde a audição, indicam a relevância de tratamento e reabilitação que visam tentar recuperar, mesmo que parcialmente, a audição perdida, como é o caso do implante coclear.

2.2 Implante coclear em adultos: aspectos psicológicos

O implante coclear tem sido indicado como recurso benéfico e efetivo para a reabilitação de pessoas com deficiência auditiva neurossensorial profunda, que não tenham benefícios através do aparelho de amplificação sonora individual. Representa uma nova tecnologia para pessoas com deficiência auditiva incapazes de compreender a fala.

O implante coclear é uma prótese auditiva composta de componentes internos e externos que substitui o órgão sensorial da audição. O componente interno é implantado através da intervenção cirúrgica, em que os eletrodos são inseridos na cóclea(ouvido interno). O componente externo capta o som, por um microfone instalado junto à orelha, que é transmitido por um fio ao processador de fala. O processador envia a informação codificada para uma antena transmissora colocada junto ao receptor-estimulador. O ciclo da audição se completa quando o estímulo elétrico e os sinais codificados são transmitidos por radio freqüência para o receptor transmissor. Este aparelho estimula os eletrodos que estão implantados na cóclea.(Costa et al,1996).

O implante coclear tem trazido benefícios na vida de muitos adultos com surdez pós lingual. Eles conhecem muitos sons do cotidiano, apresentam melhor leitura oro facial, assistem TV e em alguns casos, fazem uso do telefone(Cooper,1991).

Estudos sobre implante coclear têm sido realizados há cerca de duas décadas. Inicialmente as investigações para pesquisa eram efetivamente na área de otologia e engenharia com o sistema monocanal e em seguida multicanal. Posteriormente pesquisas e publicações foram desenvolvidas com maior freqüência na área médica e audiológica.

Poucas são as publicações na área da psicologia em relação as áreas citadas. Segundo Hass(1990) na década de 80 é que os estudos começaram a dar um enfoque psicológico. Porém estavam voltados para os procedimentos de avaliação psicológica, com medidas padronizadas, tais como a utilização de testes psicométricos de personalidade e função intelectual dos candidatos e pacientes implantados, como também na discussão de tais recursos (Crary et al,1982; Hass,1990; Mckenna,1991; Knnutson et al 1991a, 1991b e Aplin 1993a, 1993b).

Mckenna (1991) considera que os dados da entrevista são importantes, permitindo documentar eventos os quais as medidas mais quantitativas deixam a desejar. Contudo afirma que há desvantagens por não ser o método mais sistemático de coleta de dados, e que a pesquisa através do questionário pode confirmar os achados das entrevistas relacionadas de um modo mais sistemático. O autor ressalta também a necessidade de mais pesquisas na área, o que possivelmente determinaria o valor final do implante coclear, até merecendo investimentos adicionais.

Ao buscar a compreensão do adulto usuário do implante coclear, sua afetividade, sua experiência de ser uma pessoa com o implante, alguns estudos apontam algumas considerações:

Crary et al (1982) através da entrevista psicológica e avaliação psicométrica pré e pós implante coclear em adultos, observaram que o implante trouxe benefícios na vida destas pessoas, com redução do sentimento de isolamento, melhora na auto-confiança e na leitura oro facial. Não observaram comprometimento ou melhora cognitiva ou nas funções neurológicas, como também nenhuma mudança significativa na personalidade após o uso do implante coclear.

Wexler et al (1982) ao investigarem os efeitos psicológicos do implante na vida do paciente e de seus parentes, verificaram benefícios para os mesmos. Para os pacientes os benefícios encontrados foram relativos ao seu bem estar: diminuição do sentimento de isolamento, de dependência dos outros e de estresse emocional. Melhoras na leitura oro facial promovendo a comunicação com o outro, no sentimento de segurança e conforto nos eventos sociais. Os parentes perceberam melhoras nas reações emocionais dos pacientes, no nível de frustração na comunicação, na qualidade de voz e na segurança. Notaram ainda um aumento na participação de eventos sociais dos pacientes. A melhora do paciente afetou positivamente os parentes, que sentiram menos peso e responsabilidade, ou seja, ficaram mais aliviados. Os autores concluem que tanto os pacientes quanto seus parentes foram beneficiados.

Tyler e Kelsay (1990) utilizaram um questionário semi-estruturado para levantar as vantagens e desvantagens do uso do implante coclear nos 53 dos “melhores” sujeitos de seis centros. A idade variava entre 14 e 66 anos e usavam o implante por 2 meses a 13 anos. Em relação as vantagens psicológicas, foram relatadas por 70% dos sujeitos, sendo a resposta mais freqüente *“fuga do mundo do silêncio”*, seguidas de: confiança, felicidade, aceitação pelos outros, mais próximo do outro, mais relaxados e melhoras quanto a depressão, solidão e saúde psicológica geral. Neste estudo os autores não distinguiram os sujeitos utilizando diferentes tipos de implante coclear.

Em um estudo posterior, Tyler (1994) utilizou o mesmo tipo de questionário e verificou as vantagens e desvantagens no pré e pós cirúrgico, com 20 pacientes com o implante coclear multicanal nucleus e 21 pacientes com o implante coclear “inereid”. Após vários meses de uso os benefícios psicológicos relatados foram: aumento na felicidade, confiança e habilidade para relaxar. Melhora no trabalho, na vida social e mais independência.

As desvantagens estavam relacionadas ao aparelho, como falha no equipamento e custo do mesmo.

Hass (1990) verificou que após um ano de uso do implante coclear, os pacientes tornaram-se socialmente mais informados, tiveram informações mais completas e reais, tornaram-se menos desconfiados e menos depressivos. Knutson et al (1991b) complementam que na sua

investigação pós implante, os pacientes apresentaram redução nos sentimentos de solidão, ansiedade e isolamento.

Conforme Mckenna (1991) muitos dos pacientes implantados fizeram o seguinte relato: sentiram melhoras na comunicação e na vida social, passaram a sentir mais segurança no ambiente externo, menos sensação de isolamento e perceberam mudanças no comportamento das pessoas, que pela novidade da cirurgia se interessavam e passavam a interagir mais com eles.

Degive e Archinard (1992) num estudo piloto realizado na Suíça para o acompanhamento psicológico dos pacientes implantados, constataram durante as entrevistas melhoras na auto-confiança após a experiência de ouvirem com o implante coclear, sendo a primeira satisfação sair do isolamento.

Nos estudos de Aplin (1993b) os pacientes implantados do programa de Manchester relataram benefícios psicológicos tais como: diminuição dos sentimentos de isolamento e aumento de confiança em situações sociais, que também foram relatados em outros estudos anteriores(Crary et al, 1982; Wexler et al,1982; Tyler e Kelsay,1990; Mckenna,1991) e que o implante tem implicações psicológicas importantes para o sujeito e seus familiares. No entanto, os benefícios variam para cada pessoa e também para as circunstâncias individuais. Afirma que algumas vezes o benefício psicológico parece ser predominante.

Yamada (1994) considera que passar a ouvir através do implante coclear tem um significado especial. Possibilita a pessoa entrar no mundo sonoro, diminuir sua angústia, ampliar sua comunicação com o outro e mudar sua visão de mundo. A pessoa experiencia vários momentos no seu processo de ouvir: se distancia do sofrimento e angústia provocada pela sudez, vivencia o impacto de estar ouvindo, passa por uma fase de adaptação com o implante e posteriormente para uma atitude mais construtiva em relação a vida. Sendo assim, o implante coclear não significa uma questão física, um procedimento cirúrgico; é toda a pessoa que está envolvida, com sua audição, como também com sua dinâmica emocional.

Kou et al (1994) notaram que o maior benefício do implante na qualidade de vida de seus usuários foi o aumento de independência dos pacientes. Neste estudo, foi enviado um questionário para 23 adultos com deficiência auditiva pós lingual, usuários do implante coclear multicanal e seus familiares para avaliar os benefícios do implante. Foram obtidas respostas de 20 implantados(87%) e 17 familiares(74%). As melhoras relatadas foram quanto: ao reconhecimento de fala com leitura oro facial, a qualidade de voz, independência e confiança na comunicação. Os pacientes notaram um aumento nos sons ambientais e redução do zumbido. Todos, 85% dos implantados e 94% de seus familiares estavam de moderado a muito satisfeitos com o implante, sendo que a satisfação estava relacionada a independência e auto-confiança.

Ao avaliar os resultados pós implante dos pacientes do Centro de Pesquisas Audiológicas do HRAC - USP - Bauru, Bevilacqua et al (1994) confirmam a importância dos benefícios psico-sociais do implante considerando os relatos dos pacientes na sua experiência de ouvir: *"melhora a comunicação, poder relaxar, poder trabalhar e estudar, passar a ter interesse pelo que acontece, gostar de si mesmo, deixar de isolar-se, sair do mundo do silêncio, renascer dos sentimentos e da vida e voltar a ter uma vida."*

Em relação aos benefícios psico-sociais Zhao et al (1997) confirmam um crescimento na auto-confiança(62%) e independência(15%), como também na felicidade(46%), menos isolamento(38%), menos cansaço ao se concentrar(37%) e menos pressão familiar(31%).

Assim sendo, o implante coclear é considerado um procedimento cirúrgico benéfico, possibilitando melhoras na qualidade de vida, bem estar psicológico e aumento no rendimento pessoal dos pacientes com deficiência auditiva adquirida de grau profundo (Harris et al,1995).

Maillet et al (1995) também constataram mudanças positivas na qualidade de vida dos pacientes que relataram melhoras significativas nos sentimentos de isolamento, depressão e dependência. Relacionaram o grau de melhora ao tempo de surdez e idade. Os pacientes com 10 anos ou menos de surdez relataram melhoras significativas mais do que os pacientes acima de 20 anos de surdez. Em relação a idade, os pacientes mais velhos estavam menos satisfeitos do que os mais jovens.

Ao investigar sobre o grau de satisfação e o implante, Ito et al (1995) e Murakami et al (1998) mostraram que os pacientes ficavam satisfeitos com o implante coclear. O implante ajudava muito na audição, suas vidas modificaram para melhor e se sentiam felizes, embora demonstrassem algum tipo de incômodo quanto a estética da unidade externa (Murakami et al, 1998).

Investigando os resultados psicológicos nos adultos que fizeram uso do implante coclear multicanal durante 4 anos e meio, Knutson et al (1998) sugerem que os fatores emocionais afetados pela perda da audição recebem uma interferência positiva com o uso do implante. Encontraram evidências de melhora quanto a solidão, ansiedade e angústia confirmando vários estudos citados anteriormente.

Hogan (1997) conclui que o implante pode levar pessoas com surdez a obterem melhoras na área social e interpessoal, considerando que o implante coclear resultou na possibilidade da pessoa participar mais das atividades sociais, reduzindo o isolamento, ansiedade e os problemas de comunicação do cotidiano.

Embora vários estudos tenham revelado os benefícios do implante coclear multicanal na vida de adultos que perderam a audição, Hass (1990), Aplin (1993a, 1993b) e Knutson et al (1998) afirmam que a literatura sobre os aspectos psicológicos da pessoa usuária do implante coclear multicanal ainda é escassa.

A afetividade destes pacientes tem sido pouco pesquisada, especialmente no que se refere a uma concepção existencial da dimensão afetiva.

Estudos preliminares realizados no Centro de Pesquisas Audiológicas do HRAC - USP - Bauru, mostraram a possibilidade de se pesquisar este aspecto entre os pacientes, trazendo a motivação inicial para este trabalho.

Visando enriquecer a compreensão das condições afetivas dos pacientes atendidos nesta instituição, optou-se pela psicologia existencial, particularmente representada pelas concepções teóricas de Emílio Romero.

2.3 Dimensão afetiva: sentimentos e estados de ânimo, segundo a psicologia existencial na concepção teórica de Emílio Romero.

2.3.1 Dimensão Afetiva

A dimensão afetiva é uma das oito dimensões distinguidas na abordagem psicológica proposta por Emílio Romero. Esta dimensão está composta por quatro modalidades : as emoções, os sentimentos, os estados de ânimo e as paixões. Neste trabalho destacou-se os sentimentos e os estados de ânimo, atendo-se ao tipo de análise proposto pelo prof. Romero, o qual pauta seu enfoque segundo uma psicologia de inspiração existencial e de orientação compreensiva. Esta abordagem propõe uma compreensão do homem considerando sua subjetividade que implica as mais diversas formas de relação homem-mundo. Parte do axioma de que a subjetividade se inicia com a experiência do sujeito, a qual se vai constituindo em vivência segundo seja o impacto que tenha na vida da pessoa, na sua história, na sua ressonância como formadora da personalidade. É um enfoque psicológico que procura determinar as formas de relação que a pessoa estabelece com os diversos entes que configuram sua realidade, seu mundo. Os modos característicos de estabelecer estas relações constituem a sua personalidade.

Nesta vertente Romero oferece um modelo teórico que permite compreender opostulado da dimensão afetiva, a qual revela a maneira como o homem é afetado nestas interações que mantêm com as coisa e pessoas e como os afetos influenciam as outras sete dimensões (social e interpessoal, corporal, da práxis, motivacional, valorativa, temporal e espacial)que arquitetam a realidade de todos nós. (Romero,1998;2000).

Embora na literatura sobre afetividade, surdez e implante coclear fossem encontrados temas relacionados a afetividade como consta no cap.2, não foi encontrado nenhuma pesquisa sobre afetividade da pessoa com surdez adquirida ou pessoa usuária do implante coclear, que reunisse a proposta deste estudo.

Consultou-se também alguns teóricos sobre o tema da afetividade. São autores de diferentes enfoques doutrinais. Laplanche e Pontalis (1983), psicanalistas; Arnold, Eysenck e Meili (1994), comportamentalistas; e Doron e Parot (1998), ecléticos. Estes autores apresentaram os conceitos fundamentais, porém não ficou claro a distinção entre a emoção, sentimento, estados de ânimo ou humor e paixão. Parece que não houve uma preocupação quanto a apresentação de uma classificação dos afetos. Sobre os estados de ânimo ou humor em Laplanche e Pontalis (1983) não há citações.

Izard (1977), autor sempre muito citado nos círculos acadêmicos, em sua Teoria das Emoções Diferenciais, afirma que as emoções são processos experienciais e motivacionais, com características inatas e

aprendidas, que interferem na personalidade. Realiza uma classificação dos afetos, identificando as emoções fundamentais e suas interações. Utiliza o termo "emoção" como sinônimo de "sentimento", o que pode dificultar o entendimento.

Lersch (1971) em sua obra "La estructura de la personalidade", expõe sobre as vivências emocionais de maneira ampla e profunda. Diferencia as emoções, sentimentos e estados de ânimo, realizando uma classificação destas modalidades afetivas.

Romero (1998) oferece uma sistematização e caracterização sustentável dos conceitos, com definições claras a respeito do tema. Apresenta os postulados e princípios bem formulados o que é favorável para o desenvolvimento de uma pesquisa. O autor se destaca pela originalidade da abordagem da afetividade ou dimensão afetiva, apresentando-a como uma das dimensões básicas da existência humana. Considerando a proposta deste estudo investigar a dimensão afetiva no que se refere aos sentimentos e estados de ânimo, a seguir será abordado estas duas modalidades do homem se relacionar com o mundo.

2.3.2 Sentimentos

A respeito dos sentimentos, Romero (1998,1999) define-os como uma forma de vínculo, isto é, o modo de relação que mantemos com os objetos e pessoas de nossa vida, que pode ter um caráter positivo quando aproxima e constrói. E caráter negativo quando distancia e destrói.

O lado positivo é quando proporcionam uma ressonância cromática e emocioal ao que nos acontece, sustentando a relação, dando a sensação que não estamos sós e que pertencemos a uma comunidade. A pessoa estabelece uma relação de pertencimento, o que a faz sentir que não é um indivíduo isolado, mas fazendo parte do todo.

O lado negativo é quando os sentimentos nos amarram e o vínculo é de não liberdade. As vezes a dependência nos faz “grudar” ao outro, como também o outro vincula-se de um modo que não nos permite sentir competentes, o que favorece a complementação das necessidades e dificuldades, limitando nossas possibilidades.

Sendo assim, o sentimento é um dos modos do homem experienciar suas relações positiva ou negativamente, atribuindo significações ao vivido, constituindo o seu modo de ser.

Ainda a respeito dos sentimentos Romero (1998) postula que os sentimentos em relação a própria pessoa, isto é, a seu mundo pessoal e íntimo são denominados de **sentimentos egóicos**, que quando se orientam

para a satisfação do eu, são denominados de ego - sintônicos, e quando desvalorizam o autoconceito da pessoa são denominados de ego - distônicos.

Os **sentimentos ego - sintônicos** indicam que podemos nos relacionar com nós mesmos de modo aprobatório e sintônico e que implicam nos sentimentos do próprio valor (auto - estima, auto - aceitação, auto - confiança), no amor próprio, no orgulho, sentimento de poder e vaidade. Sentimentos que confirmam a potencialidade e o reconhecimento de si como agente de seu valor.

Segundo Romero (1990, 1994) a pessoa satisfeita com seu potencial, suas capacidades e sua maneira de agir apresenta um razoável grau de auto - estima. Para o autor, a auto - estima reflete o senso de valor que o sujeito dá a sua vida, seu potencial, suas realizações; emana da dimensão afetiva e se prolonga até o auto - conceito. Há uma correlação entre a auto - confiança e auto - estima; quanto maior o grau de confiança pessoal, maior é o grau de auto - estima; e a base de sustentação da estima própria é a auto confiança. Sendo assim, confiar é acreditar e sentir -se segura; a desconfiança leva a insegurança. Com a auto-confiança, o sujeito apresenta capacidade para enfrentar dificuldades, realizar tarefas e superar limitações e barreiras.

Outro sentimento do próprio valor é a auto - aceitação, que envolve a abertura para experimentar, isto é, tornar real para si mesmo, sem negações ou evasivas. O sujeito pode não estar com vontade de trabalhar

hoje, reconhece o que sente, experimenta os sentimentos, aceita -os e então vai trabalhar.

Estes são alguns sentimentos que se orientam para a satisfação do eu, construindo vivências de confiança e sentimento de valor pessoal.

Ainda em relação aos sentimentos egóicos, há os sentimentos de desvalorização da própria pessoa, que são denominados de **sentimentos ego - distônicos**, indicando que podemos relacionar -nos com nós mesmos de modo desaprobatório e desvalorizante, originando deste modo sentimentos que supõe uma orientação auto - depreciativa que são os sentimentos de desvalor (a rejeição de si e o sentimento de inferioridade), o sentimento de frustração, culpa, arrependimento, solidão e vergonha. (Romero, 1998).

O autor qualifica de sentimentos negativos porque negam ao próprio sujeito que os experimenta, desvalorizando -o e desconfirmando - o em seus potenciais. Implicam numa diminuição, um abalo tanto para o ego do sujeito quanto para sua disponibilidade existencial. Quando estes sentimentos são vivenciados de maneira acentuada ou prolongada pode levar ao desajuste psicológico.

Em uma pessoa com sentimentos de inferioridade, o núcleo afetado é a consciência de seu desvalor e não aceitação de si. Não significa que esteja condenada ao fracasso e ao sofrimento. Isso acontece com algumas pessoas, embora outras consigam reagir .A inferioridade é relativa e depende do juízo comparativo. (Romero, 1990).

A pessoa com surdez pode se sentir inferior perante o ouvinte e superior perante outra pessoa com surdez quando possui nível de escolaridade superior, etc. Este tipo de vivência deriva da percepção de uma deficiência, do juízo negativo dos outros e de algum fracasso.

A respeito da vergonha, é ilustrativo o relato de pacientes atendidos no Centro de Pesquisas Audiológicas: "*sinto o rosto queimar quando as pessoas me olham e eu não entendi o que aconteceu*." Segundo Romero (1990) a vergonha é um dos sentimentos que emergem de imediato quando a pessoa é surpreendida num ato censurável. O sujeito sente -se desfavorável, sente -se aquém de suas expectativas e das do grupo. Os eventos fortes afetam muito mais do que o sujeito se apercebe ou admite.

A respeito do sentimento de frustração persistente Romero (1990 p.13) considera uma das formas mais corrosivas e inquietantes do sofrimento humano; *"viver frustrado é sentir que algo essencial lhe escapou e que talvez nunca mais consiga (...) O sujeito sente -se abortado, truncado, num aspecto fundamental de suas possibilidades."* Acrescenta que quando a frustração segue os caminhos da depressão o sujeito se culpa e se agride. Quando se associa à ansiedade, a pessoa manifesta sua revolta para fora tornando - se agressivo, irritável, suscetível e queixoso.

Neste sentido, o autor afirma que a essência da frustração é ser uma mistura de protesto e impotência, de revolta e de aflição, que permanece no sujeito corroendo-o .Acrescenta que determinadas frustrações destróem o gosto pela vida: são aquelas que implicam num

malogro pessoal que interferem negativamente no mundo da pessoa. Nesta situação existe uma constante afetiva que percorre todas as dimensões e todos os planos da existência. Por um lado o malogro aparece como consciência doída do fracasso numa área essencial; e por outro, aparece como revolta e a negação para aceitar o fracasso. Para a superação seria necessário a aceitação e reavaliação do fracasso e em seguida a retomada da proposta ou escolha de alternativa compensatória. É o que acontece com pessoas com deficiência (Romero,1990).

Uma vez que a pessoa toma consciência de sua deficiência, sua reação inclui as vivências: frustração, raiva, tristeza, aflição, ansiedade. Todas negativas. Posteriormente algumas vivências vão se atenuando e inclusive desaparecendo. Talvez a tristeza e a aflição reapareçam em determinadas circunstâncias. Segundo o autor, parece muito difícil para o sujeito superar inteiramente sua frustração, embora possa atenuá-la de acordo com seu potencial adaptativo, que significa ter capacidade de lidar com as contrariedades e obstáculos.

Enfatiza que não é fácil escapar as frustrações quando não se tem satisfeito as demandas fundamentais do ser humano, que são: demandas de afeto, de segurança, de contato e comunicação cordial, de reconhecimento, de status dígno, de realizações efetivas, de autonomia. O atendimento destas demandas é que dá sentido à transcedência à nossa vida.

A pessoa que desconfia de si também é mais desconfiada com os outros. Desconfiar, como Romero (1990) coloca, é não acreditar na base de sustentação. Por isso se desconfiado, o sujeito fica sempre numa distância prudente e prevalece a suspeita. Geralmente acontece com pessoas que não adquiriram auto - confiança básica ou que passou por algum episódio difícil. Se o sujeito desconfia, emerge a insegurança que surge perante a incerteza, perante o desconhecido.

Em relação aos **sentimentos dirigidos ao próximo**, Romero (1998) postula que o relacionamento interpessoal segue duas direções opostas. Uma seguindo a orientação da simpatia e da valorização, e a outra, seguindo uma linha da antipatia e do desvalor do outro.

O movimento existencial da simpatia é de aproximação e sintonia com o outro. Em alguns momentos por se tratar de uma identificação, e em outros por uma afinidade de interesses, de valores, de objetivos e de sentimentos.

Se a simpatia tende a abrir um espaço comum compartilhável com o outro, a antipatia pelo contrário, representa um movimento de afastamento e rejeição. O outro chega a nos incomodar e ferir por um motivo as vezes sem causa suficiente. Os sentimentos se originam da interação, do contato interpessoal, como toda experiência. É nesta interação de uma pessoa para outra, que se mantêm disposição de aproximação ou afastamento.

Quanto aos **sentimentos de temporalidade**, Romero (1998) cita: a espera e a esperança, a desesperação, preocupação com o futuro e a nostalgia. Há modos de sentir o tempo, que corresponde a experiência do sujeito vivenciar a temporalidade na sua relação com o mundo. O apelo do futuro ocorre por meio da espera e esperança, onde podemos sentir que a espera da cura é longa e insuportável, ou que o futuro parece não ser bom; são projeções de nosso ser no futuro.

Nas páginas anteriores foi exposto que os sentimentos traduzem modos específicos de vincular - se, positiva ou negativamente, sendo que a relação positiva afirma e confirma; a negativa nega e desqualifica. Foi exposto também que em todo sentimento se manifesta numa certa disposição para, deixar o sujeito sensibilizado numa direção.

Além do sentimento como vínculo, existe o sentimento como mera apreensão de si numa situação determinada. *"Quando estão falando, me sinto ridículo"*; *"fico desconfiado quando vejo as pessoas conversando"*; *"me sinto só".* Todas estas reações denunciam a emergência de sentimentos como mera percepção de si em situações específicas.

A seguir veremos o tópico sobre estados de ânimo, uma outra modalidade de experimentar nossa existência. Segundo Romero (1991) é comum os psicólogos confundirem os sentimentos com estados de ânimo e ainda, os estudos e pesquisas estão voltados para dois estados que perturbam: a depressão e a ansiedade, ignorando todos os outros. A seguir

será exposto os outros estados de ânimo seguindo - se o critério taxonômico de Romero.

2.3.3 Estados de ânimo

A respeito dos estados de ânimo, Romero(1998, p.287) afirma: ”*é um estado no qual se encontra o sujeito por um período variável, no qual predomina um clima vivencial dominante que impregna todo o campo psicológico e o mundo da pessoa. Apresenta - se na forma de um encontrar-se, de estar - aí no mundo numa disposição anímica característica*.”

Revela a maneira como se encontra o sujeito enquanto ser no mundo; como ele está e o significado que ele atribui ao acontecer. Isto é, como o sujeito apreende na sua relação com o mundo. Encontrar - se, segundo o autor, é simplesmente estar - aí, aberto às possibilidades. Indica a sintonia ou não sintonia em relação ao outro (acontecimento, pessoa, mundo).

Quando o autor afirma que o estado de ânimo ou de humor como também é chamado, constitui um clima vivencial dominante, significa que assim como existe um clima físico com sua temperatura e luminosidade, do mesmo modo existe um clima subjetivo. Quando se está deprimido o mundo perde sua luminosidade e tudo passa a ter uma cor cinza, as coisas do

mundo se tornam indiferentes e há um recolhimento do sujeito para a penumbra.

Os estados de ânimo são relativamente duradouros, embora ocorra oscilações, segundo o peso e valor dos acontecimentos. Podemos estar tranqüilamente serenos durante o dia, mas um evento pode alterar nosso clima. Da serenidade posso passar para preocupação se o evento surge como um elemento tensionante no meu campo vivencial (Romero,1991).

O estado de ânimo estabelece uma disposição geral que leva a pessoa a enxergar o mundo de uma certa maneira, de um modo predominante de ver a realidade. Ainda mais, impregna todo o campo psicológico da pessoa, manifestando em todas as dimensões da existência; nos relacionamentos interpessoais, no corpo, nas motivações e outros.

Romero (1991,1998) propõe uma classificação dos estados de ânimo que podem ser classificados segundo dois grandes eixos, que se dividem em duas tendências contrapostas, a partir do centro vivencial da pessoa. Eles se situam no eixo do abatimento versus exaltação e no eixo da tranqüilidade ou relaxamento versus tensão, de acordo com o esquema organizado pelo autor e apresentado no Anexo (1). São quatro pólos que direcionam os estados de ânimo, sendo que os estados situados nos extremos de cada pólo são sintomáticos; isto é, revelam conflitos e incapacidades do sujeito.

Os estados de ânimo situados no eixo da exaltação, implicam nos sentimentos de realização pessoal. Vai desde o simples contentamento até a mania delirante. Neste pólo a vida parece leve e o sujeito sente dono da situação.

A percepção e avaliação das coisas são demasiadamente otimistas.

No contentamento o sujeito está satisfeito com seu acontecer vital, tem boa disposição. Tem clara consciência de que as coisas estão indo pelo rumo certo.

Na euforia há uma acentuação dos traços anteriores, com diminuição da percepção dos limites. O sujeito glorifica a força, o risco e a luta.

Na mania há uma exaltação extrema de si, e desconexão com o ambiente; é uma forma patológica da exaltação egóica.

As características deste eixo proporcionam sensação de leveza, dinamismo expressivo, comunicabilidade, sensação de poder, abertura para o possível e otimismo (Romero, 1991, 1998).

Os estados de ânimo situados no eixo do abatimento ocorrem numa escala progressiva do desânimo, tristeza e depressão. Parecem similares, mas são estados de ânimo diferentes.

O desânimo é o primeiro estágio do círculo da depressão; o sujeito passa a ficar desligado ou desinteressado, agindo por simples rotina

de obrigação. Vê as coisas com certa apatia e se sensibiliza para as barreiras.

A tristeza é o segundo momento deste ciclo. Ocorre o pesar, sentimento de falta decorrente da perda ou privação de um bem estimado pelo sujeito. Na tristeza o sujeito ainda reconhece um valor em algo ou alguém, embora sinta privado deste valor. Há uma tendência ao recolhimento em si mesmo e um aumento de sensibilidade emocional. (Romero,1991, 1994).

Na depressão, a perda ou privação de um bem afeta o sujeito de uma maneira mais contundente, bloqueando a capacidade de ação e reação levando - o a um estado de desmotivação generalizada, a um fechamento no contato interpessoal e a um descrédito nas suas possibilidades e uma queda de vitalidade. (Romero,1991, 1994).

Um fracasso ou uma perda significativa, ou ainda a constatação de uma impossibilidade ou limitação que põe fim as expectativas, provocam um sentimento de encolhimento e um desânimo acentuado - uma espécie de retirada estratégica para recompor - se ao abalo sofrido - conhecidos como depressão reativa.

Pode ser entendido como atitude de auto - defesa para proteger - se da dor maior.

Neste estágio as possibilidades se tornam duvidosas ou negativas. Ao fechar se às possibilidades, o futuro deixa de ser promessa e parece-lhe sombrio e inóspito.

Ocorre uma diminuição do rítmo nas atividades, um retraimento no contato interpessoal, que pode ser um fechamento para os introvertidos ou um afastamento para o extrovertido e menos comum o isolamento.

Há uma tendência à ruminação mental negativa e seu tom e matiz emocional é de queixa e lamento.

Neste eixo do abatimento a vida perde sua luminosidade e seu sentido se torna duvidoso ou negativo. Há um predomínio de sentimentos negativos, passa a ter uma postura encolhida e apagada com necessidade de apoio. Numa fase mais profunda, o sujeito pode desvalorizar - se mais, sentir - se culpado e punir - se. Como também acentuar o seu isolamento e aparecer vontade de morrer (Romero,1994).

Os estados de ânimo situados no eixo da tranqüilidade ou relaxamento são três: a serenidade, a cordialidade e a beatitude.

No primeiro estágio que é a serenidade, o sujeito percebe as coisas com uma mistura de objetividade e simpatia leve, está orientado por uma confiança tranqüila. Há um reconhecimento do lado positivo e negativo das coisas e situações sem deixar impressionar pelas aparências. Alguns fatores facilitam a entrada neste modo de afinação. Uma satisfação das necessidades físicas, realização de objetivos básicos, ausência de conflitos persistentes e nunca resolvidos. Na serenidade o sujeito está aberto para o mundo, sem maiores expectativas; apenas atento e confiante.

No segundo estágio, na cordialidade, a pessoa apresenta uma atitude de abertura perante os outros, de acolhimento, acompanhada de

sentimento de bem estar e satisfação interior. A cordialidade é um modo de ser e sentir; emana do coração. Há uma atitude de simpatia, boa vontade e honesta disposição. Quando há pouca afinação com alguém, simplesmente deixa seguir seu caminho cortesmente; quando há sintonia, cultivam a relação com respeito. A percepção do mundo é propício e benigno.

O terceiro estágio, a beatitude, está no extremo eixo da tranqüilidade. É como um estado de espírito elevado. Aparece associado aos mestres religiosos com atitudes contemplativas para alcançar a paz espiritual. Nesta categoria pode estar o transe, o sonho, as experiências alucinógenas, a embriaguez e psicose em fase de surto.

Os três estados de ânimo implicam em uma visão positiva da vida, um bom nível de bem estar interior, uma disposição amistosa para com o próximo. O sujeito vive a satisfação e o encontro consigo mesmo (Romero, 1991, 1998).

Os estados de ânimo situados no eixo da tensão, implica num grau crescente da mera preocupação, passando para algo mais perturbador, a ansiedade, até o extremo da tensão e do sentimento de ameaça vital, que é a angústia.

A preocupação natural é aquela que impõe ao sujeito um certo cuidado. No entanto, existe a preocupação que é o início da ansiedade.

Em geral, toda situação de riscos acentuados que compromete a segurança pessoal, é sentida como ameaçadora. Uma ameaça pode ser

entendida como o risco de prejuízo físico ou moral, por via da perda, fracasso ou malogro pessoal.

Na ansiedade o sujeito sente inquieto perante uma ameaça possível que impede a manutenção ou obtenção de um bem apreciado por ele, sente-se impotente ou inseguro.

A ansiedade surge perante uma ameaça possível, portanto ela é imaginária. É um aspecto da vida do sujeito que está ameaçada a sucumbir; por exemplo um projeto, um relacionamento, um objetivo procurado, uma situação já conhecida, o posto de trabalho, etc. A ameaça é vivida como insegurança e com sentimento de impotência variável. Tensiona ao sujeito perturbando-o em diversos graus.

Pode ser uma reação momentânea ou um estado de ânimo persistente, contínuo ou intermitente. Em qualquer caso a pessoa fica mais susceptível emocionalmente.

Quando é persistente e contínuo adquire as feições da angústia, pois começa a invadir todo o mundo do sujeito. "*Angústia, é uma ansiedade generalizada, que o sujeito já não consegue circunscrever. É uma ameaça de soçobro existencial questiona todo o sentido da vida da pessoa*." (Romero, 1991, p. 12). O sujeito perde o significado positivo que atribuía às coisas e projetos que justificavam o sentido de ser no mundo.

Este modo de sentir a realidade pode ser breve como é o efeito de um evento ameaçador, onde o sujeito sente-se impotente; pode ser provocado também por um longo processo de luto, que vai minando o

próprio valor do sujeito, levando-o a desacreditar em sua capacidade. Neste estágio o poder de luta diminui, não é capaz de suportar tanta tensão e se deprime.

No eixo da tensão, o sujeito está mais suscetível às colisões e barreiras; freqüentemente se torna irritável e agressivo. Se não expressa pela via da agressividade pode ser pela emoção exagerada do choro fácil, da vulnerabilidade à flor da pele, e há uma predominância dos sentimentos negativos diversos.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

3.1. Averiguar a dimensão afetiva em pacientes adultos com surdez adquirida, antes e após o uso do implante coclear.

3.2. Investigar a ocorrência de alterações na dimensão afetiva destes pacientes, especificamente nas modalidades dos sentimentos egóicos, sentimento em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo, antes e após o uso do implante coclear.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi realizado no setor de psicologia de acordo com as funções do psicólogo deste setor, conforme descrição no Anexo (2) do Centro de Pesquisas Audiológicas do HRAC - USP - Bauru.

4.1 Material

4.1.1 Sujeitos

Fizeram parte deste estudo, 44 adultos com deficiência auditiva neurossensorial, pós-lingual e usuários do I.C. de ambos os sexos, na faixa etária de 21 a 68 anos, com escolaridade mínima de 1º grau, que participaram do programa de implante coclear (Anexo 3), realizaram a cirurgia no ano de 1990 a 1998, e que enviaram os questionários respondidos até a data estipulada. Os sujeitos que apresentavam deficiência auditiva associada à deficiência visual não participaram desta pesquisa.

A caracterização dos sujeitos quanto ao tempo de uso do I.C., nos 44 sujeitos estudados foi descrita na Tabela 1.

TABELA 1 – Caracterização da amostra quanto ao tempo de uso do I.C., nos 44 sujeitos estudados

Tempo de uso (meses)	***Freqüência absoluta***	***Freqüência relativa***	***%***
6 – 12	1	0,02	2
12 – 24	11	0,25	25
Mais de 24	32	0,73	73
TOTAL	44	1,00	100

A caracterização da amostra quanto à escolaridade, dos 44 sujeitos estudados foi descrita na Tabela 2.

TABELA 2 – Caracterização da amostra quanto à escolaridade, dos 44 sujeitos estudados

Escolaridade	***Freqüência absoluta***	***Freqüência relativa***	***%***
Primário	4	0,09	9
Ginasial	9	0,20	20
Colegial	19	0,43	43
Superior incompleto	4	0,09	9
Superior completo	8	0,18	18
TOTAL	44	1,00	100

A caracterização da amostra quanto à classificação sócio-econômica, de acordo com o estudo sócio-econômico que constou no prontuário do paciente, dos 44 sujeitos estudados foi descrita na Tabela 3.

TABELA 3 – Caracterização da amostra quanto à classificação sócio-econômica, nos 44 sujeitos estudados

Escolaridade	***Freqüência absoluta***	***Freqüência relativa***	***%***
Baixa Inferior	2	0,04	4
Baixa Superior	22	0,50	50
Média Inferior	13	0,29	29
Média	6	0,14	14
Média Superior	1	0,02	2
Alta	-	-	-
TOTAL	44	1,00	100

Todos os sujeitos apresentavam surdez pós - lingual e tinham utilizado o seu processador de fala no mínimo 6 meses. Esse tempo foi considerado o tempo mínimo de adaptação do desempenho audiológico (Kou et al. 1994).

4.1.2. Instrumento de Investigação

Neste estudo foi utilizado o questionário como instrumento de investigação para possibilitar atingir o maior número de sujeitos, considerando-se que os pacientes do Programa de Implante Coclear estão dispersos numa área geográfica extensa do Brasil.

Foi necessário elaborar e sistematizar um instrumento de investigação sobre a dimensão afetiva para adultos com surdez adquirida e usuários do I.C. por, ainda não haver um instrumento de investigação para o referencial teórico adotado.

Para a elaboração do questionário baseou-se na dimensão afetiva fundamentada em Romero (1998), em pesquisas que utilizaram instrumentos baseados em estudos feitos por Kou et al (1994), Owens e Raagio (1988) e no modelo do Questionário de Auto-Avaliação - IDATE - Inventário de Ansiedade Traço - Estado de Spielberger et al (1979). O instrumento de investigação construído para este estudo, encontra - se no (Anexo 4).

As afirmações do questionário foram desenvolvidas a partir dos relatos mais comuns de pacientes com surdez adquirida, como também, dos que realizaram o I.C. e que foram atendidos durante entrevistas psicológicas, realizadas em nove anos de experiência no atendimento do Programa de Implante Coclear do Centro de Pesquisas Audiológicas do HRAC - USP - Bauru por esta pesquisadora. As afirmações visam verificar a dimensão afetiva, no que se refere aos sentimentos e estados de ânimo.

De modo a obter os objetivos propostos, foi elaborado um questionário em duas partes (Parte I e Parte II), com 21 afirmações em cada parte.

A Parte I do questionário refere-se à experiência de vida do sujeito antes do implante, isto é, à sua vivência afetiva com a surdez. A

Parte II refere-se à experiência de vida do sujeito após o I.C., isto é, à sua vivência afetiva com o uso do I.C.

Cada afirmação do questionário correspondia a uma escala de 0 - 5 pontos (nunca, raramente, às vezes, freqüentemente e sempre) de modo a representar mais acuradamente os sentimentos e estados de ânimo a serem mensurados.

Definiu-se que uma maior pontuação corresponderia a “piora” na dimensão afetiva do sujeito, isto é, a sua vinculação com o mundo de modo mais negativo.

Sendo assim, para obter maior fidedignidade nas respostas dos sujeitos, a escala de pontuação foi distribuída da seguinte maneira:

Nas afirmações de vínculo negativo, a escala de 0 – 5 pontos correspondia à ordem crescente de pontuação, onde nunca = 0, raramente = 1, às vezes = 2, freqüentemente = 3 e sempre = 4.

Ex.: “Sentia-me *por baixo* (inferior) em relação às pessoas.”

( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) freqüentemente	( ) sempre
0	1	2	3	4

Pontos =

E nas afirmações de vínculo positivo, a escala de 0 – 5 pontos correspondia à ordem decrescente de pontuação, onde nunca = 4, raramente = 3, às vezes = 2, freqüentemente = 1 e sempre = 0.

Ex.: “Sentia-me alegre e feliz.”

( ) nunca	( ) raramente	( ) às vezes	( ) freqüentemente	( ) sempre
4	3	2	1	0

Pontos =

Quanto à organização do questionário, as afirmações foram seqüenciadas por meio de sorteio de ordem das mesmas.

Com relação à classificação dos sentimentos, as afirmações referentes aos sentimentos egóicos (ego-distônico) foram as de número: 1, 2, 4, 13, 15, 19 e 21; representados pelos sentimentos: 1 (frustração, 2 (inferioridade), 4 (solidão, tristeza, angústia, depressão), 13 (tristeza, desânimo, insatisfação, desvalor), 15 (desvalor e isolamento).

As afirmações referentes aos sentimentos egóicos (ego-sintônico) foram as de número: 3, 6, 8, 9, 10 e 16; representados pelos sentimentos: 3 (do próprio valor, auto-confiança), 6 (do próprio valor, auto-confiança, segurança), 8 (auto-aceitação, felicidade, contentamento, alegria cordialidade), 9 (próprio valor, auto-aceitação), 10 (próprio valor, satisfação, aproximação) e 16 (satisfação, disposição, simpatia e contentamento).

As afirmações referentes aos sentimentos dirigidos ao próximo foram as de número: 12, 14 e 20; representados pelos sentimentos: 12 (mágoa), 14 (desconfiança) e 20 (de simpatia, sintonia, empatia).

As afirmações referentes aos sentimentos de temporalidade foram as de número: 5 e 18; representados pelos sentimentos: 5 (de preocupação com o futuro) e 18 (sentimentos de espera, esperança).

Quanto aos estados de ânimo as questões foram as de número: 6, 7, 11, 13, 16, 17 e 19; em direção ao eixo: 6 (da tranqüilidade, serenidade), 7 (do contentamento), 11 (da tensão, preocupação), 13 (depressão), 16 (contentameto), 17 (depressão), 19 (depressão).

4.1.2.1 Elaboração do Instrumento

De modo a garantir maior clareza e efetividade do instrumento, foi realizado um estudo piloto com 15 sujeitos, sendo 10 adultos que realizaram o implante coclear em outras instituições ou no exterior, e 5 sujeitos adultos com surdez pós - lingual, de moderada e/ou severa que utilizavam o AASI (aparelho de amplificação sonora individual).

Este critério foi adotado pelo fato de que os sujeitos responderiam o questionário sem a presença do pesquisador. Tomou-se cuidado quanto à apresentação gráfica, à facilidade para assinalar as respostas e à clareza nas instruções.

Dentre os sujeitos do estudo piloto, 8sujeitos receberam o questionário pelo correio, onde foi anexado um questionário de opinião para verificar a compreensão das afirmações e suas sugestões. Para os demais sujeitos, o questionário piloto foi aplicado pessoalmente e os sujeitos foram particularmente informando as dificuldades encontradas.

A realização deste estudo piloto indicou a necessidade de algumas alterações, tais como: endereço do HRAC na própria carta, caso o sujeito não percebesse o envelope enviado, maior clareza nos enunciados e afirmações, lembrete para não esquecer de responder, ênfase em algumas afirmações (“sem audição” ou “com o implante”) e diminuição do número de afirmações, tendo-se chegado à forma final do questionário utilizado neste estudo (Anexo 5).

4.2 Método

4.2.1.Procedimento para a coleta de dados

Foram enviados 46 questionários para todos os pacientes usuários do implante coclear, para responderem sem a presença do pesquisador. Foi anexado uma carta introdutória anterior ao questionário, informando sobre o estudo e razões do mesmo. Juntamente foi enviado o envelope previamente endereçado e selado para facilitar o envio da resposta.

Participaram do estudo 44 sujeitos que enviaram a resposta até a data limite estipulada para o retorno do questionário.

4.2.2. Procedimento para a análise dos dados

Após o recebimento dos questionários e a organização dos dados, os mesmos foram analisados, procedendo-se a contagem dos pontos de cada afirmação, a somatória da Parte I e da Parte II e, posteriormente, a diferença entre Parte I e Parte II, para os resultados gerais obtidos no questionário referente ao estudo da dimensão afetiva no pré e pós uso do implante coclear.

Para a análise dos resultados em relação aos sentimentos, procedeu-se da seguinte maneira: obteve-se a soma dos pontos das

afirmações referentes aos sentimentos ego-distônicos no pré e pós uso do implante coclear e a diferença entre elas.

Procedeu-se desta mesma maneira, com relação aos sentimentos ego-sintônicos, sentimentos em relação ao próximo e sentimentos de temporalidade.

Em relação aos estados de ânimo, obteve-se a soma dos pontos das afirmações dos sujeitos no pré e pós uso do implante coclear e a diferença entre elas.

As respostas foram analisadas utilizando a Prova Estatística de Wilcoxon para duas amostras relacionadas (Siegel, 1975).

De acordo com Siegel, a prova é extremamente útil para a verificação da significância estatística em estudos no campo das ciências humanas, especialmente em relação às emoções humanas.

Os dados foram comparados entre a Parte I (pré I.C.) e Parte II (pós I.C.) e analisados, visando-se atingir os objetivos propostos, conforme os resultados apresentados a seguir.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS.

Os resultados obtidos neste estudo foram organizados da seguinte forma para apresentação:

Resultados Gerais da dimensão afetiva (sentimentos e estados de ânimo), referentes aos dados obtidos antes e após o uso do I.C.; e **resultados referentes aos sentimentos egóicos** (ego - distônico e ego - sintônico), sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo, no pré e pós o uso do I.C.

5.1 Resultados Gerais: dimensão afetiva (sentimentos e estados de ânimo) no pré e pós uso do implante colear.

Estes resultados referem-se aos dados coletados mediante a aplicação do Questionário que procurou investigar a dimensão afetiva dos sujeitos antes e após o uso do I.C.

A Tabela 4 apresenta o estudo estatístico referente ao Questionário respondido em relação à dimensão afetiva no pré e pós uso do I.C.

A primeira coluna refere-se à identificação dos sujeitos e a segunda (Pré) refere-se à soma dos pontos das afirmações da Parte I do Questionário, que representam a vivência com a surdez.

A terceira coluna (Pós) refere-se à soma dos pontos das afirmações da ParteII do questionário, que representam a vivência com o uso do I.C.

A quarta coluna (Pré-Pós) refere-se à diferença da pontuação entre pré e pós o uso do I.C.

A quinta coluna (Posto) refere-se à classificação das diferenças obtidas independente do sinal, onde a menor diferença é identificada com o menor “Posto” (diferença 06 é o Posto 1) e a maior diferença é o maior “Posto” (diferença 76 é o Posto 44).

A sexta coluna (Posto com sinal menos freqüente) refere-se às diferenças que apresentaram valores negativos entre Pré e Pós uso do I.C.

TABELA 4 – Resultados gerais obtidos no questionário referentes ao estudo da dimensão afetiva (sentimentos e estados de ânimo) no pré e pós o uso do I.C.

Sujeito	Pré	Pós	Pré – Pós	Posto	Posto com sinal menos freqüente
01M	53	10	43	31	
02M	59	35	24	10	
03M	59	21	38	27,5	
04M	54	25	29	15,5	
05M	47	09	38	27,5	
06M	52	26	26	11,5	
07M	28	15	13	3	
08M	73	19	54	35	
09M	78	06	72	43	
10M	56	27	29	15,5	
11M	71	29	42	30	
12M	63	42	21	9	
13M	44	25	19	8	
14M	70	13	57	36,5	
15M	76	12	64	41	
16M	69	06	63	40	
17M	60	27	33	23	
18M	61	16	45	32	
19M	76	42	34	25	
20M	84	08	76	44	
21M	68	16	52	34	
22M	58	27	31	19	
23M	19	13	06	1	
24M	30	04	26	11,5	
25M	79	13	66	42	
26M	52	35	17	7	
27M	62	35	27	13	
28F	54	20	34	25	
29F	24	13	11	2	
30F	53	19	34	25	
31F	43	13	30	17	
32F	57	08	49	33	
33F	34	02	32	21,5	
34F	68	11	57	36,5	
35F	49	18	31	19	
36F	45	13	32	21,5	
37F	41	13	28	14	
38F	57	42	15	5	
39F	44	13	31	19	
40F	71	12	59	38	
41F	52	38	14	4	
42F	69	08	61	39	
43F	52	11	41	29	
44F	35	19	16	6	
					T = 0

M = identificação dos sujeitos masculinos F = identificação dos sujeitos femininos
α = 1% = nível de significância adotado T = soma dos postos com sinal menos freqüente

Para a análise estatística dos resultados da Dimensão Afetiva pré e pós o uso do I.C., foi utilizada a prova não paramétrica de Wilcoxon citado por Siegel (1975),que mostrou haver diferença estatisticamente significativa entre pré e pós o uso do I.C.

Os resultados obtidos para os 44 sujeitos apresentados na Tabela 4 foram:

Média = μT = 495

Desvio Padrão = σT = 85,69

Valor Padronizado = Ze = -5,78

O valor padronizado (Ze = -5,78)leva à rejeição da H_0 em favor da H_1, onde H_0 é a hipótese de “não alteração da Dimensão Afetiva” e H_1 é a hipótese alternativa.

5.2 Resultados obtidos quanto aos sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sintônico), sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo no pré e pós o uso do implante coclear.

Os resultados referem-se aos dados coletados mediante a aplicação do questionário que procurou investigar a ocorrência de alterações na dimensão afetiva quanto aos sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sintônico), sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo no pré e pós I.C.

A Tabela 5 apresenta o estudo estatístico realizado para os sentimentos ego-distônico (questões: 1, 2, 4, 13, 15, 19 e 22) e ego-sintônico (questões: 3, 6, 8, 9, 10 e 16), sentimentos em relação ao próximo (questões: 12, 14 e 20), sentimentos de temporalidade (questões: 5 e 8) e estados de ânimo (questões: 6, 7, 11, 13, 16, 17 e 19) no pré e pós o uso do I.C.

Os sujeitos que participaram do estudo, estão identificados na primeira coluna da Tabela 5. Os resultados Pré e Pós o uso do I.C., estão caracterizados nas colunas Pré e Pós para cada um dos sentimentos e estados de ânimo, sendo a coluna “D” a diferença entre Pré e Pós.

A coluna que identifica os “postos” para cada uma das diferenças foi omitida apresentando-se apenas a coluna com o “posto” de sinal menos freqüente. A análise estatística - Prova de Wilcoxon - foi aplicada para os sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sintônico), sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo.

TABELA 5 – Resultados obtidos no questionário referente ao estudo da dimensão afetiva no pré e pós uso do I.C., quanto aos sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sintônico) sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo

	Sentimentos																Estados de ânimo			
	Sentimentos Egóicos																			
	E. Dist			posto	E. Sint.			posto	Sent. Próx.			posto	Sent. Temp.			posto				posto
Sujeito	Pré	Pós	D		Pré	Pós	D		Pré	Pós	D		Pré	Pós	D		Pré	Pós	D	
01M	19	4	15		14	0	14		8	1	7		4	4	0		23	1	22	
02M	24	13	11		15	5	10		7	6	1		3	5	-2	15	18	9	9	
03M	23	8	15		13	4	9		9	3	6		6	3	3		17	6	11	
04M	18	8	10		15	7	8		8	4	4		8	4	4		14	6	8	
05M	16	3	13		12	1	11		7	0	7		7	4	3		11	2	9	
06M	17	9	8		12	3	9		9	4	5		7	6	1		14	7	7	
07M	6	4	2		14	6	8		2	1	1		3	2	1		11	6	5	
08M	20	5	15		24	6	18		11	2	9		8	2	6		21	6	15	
09M	26	0	26		22	1	21		11	1	10		8	4	4		22	1	21	
10M	20	11	9		15	4	11		10	5	5		5	4	1		16	6	10	
11M	24	13	11		22	5	17		7	5	2		8	4	4		21	7	14	
12M	26	16	10		14	8	6		10	9	1		4	5	-1	8	18	8	10	
13M	15	7	8		8	7	1		7	4	3		8	5	3		10	6	4	
14M	27	7	20		17	0	17		12	0	12		8	4	4		16	4	12	
15M	27	3	24		23	3	20		7	1	6		8	4	4		23	2	22	
16M	23	0	23		23	0	23		8	1	7		5	4	1		21	1	20	
17M	19	13	6		15	3	12		7	7	0		8	2	6		17	3	14	
18M	24	4	20		12	2	10		9	2	7		8	4	4		15	4	11	
19M	24	14	10		24	11	13		10	6	4		8	2	6		22	16	6	
20M	28	1	27		24	0	24		12	2	10		8	4	4		24	1	23	
21M	24	8	16		24	0	24		6	4	2		6	2	4		20	2	18	
22M	21	6	15		13	7	6		9	6	3		7	5	2		15	5	10	
23M	4	6	-2	1,5	6	1	5		5	2	3		0	1	-1	8	6	4	2	
24M	9	0	9		10	1	9		4	1	3		3	1	4		10	1	9	
25M	26	4	22		24	1	23		9	4	5		8	2	6		24	2	22	
26M	21	10	11		14	9	5		6	3	3		5	7	-2	15	13	10	3	
27M	22	15	7		18	7	11		8	5	3		6	5	1		16	6	10	
28F	22	5	17		17	1	16		7	0	7		4	4	0		14	2	12	
29F	5	2	3		6	2	4		6	5	1		4	2	2		4	3	1	
30F	18	14	4		2	3	17		0	0	0		4	0	4		23	5	18	
31F	17	2	15		10	0	10		10	5	5		4	4	0		13	2	11	
32F	20	2	18		17	2	15		7	2	5		5	2	3		17	0	17	
33F	10	0	10		11	0	11		5	1	4		3	1	2		11	0	11	
34F	24	3	11		19	3	16		9	2	7		6	1	5		19	3	16	
35F	19	8	11		10	4	6		10	4	6		6	1	5		8	4	4	
36F	17	6	11		14	3	11		4	1	3		4	1	3		16	4	12	
37F	19	6	13		11	1	10		8	2	6		4	2	2		9	2	7	
38F	20	14	6		15	10	5		8	8	0		6	6	0		17	9	8	
39F	18	5	13		9	4	5		6	3	3		6	0	6		7	2	5	
40F	23	1	22		22	4	18		10	2	8		8	4	4		19	2	17	
41F	17	12	5		14	10	4		7	7	0		7	5	2		14	9	5	
42F	22	2	20		20	2	18		11	1	10		7	2	5		20	2	18	
43F	17	4	13		15	1	14		6	2	4		6	1	5		15	5	10	
44F	10	6	4		9	4	5		5	4	1		6	3	3		12	4	8	
			T=	1,5			T=	0			T=	0			T=	46			T=	0

D = diferença entre pré e pós T = soma dos postos com sinal menos freqüente

Os resultados quanto aos sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sintônico), sentimentos em relação ao próximo, sentimentos de temporalidade e estados de ânimo, antes e após o uso do I.C. indicam que:

Quanto aos sentimentos egóicos (ego-distônico e ego-sistônico), os resultados mostraram que houve uma diferença estatisticamente significativa entre o pré e pós uso do I.C.

Os resultados obtidos para os sentimentos ego-distônicos foram:
Média = μT = 495
Desvio Padrão = σT = 85,69
Valor Padronizado = Ze = -5,76

O valor padronizado (Ze = -5,76)leva à rejeição da H_0 em favor da H_1, onde H_0 é a hipótese de não alteração dos sentimentos ego-distônicos e H_1 é a hipótese alternativa.

Os resultados obtidos para os sentimentos ego-sintônicos foram:
Média = μT = 495
Desvio Padrão = σT = 85,69
Valor Padronizado = Ze = -5,78

O valor padronizado (Ze = -5,78)também leva à rejeição da H_0 em favor da H_1, onde H_0 é a hipótese de não alteração dos sentimentos ego-sintônicos e H_1 é a hipótese alternativa.

Quanto aos sentimentos em relação ao próximo, os resultados mostraram que houve uma diferença estatisticamente significativa entre o pré e pós o uso do implante coclear.

Os resultados obtidos foram:

Média = μT = 495

Desvio Padrão = σT = 85,69

Valor Padronizado = Ze = -5,78

O valor padronizado (Ze = -5,78) leva à rejeição da H_0 em favor da H_1, onde H_0 é a hipótese de não alteração dos sentimentos em relação ao próximo e H_1 é a hipótese alternativa.

Com relação aos sentimentos de temporalidade, os resultados também mostraram uma diferença estatisticamente significativa entre o pré e pós uso do I.C.

Os resultados obtidos foram:

Média = μT = 495

Desvio Padrão = σT = 85,69

Valor Padronizado = Ze = -5,24

O valor padronizado (Ze = -5,24)leva a rejeição da H_0 em favor da H_1, onde H_0 é a hipótese de não alteração dos sentimentos de temporalidade e H_1 é a hipótese alternativa.

Quanto aos estados de ânimo, os resultados indicam que houve uma diferença estatisticamente significativa entre o pré e pós o uso do I.C.

Os resultados obtidos foram:

Média = μT = 495

Desvio Padrão = σT = 85,69

Valor Padronizado = Ze = -5,78

O valor padronizado (Ze = -5,78)leva à rejeição da H_0 em favor da H_1, onde H_0 é a hipótese de não alteração dos sentimentos em relação ao próximo e H_1 é a hipótese alternativa.

6 DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A afetividade ou dimensão afetiva tal como foi delineada por Romero (1998) é a capacidade do homem ser afetado na sua relação com o mundo. E no processo de ser afetado e afetar o mundo, é que o homem atribui significados, definindo como vivência, como constrói seus relacionamentos e como orienta sua vida. Com base neste referencial, verificou-se mudanças na dimensão afetiva, no que se refere aos sentimentos e estados de ânimo dos sujeitos em relação à vivência com a surdez, isto é, anterior ao uso do I.C., e vivência após o uso do implante.

A surdez adquirida traz um impacto avassalador, desestabilizando a vida das pessoas. Altera toda uma realidade construída até então, modificando as relações e posturas frente ao mundo.

Em um outro momento de suas vidas, estas pessoas passaram a ouvir através do I.C. e vivenciaram mudanças fundamentais. Passaram a sentir a vida, perceber o mundo e , principalmente, relacionar-se consigo mesmas e com o outro com mais satisfação.

Estes dois momentos foram observados nos resultados gerais obtidos neste estudo, que revelaram haver diferença estatisticamente significativa entre o pré e pós o uso do I.C. (Tabela 4) indicando que os sujeitos apresentaram alterações positivas quanto à dimensão afetiva após

o uso do I.C., ou seja, melhoras quanto aos sentimentos e estados de ânimo.

A investigação quanto aos sentimentos egóicos mostraram melhoras estatisticamente significativas após o uso do I.C., o que pode ser observado na Tabela 5.

Os resultados referentes ao momento pré I.C. deste estudo indicaram que os sentimentos egóicos estavam direcionados para os sentimentos ego - distônicos, que se orientam para a auto-desvalorização e sofrimento, tais como: inferioridade, solidão, tristeza, angústia, depressão, desânimo, insatisfação, desvalor de si mesmo, rejeição, vazio e isolamento. Os resultados obtidos foram semelhantes aos da literatura especializada consultada que indicaram a predominância destes sentimentos em pessoas que perderam a audição (Thomas e Herbst 1980, Crary et al 1982, Martin et al 1989, Reiter 1990, Mckenna 1995, Knutson e Lansing 1990, Hetú et al 1990, Lormore e Stephens 1994, Kerr e Cowie 1997, Halberg e Carlsson 1991, Rutman e Boissseu 1995 e Yamada 1999).

O sentimento de frustração encontrado neste estudo, também foi verificado na prática clínica quando os pacientes relataram suas tentativas de entender o que o outro fala e não conseguem, o que os faz sentirem inferiores aos outros, em virtude de sua deficiência.

A deficiência os faz sentir “menos” que os outros, desvalorizando-os em seu ser. Inseguros tendem a se fechar para os seus semelhantes.

Os sentimentos de solidão verificados nos sujeitos deste estudo são compreensíveis, considerando-se que os sujeitos quando perdem a audição, não partilham mais do mundo do mesmo modo que os ouvintes, não têm ninguém que partilhe da mesma experiência que é o mundo do silêncio.

Isto é concordante com Thomas e Herbest (1980) quando afirmam que a surdez adquirida traz implicações sociais e psicológicas ao adulto, favorecendo a auto imagem depreciada e gerando sentimento de solidão e isolamento.

Em relação ao sentimento de desvalor e desânimo também constatou-se o que foi relatado por Mckenna (1995), segundo o qual a perda auditiva pode levar a pessoa a manter uma visão negativa da vida, perdendo a vontade de desfrutar a vida e a não se sentir útil na sociedade.

A predominância destes sentimentos negativos levam o sujeito a uma vinculação negativa com as pessoas e com a vida de modo geral, atribuindo significações negativas ao vivido, conforme apontado por Romero (1990,1998).

A experiência com a surdez passa a ser fonte de sofrimento, destruindo os referenciais que a pessoa tinha até então e que serviam de orientação para sua vida. Portanto conforme apontado por Kerr e Cowie (1997) constata-se que o impacto da deficiência auditiva não pode ser entendida simplesmente pela medida da sua intensidade e limitações

objetivas que ela impõe. Ela muda todo o rumo da vida da pessoa e todo o seu ser no mundo é alterado.

Por outro lado, as experiências positivas afirmam e ratificam a auto-confiança, o que se pode comprovar nos sujeitos usuários do I.C. deste estudo.

Os resultados no pós I.C. indicaram que os sentimentos egóicos estavam direcionados para os sentimentos ego-sintônicos, que se orientam para a satisfação do eu. Neste momento os sentimentos foram de: felicidade, sentimento do próprio valor, auto-cofiança, auto-aceitação, segurança, contentamento, alegria, codialidade, satisfação e disposição.

Na literatura consultada, existem pesquisas que confirmam os resultados encontrados neste estudo quanto a ocorrência de melhoras na auto-confiança e sentimento de segurança em adultos com surdez adquirida que realizaram o I.C. (Crary et al 1982, Wexler et al 1982, Tyler 1994, Mckenna 1991, Degive e Archinard 1992, Aplin 1993, Kou et al 1994 e Zhao et al 1997).

Os sujeitos deste estudo apresentaram mudanças relevantes em relação a valorização de si mesmo, houve melhoras na sua auto-confiança, o que implica na capacidade de enfrentar dificuldades e superar limitações e barreiras, pois acredita em si e sentem-se seguros (Romero,1990,1994).

Outros estudos também revelaram sentimentos positivos de satisfação e diminuição dos sentimentos negativos após o I.C. (Hass 1990, Yamada 1994, Bevilacqua et al 1994, Maillet et al 1995, Murakami et al

1998, Hogan 1997 e Knutson et al 1998). Desta maneira, os resultados obtidos foram condizentes com a literatura pesquisada, identificando melhoras quanto aos sentimentos egóicos após o uso do I.C.

Estes sentimentos positivos que confirmam a potencialidade e o reconhecimento de si como agente de seu valor, indicam que a pessoa está satisfeita com sua capacidade, seu modo de agir e que apresenta um razoável grau de auto-estima (Romero, 1990,1994). Desta maneira, verifica-se que ouvir através do I.C. devolve a confiança perdida ao sujeito, que passa a acreditar novamente em si sentindo-se mais seguro.

Quanto aos sentimentos em relação ao próximo, os resultados indicaram alterações positivas após o uso do I.C. (Tabela 5), ou seja, os sujeitos passaram a vincular-se positivamente - o movimento foi de aproximação do outro.

No momento pré I.C., isto é, na vivência da surdez, o vínculo em relação ao outro foi de caráter negativo e de distanciamento. Os sentimentos mais freqüentes foram de mágoa e de desconfiança, também condizente com a prática clínica, quando os pacientes relatam com freqüência os sentimentos de mágoa frente a pessoas que não têm paciência de repetir a frase e desconfiança quando vêem as pessoas conversando e olhando para eles. Neste sentido, o contato interpessoal passa a ser incomodativo, modificando o valor deste contato.

Crary et al (1982), Knutson e Lansing (1990) e Mckenna (1995), também confirmaram sobre o aumento do sentimento de desconfiança dos sujeitos que adquiriram a surdez, favorecendo o isolamento social.

Este movimento de distanciamento e afastamento do outro observado nesta pesquisa, é semelhante aos resultados dos estudos de Halberg e Carlsson (1991), Hetú et al (1993) e Rutman e Boisseu (1995), revelando que a deficiência afeta negativamente a interação entre as pessoas com deficiência auditiva e ouvintes. A dificuldade na comunicação pode fazer com que evitem e se afastem do relacionamento com os ouvintes.

Os resultados ainda corroboram as observações comumente encontradas na prática clínica, revelando que a situação de comunicação é penosa e constrangedora tanto para a pessoa com surdez como para o ouvinte. Existem a aflição do ouvinte por não se fazer entender e a angústia da pessoa com surdez de não ser compreendida, favorecendo o distanciamento. Sendo assim, pôde-se perceber que o relacionar-se com as pessoas ouvintes ou com as coisas do mundo, torna-se diferente para os que perderam a audição.

Posteriormente, na vivência com o implante, o vínculo em relação ao outro foi de caráter positivo e de aproximação, e os sentimentos mais freqüentes foram de simpatia e sintonia.

Na literatura consultada, algumas pesquisas confirmam os achados deste estudo, quando relatam a diminuição do sentimento de

isolamento ou movimento de aproximação do outro (Crary et al, 1982, Wexler et al, 1982, Tyler, 1994, Mckenna, 1991, Aplin, 1993, Bevilacqua et al, 1994, Zhao et al, 1997, Maillet et al, 1995 e Hogan, 1997).

Este movimento existencial de aproximação e sintonia com o outro abre um espaço comum e compartilhável da pessoa usuária do I.C. com os ouvintes em geral, mudando o valor do contato interpessoal, que passa a ser gratificante.

De uma vinculação negativa enquanto sujeito com surdez, modifica para uma vinculação positiva enquanto usuário do I.C., isto é, de um movimento de distanciamento do outro, modifica para um movimento de aproximação do outro. Melhorando a comunicação no cotidiano, o sujeito pode participar mais das atividades sociais, ampliando suas possibilidades, aproximando-se do outro, sentindo-se integrado a uma comunidade, o que pôde fazê-lo sentir que não é um indivíduo isolado.

Na Tabela 5 cada sujeito pareceu ser afetado de modo particular. A pontuação mostrou-se diferente mas, de modo geral, na vivência com o I.C. ocorreu um movimento de aproximação do contato interpessoal.

Com relação aos sentimentos de temporalidade, os resultados indicaram alterações positivas após o uso do I.C., isto é, melhoras quanto à experiência de vivenciar a temporalidade. O modo de sentir o tempo no pré e pós o uso do I.C. revelou diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5).

No pré I.C., os sujeitos apresentaram maior preocupação com o futuro, e o sentimento de espera foi angustiante. Significa que para eles o futuro já não é mais o lugar das realizações, se tornara desconhecido e sem perspectivas. O futuro apareceu como fracasso dos valores a que aspiravam.

O sentimento de espera foi pessimista e a vivência do tempo foi longa para eles. Tal vivência também é observada na prática clínica, o que torna compreensível o seu desinteresse pelo futuro, a tendência de refugiar-se no passado, a renúncia de seus projetos e, às vezes, a desesperação levando à negação da própria vida.

Embora na literatura consultada, as pesquisas não utilizem a expressão “sentimento de temporalidade”, pela análise aqui realizada, verifica-se uma semelhança entre estes significados. A pessoa com surdez adquirida mantém uma visão negativa do mundo; acredita que falar com o outro levaria ao ridículo, ocorrendo um rompimento no ritmo de vida e o cancelamento dos projetos, os quais ficam adiados ou alteram-se, produzindo o sentimento de preocupação com o futuro e uma vivência de tempo angustiante e ameaçadora.

Em contrapartida, no pós I.C., a vivência do tempo foi mais otimista. No geral, observou-se uma diminuição em relação à preocupação com o futuro (Tabela 5). Após o I.C. o futuro passou a ter mais possibilidades; tornando-se um campo possível de realizações.

Tais resultados são concordantes com a prática clínica, em que os pacientes retomam o interesse pelos projetos deixados e motivam-se pelas perspectivas futuras. Existe uma preocupação com o I.C., com sua manutenção, limitação e a condição de ser um usuário, no entanto, os benefícios parecem superar as limitações (Crary et al 1982, Wexler et al 1982, Hass 1990, Tyler e Kelsay 1990, Mckenna 1991, Knutson et al 1991a,1991b, Cooper 1991, Degive Archinard 1992, Aplin 1993, Tyler 1994, Kou et al 1994, Bevilacqua et al 1994, Yamada 1994, Harris et al 1995, Mailet et al 1995, Ito et al 1995, Hogan 1997, Zhao et al 1997, Knutson et al 1998, Murakami et al 1998).

Verificou-se neste estudo que os sentimentos em relação ao futuro após o I.C. passaram a ter uma disposição mais positiva e tranqüila do que no pré I.C.

Quanto aos estados de ânimo dos sujeitos analisados no pré e pós I.C., os resultados evidenciaram melhoras estatisticamente significativas após o uso do I.C. (Tabela 5).

No pré I.C. o clima vivencial dominante dos sujeitos deste estudo foi de tensão e depressão. Isto significa que os sujeitos encontravam-se nesse clima subjetivo, fazendo com que a realidade fosse sentida e vista por esta ótica, manifestando o modo de ser e estar na vida naquele momento.

Quando os pacientes relatam na prática clínica que "*a vida perdeu o colorido"* ou que *"o mundo do surdo é negro e pesado"*, revelam que perderam o colorido interior e vivenciam sua íntima escuridão. A sua

existência lhes é pesada e a manifestam na sua expressão corporal com movimentos lentos, cabisbaixos, encurvados, em direção oposta àquilo que leva o sujeito a elevar-se. O seu humor triste e melancólico os faz desinteressarem-se pelas coisas. Percebe-se assim, a manifestação dos estados de ânimo interferindo na postura corporal e na motivação, afetando outras dimensões da existência (Romero, 1998).

No pólo do abatimento, os estados de ânimo manifestam-se numa escala progressiva de desânimo, tristeza e depressão que são as vivências predominantes daqueles que adquiriram a surdez (Romero 1991, 1998).

Na literatura consultada quanto à surdez adquirida verificou-se que alguns autores não se referiram aos estados de ânimo ou humor, Crary et al (1982), Reiter (1990), Hetú et al (1990), Halberg e Carlosson (1991), Lormore e Stephens (1994), Kerr e Stephens (1997); em contraposição àqueles que contextualizaram os estados de ânimo nas pessoas que adquiriram a surdez (Thomas e Herbest 1980, Martin et al 1989, Knutson e Lasing 1990, Mckenna 1995, Rutman e Boisseu 1995, Kerr e Cowie 1997 e Yamada et al 1999b).

Conforme o estudo realizado por Mckenna (1995), foi verificado humor deprimido e ansioso nas pessoas que adquiriram a surdez, corroborando os resultados deste estudo.

No estudo de Ramsdell (1960), encontrou-se a referência da importância do som como fundo auditivo, e que estes preservam o sentimento de que a pessoa faz parte do mundo e de que está viva. A

pessoa com surdez não tem ciência de que perdeu estes sons e sente-se como se o mundo estivesse morto. Deste modo, essas implicações já interferem por si mesmas nos estados de ânimo do sujeito, favorecendo a sua não sintonia com o mundo circundante.

Condizente com esse pensamento, alguns pacientes que perderam a audição relatam a sensação de *"como se o mundo estivesse morto"* durante os atendimentos realizados no Centro de Pesquisas Audiológicas.

Neste pólo ocorre uma diminuição do ritmo das atividades e um retraimento do contato interpessoal. A vida perde seu brilho, e o seu sentido torna-se duvidoso ou negativo, com predomínio de sentimentos negativos. Pode acentuar o isolamento e aparecer a vontade de morrer (Romero, 1994).

Os resultados encontrados permitiram verificar o outro pólo dos estados de ânimo dos sujeitos no pré I.C., o pólo da tensão, que implica num grau crescente da preocupação, da ansiedade até o extremo da tensão e do sentimento de ameaça, que é segundo Romero (1991, 1998) a angústia, o que também é observada na prática clínica.

O sujeito precisa estar atento olhando para a pessoa com quem pretende dialogar, sem desviar o olhar, para realizar a leitura oro facial e entender o que o outro fala. Sendo assim, sua experiência corporal, enquanto pessoa com surdez passa a adquirir uma certa rigidez, fica tenso e precisa estar atento a todo momento com o que acontece à sua volta,

perdendo a soltura e leveza, que traduz o movimento da existência do sujeito.

O sujeito ainda pode sentir-se inseguro e ameaçado por não ouvir os sons ambientais enquanto caminha na rua, como também, ansioso perante as ameaças imaginárias, que são vividas com insegurança e com sentimento de impotência, tensionando-o em diversos graus.

Este estado de ânimo persistente e contínuo adquire as feições da angústia, entendida como ansiedade generalizada (Romero, 1991).

Em síntese, verifica-se que os estados de ânimo na vivência da surdez foi predominantemente no pólo da tensão e do abatimento, revelando o clima vivencial dominante nesta vivência e a disposição geral de não sintonia com o mundo.

Após o uso do I.C. constatou-se uma transformação em relação aos estados de ânimo, conforme os resultados obtidos, indicando que ocorreram alterações positivas, o clima vivencial dominante passou a ser de mais tranqüilidade, serenidade e contentamento, concordantemente com Wexler et al (1982), Tyler e Kelsay (1990), Tyler (1994), Mckenna (1991), Degive e Archinard (1992), Aplin (1993), Kou et al (1994), Bevilacqua et al (1994),Yamada (1994), Zhao et al (1997), Harris et al (1995) Ito et al (1995) e Murakami et al (1998), que relataram resultados semelhantes e indicaram o sentimento de bem estar, satisfação consigo mesmo e disposição para o relacionamento interpessoal.

Na prática dos atendimentos clínicos, os pacientes que fazem o uso do I.C., também confirmam a mudança em relação aos estados de ânimo como se observa nos seguintes relatos: *"...estava na escuridão e o sol apareceu..."* e *"...já tenho mais confiança em mim..."* ou quando dizem *"meus sentimentos reflorescerem"*, *"voltei a ter vida"*, mostrando o quanto e como a surdez os estava afetando, e o significado que era atribuído a esta condição: a vivência da não vida, do luto. O significado da mudança após o I.C. foi o renascer dos sentimentos de vida, ou seja, da própria vida.

Passar a ouvir através do I.C. tem um significado especial. Possibilita ao sujeito entrar no mundo sonoro, ampliar sua comunicação com o outro, diminuir seu sofrimento e angústia provocada pela surdez, mudar sua visão de mundo e ter uma atitude construtiva em relação a vida (Yamada, 1994).

Os estados de ânimo na vivência com o I.C. foi predominantemente no pólo da tranqüilidade e exaltação, revelando o clima vivencial dominante nesta vivência e a disposição geral de bem estar e sintonia com o mundo.

Ainda considerando os resultados que revelaram como os sujeitos foram afetados na vivência da surdez e com o uso do I.C. e as mudanças positivas dos sentimentos e estados de ânimo dos participantes deste estudo após o I.C., é importante ressaltar a influência da dimensão afetiva nas outras sete dimensões da existência (dimensão social e interpessoal, corporal, da práxis, motivacional, valorativa, temporal e

espacial). Partindo-se do pressuposto de que todas elas se entrecruzam, influenciando-se mutuamente e com predominância variável entre si (Romero,1998); pode-se indicar uma modificação geral em todo o ser da pessoa.

A partir destes resultados, constatou-se que o referencial teórico ofereceu subsídios para a compreensão da afetividade numa visão mais ampla das dimensões do existir humano, como também a eficácia do instrumento de investigação, considerando-se que os objetivos deste estudo foram alcançados. Ressalta-se a importância da participação dos pacientes tanto no estudo piloto para o estudo do instrumento, proposto quanto na sua participação efetiva nesta pesquisa, verificada pelo do pequeno índice de não devolução do questionário.

Acredita-se que os fatores que influenciaram o resultado obtido quanto a alteração na dimensão afetiva dos adultos com surdez adquirida que realizaram o I.C., neste estudo devem-se aos benefícios proporcionados pelo I.C. No entanto, não se pode negar a participação do próprio paciente, suas expectativas e possibilidades físicas, emocionais e sociais, o trabalho em equipe interdisciplinar, a visão do paciente na sua totalidade e fundamentalmente a filosofia que permeia o hospital “Centrinho” a qual enfoca o ser humano, influenciando no significado positivo que os pacientes atribuem ao processo de ouvir.

Os resultados e reflexões aqui apresentados são frutos de estudos e pesquisas de alguém que se tem defrontado com a difícil tarefa

de tentar ajudar as pessoas que perderam a audição a buscarem alternativas para retomarem parte do que foi perdido com a surdez.

7 CONCLUSÕES

7. ***CONCLUSÕES***

Este estudo permitiu concluir que:

A surdez e o I.C. provocaram mudanças na vinculação do sujeito com o mundo, constituindo climas afetivos que orientaram a sua existência.

Na vivência da surdez houve um predomínio dos sentimentos negativos em relação a si mesmo e ao outro; uma tendência ao negativismo e maior preocupação em relação ao futuro, caracterizando o predomínio de um clima afetivo de tensão e depressão, levando o sujeito a uma vinculação negativa, de assintonia com o mundo.

Por outro lado, na vivência com o I.C. houve um predomínio dos sentimentos positivos em relação a si mesmo e ao outro; uma tendência otimista e menor preocupação em relação ao futuro, caracterizando o predomínio de um clima afetivo de tranqüilidade e contentamento, levando o sujeito a uma vinculação positiva, de sintonia com o mundo, indicando a ocorrência de alterações estatisticamente significativas na dimensão afetiva antes e após o uso do I.C.

Estes dois momentos conseqüentemente interferem em todas as outras dimensões do existir, de alguma maneira, afetando a pessoa em sua totalidade e configurando sua relação com o mundo. Neste sentido, pela extensão e complexidade que envolvem o estudo de todas as outras

dimensões, sugere-se para um estudo posterior a investigação das demais dimensões do existir humano.

Foi verificado mudanças fundamentais dos sujeitos deste estudo nas relações com o mundo, antes e após o uso do I.C., resgatando o seu “ser ouvinte” e ampliando sua percepção do mundo após o uso do I.C.

A abordagem teórica utilizada para a compreensão da dimensão afetiva, e o instrumento de investigação mostraram-se eficientes e proporcionaram atingir os objetivos.

No que se refere à possível contribuição deste estudo, pode-se apontar para uma necessidade de que as políticas de saúde ampliem o acesso ao mundo sonoro, não só daqueles que adquiriram a surdez, como também de todas as pessoas com deficiência auditiva que de alguma forma teriam benefícios com o I.C.

Outro ponto significativo, diz respeito à possível contribuição deste trabalho para os profissionais que atuam na área dos distúrbios da comunicação, especialmente na área da deficiência auditiva. É o ponto que revela a compreensão da afetividade daqueles que nos procuram, pois ela constitui o sentido profundo da vida humana.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aplin DY. Psychological assessment of multi-channel cochlear implant patients. *J Laryngol Otol* 1993; 107:298-304.

Aplin DY. Psychological evaluation of adults in a cochlear implant program. *Am Ann Deaf* 1993; 138: 415-9.

Arnold W, Eysenk HJ, Meili R. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Loyola; 1994.

Bevilacqua MC, Costa OA, Yamada MO. A cochlear implant programme in developing contries. In: A symposium on hearing aids, cochlear implants and other prosthetic devices. *Book of abstracts of International Cochlear Implant, Speech on Hearing Symposium*; 1994 24-28 Oct; Melbourne, Australian. Melbourne: The Australian Bionic Ear and Hearing Research Institute; 1994 p.27.

Cooper H, editor. *Cochlear implants*: a practical guide. London: Whurr; 1991. (Practical aspects of audiology)

Costa OA, Bevilacqua MC, Moreti ALM. Critérios de seleção de crianças candidatas ao implante coclear do Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais USP. *Rev Bras Otorrinolaringol* 1996; 62:306-13.

Crary WG, Wexler M, Berliner KI, Miller LW. Psychometric studies and clinical interviews with cochlear implant patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* Supl 1982; 91(2Pt3):55-8.

Degive C, Archinard M. Psychological adaptations and emotional observations of eight multichannel cochlear implant patients. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1992; 54:317-9.

Doron R, Parot F. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Ática; 1998.

Hallberg LR, Carlsson SG. A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment. *Br J Audiol* 1991; 25:201-11.

Harris JP, Anderson JP, Novak R. An outcomes study of cochlear implants in deaf patients: audiologic, economic and quality-of-life changes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121:398-404.

Haass LJ. Psychological safety of a multiple channel cochlear implant device: psychological aspects of a clinical trial. *Int J Techonol Assess Health Care* 1990; 6(3):421-9.

Hetu R, Jones L, Getty L. The impact of acquired hearing impairment on intimate relationships: implications for rehabilitation. *Audiology* 1993; 32:363-81.

Hetu R, Riverin L, Getty L, Lalande NM, St-Cyr C. The reluctance to acknowledge hearing difficulties among hearing impaired workers. *Br J Audiol* 1990; 24:265-76.

Hogan A. Implant outcomes: towards a mixed methodology for evaluating the efficacy of adult cochlear implant programmes. *Disabil Rehabil* 1997; 19:235-43.

Ito J, Takagi A, Kawano M, Honjo I. Studies of currently used and experimental cochlear implants. *Acta Otolaryngol* 1995; 115:493-6.

Izard CE, editor *Human emotions*. New York: Plenum; 1997.

Kerr PC, Cowie RID. Acquired deafness: a multi-dimensional experience. *Br J Audiol* 1997; 31:177-88.

Kerr PC, Stephens D. The use of an open-ended questionnaire to identify positive aspects of acquired hearing loss. *Audiology* 1997; 36:19-28.

Knutson JF, Hinrichs JV, Tyler RS, Gantz BJ, Schartz HA, Woodworth G. Psychological predictors of audiological outcomes of multichannel cochlear implants: preliminary findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991a; 100:817-22.

Knutson JF, Lansing CR. The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *J Speech Hear Disord* 1990; 55:656-64.

Knutson JF, Murray KT, Husarek S, Westerhouse K, Woodworth G, Gantz BJ et al. Psychological change over 54 months of cochlear implant use. *Ear Hear* 1998; 19:191-201.

Knutson JF, Schartz HA, Gantz BJ, Tyler RS, Hinrichs JV, Woodworth G. Psychological change following 18 months of cochlear implant use. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991b; 100:877-82.

Kou BS, Shipp DB, Nedzelski JM. Subjective benefits reported by adult nucleus 22 channel cochlear implant users**.** *J Otolaryngol* 1994; 23:8-14.

Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1987.

Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário da psicanálise*. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1983.

Lersh P. *La estructura de la personalidad*. 8a ed. Barcelona: Scientia; 1971.

Lormore KA, Stephens SD. Use of the open-ended questionnaire with patients and their significant others. *Br J Audiol* 1994; 28:81-9.

Maillet CJ, Tyler RS, Jordan HN. Change in the quality of life of adult cochlear implant patients. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol Suppl* 1995; 165:31-48.

Martin FN, Krall I, O'Neal J. The diagnosis of acquired hearing loss: patient reactions. *ASHA* 1989; 31:47-50.

McKenna L. Alguns aspectos psicológicos da surdez. In: Ballantyne J, Martin MC, Martin A. *Surdez*. 5a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.227-32.

Mckenna L. The assessment of psychological variables in cochler implants In: Cooper H, editor. *Cochlear implants:* a practical guide. London: Whurr; 1991. (Practical aspects of audiology). p.125-45.

Murakami GAO, Neme CMB, Yamada MO. Expectativas prévias ao implante coclear e avaliação pessoal pós implante em adolescentes. In: Anais do 2º Encontro Científico da Pós-Graduação do HARC-USP; 1998 4-6 dez; Bauru, Brasil Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 1998. p.57.

Owens E, Raggio M. Perfomance inventory for profound and severe loss (PIPSL). *J Speech Hear Disord* 1988; 53:42-56.

Ramsdell DA. The psychology of the hard of hearing and deafned. In: Daves H, Silverman SR. *Hearing and deafness*. 3th ed. New York: Holt, Rinehart, Winston; 1960. p. 435-46.

Reiter RS. Psychology of the hearing impaired and hearing aid use: the art of displising. In: Sandlin R. *Handbook of hearing aid amplification*. Boston: College Hill; 1990. v.2, p.1-30.

Rolland JS. Doença crônica e o ciclo da vida familiar. In: Carter B, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. 2a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.373-91.

Romero E. As dimensões da existência como fundamento para um abordagem compreensiva e fenomenológica em psicologia**.** In: Castro DSP, Ázar FP, Piccino JD, Josgrilberg RS. *Fenomenologia e análise do existir*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2000. p.165-78.

Romero E. *As dimensões da vida humana:* existência e experiência**.** São José dos Campos: Novos Horizontes; 1998.

Romero E. *Critérios para uma patologia dos sentimentos***.** São Paulo: SOBRAPHE; 1990.

Romero E. *Estações e climas afetivos*: os estudos de ânimo**.** São Paulo: SOBRAPHE; 1991.

Romero E. *O inquilino do imaginário:* formas de alienação e psicopatoligia**.** São Paulo: Lenus; 1994.

Romero E. *Neogênse:* o desenvolvimento pessoal mediante a psicoterapia**.** São José dos Campos: Novos Horizontes; 1999.

Rutman D, Boisseau B. Acquired hearing loss: social and psychological issues and adjustment processes. *Int J Rehab Res* 1995; 18:313-23.

Siegel S. *Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: Mc Graw Hill do Brasil; 1975.

Spielberger CD, Gorsuch RL. Lushene RE. *Inventário de ansiedade traço-estado-idade.* Rio de Janeiro: Cepa; 1979.

Thomas A, Herbst KG. Social and psychological implications of acquired deafness for adults of employment age. *Br J Audiol* 1980; 14:76-85.

Tyler RS. Advantages and disadvantages expected and reported by cochlear implant patients. *Am J Otol* 1994; 15:523-31.

Tyler RS, Kelsay D. Advantages and disadvantages reported by some of the better cochlear-implant patients. *Am J Otol* 1990; 11:282-9.

Wexler M, Miller LW, Berliner KI, Cray WG. Psychological effects of cochlear implant: patient and “index relative” perceptions. *Ann Otol Rhinol Laryngol* Suppl 1982; 91(2Pt3):59-61.

Yamada MO. Aspectos psicológicos do paciente implantado: relato de caso. In: *Sinopse do 9º Encontro Internacional de Audiologia*; 26-29 maio; Bauru, Brasil. Bauru: Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, Universidade de São Paulo; 1994. p.44.

Yamada MO, Bevilacqua MC. O significado vivencial da surdez adquirida. In: *Encontro de fenomenologia e análise do existir*; 2000 8-10 jun; São Bernardo do Campo, Brasil. São Bernardo do Campo: SOBRAPHE; 2000. [poster]

Yamada MO, Bevilacqua MC, Costa OA. A intervenção do psicólogo no pré e pós-operatório do programa de implante coclear. *Pediatr Mod* 1999a; 35:92-6.

Yamada MO, Mitsuna GY, Bevilacqua MC. Levantamento da situação profissional e sentimentos manifestos dos pacientes adultos com deficiência auditiva adquirida. In: *Anais do Seminário Educação, Trabalho e Surdez*; 1999b, 1-3 set; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Educação de Surdos; 1999. p.75-6.

Zhao F, Stephens SD, Sim SW, Meredith R. The use of qualitative questionnaires in patients having and being considered for cochlear implants. *Clin Otolaryngol* 1997; 22:254-9.

ANEXOS

ANEXO 1 - Classificação dos estados de ânimo segundo Emílio Romero (1991)

ANEXO 2 - Descrição do papel do psicólogo no programa de implante coclear com adultos

Para a compreensão da proposta deste estudo é relevante um panorama sobre o papel do psicólogo no programa de implante coclear.

A humanização do atendimento tem sido uma filosofia de trabalho do HRAC - USP - Bauru, chamado de “Centrinho”. Considerando os problemas emocionais em relação ao impacto da surdez, cirurgia e implante coclear, a intervenção do psicólogo é fundamental no trabalho com o paciente e família, consequentemente com a equipe.

A atuação do psicólogo vai do momento em que o paciente chega ao Hospital, quando inicia-se o estudo de “seu caso” pela equipe até o processo de reabilitação do mesmo.

Faz parte do trabalho da psicologia: o estudo de caso/ avaliação psicológica, preparação pré-cirúrgica, acompanhamento pós-cirúrgico e o acompanhamento na reabilitação. Esses quatro momentos são permeados pelo contínuo trabalho em relação aos sentimentos do paciente, relação familiar e pela investigação sobre a mudança ocorrida na sua vida e na família durante todo o processo.

No estudo de caso/avaliação psicológica, há sessões para exploração e conhecimento do mundo interno da pessoa, como também, do funcionamento do sistema familiar.

O procedimento utilizado é basicamente a entrevista psicológica e alguns instrumentos auxiliares como testagens e outras técnicas necessárias.

No caso do adulto, a ênfase é colocada na vivência do entrvistado, sempre com o objetivo de conhecer e compreender sua experiência para se ter uma visão global da pessoa, desde os aspectos mentais aos psicodinâmicos.

É necessário o conhecimento da história do paciente, a experiência com a surdez e suas expectativas e motivações em relação ao implante coclear.

As entrevistas com os familiares são realizadas para o conhecimento da dinâmica familiar, na visão da família.

A entrevista psicológica tem um caráter especial, exigindo necessidade de cuidado e habilidade do psicólogo, quanto à população com deficiência auditiva. Considerando-se cada paciente e as necessidades individuais, é que são utilizadas técnicas para favorecer a comunicação e para colaborar na expressão de sentimentos.

É importante o psicólogo estar atento e perceber qual o melhor canal de comunicação de cada um.

No estudo de caso, salienta-se o seu aspecto de intervenção, diluindo os limites entre a avaliação psicológica e intervenção terapêutica. Todo esse processo pode auxiliar a equipe e o próprio sujeito na compreensão de si mesmo.

Quanto a elegibilidade no programa de implante coclear, no que se refere ao aspecto psicológico, não é considerado elegível para o programa no momento, paciente com distúrbios mentais de qualquer natureza mais graves (deficiência mental, psicose ou outras psicopatologias). O estado emocional do paciente deve ser considerado. Isto é, a pessoa pode estar desestruturada por ter recebido o diagnóstico da deficiência auditiva, ou pode estar passando por outros problemas, o casal pode estar em fase de separação, e outros. Este estado pode ser alterado dependendo da causa e pode não ser favorável para o programa de implante num momento e ser no outro.

Neste caso, o trabalho de aconselhamento da equipe como também de outros profissionais que estejam engajados na reabilitação do paciente e o contato com outros pacientes implantados se tornam necessários.

A fase de preparação pré-cirúrgica é uma continuidade do processo de avaliação, e é nesta fase que ocorre o processo de decisão. A tomada de decisão para realizar ou não o implante coclear torna-se complicada para o paciente, sendo fundamental a intervenção do psicólogo.

A escolha torna-se difícil e gera conflito interno, principalmente, quando as expectativas são altas e não condizentes com as informações reais. Consideram-se, ainda, os riscos de uma cirurgia e o aspecto visível da unidade externa do implante coclear.

Nesta fase, cabe ao psicólogo refletir interferências outras que possam surgir, como a própria relação do psicólogo X paciente, equipe X paciente, família X paciente e outras.

No período de internação, novamente podem surgir necessidades de se trabalhar com a pessoa no que se refere à ansiedade, ao medo, à angústia, sentimentos comuns frente a cirurgia. É quando o psicólogo ouve, discute os sentimentos, desmistifica as fantasias e convive a ansiedade e angústia do paciente. Acompanha o paciente durante a internação para maior compreensão dos acontecimentos ao seu redor e o contato antes da cirurgia, na sala de pré-operatório, tranqüilizando-o.

Na fase do acompanhamento pós-cirúrgico, o trabalho é focado no período de recuperação. São trabalhadas as colocações e sentimentos do paciente, favorecendo sua recuperação do ponto de vista psicológico. O psicólogo vai trabalhar as questões que surgirem: a vergonha que o paciente sente por estar com a metade da cabeça raspada, a sua imagem corporal no relacionamento com o outro, a saída do ambiente natural do paciente, ou seja, o afastamento da família e do trabalho. A dinâmica da deficiência auditiva em sua vida e/ou a vivência familiar que apresentam a necessidade de elaboração. É trabalhada a alta, dando uma atenção ao seu retorno ao cotidiano, preparando-o para uma nova etapa. Procura-se observar as expectativas e atitudes do paciente, desmistificando alguns aspectos a respeito da dinâmica limite X possibilidade.

As primeiras ativações do implante coclear, até mais ou menos 6 meses, são caracterizados pela fase de adaptação do implante coclear para o paciente e para a família. Inicialmente a pessoa é afetada com muita emoção pelo impacto de estar ouvindo. A emoção é perturbadora positiva ou negativamente. Posteriormente, ocorre o período de sentimentos

confusos e em certos momentos ambivalentes. Nesse período a pessoa pode ficar confusa e angustiada quando a realidade e a fantasia do processo ouvir se misturam. O psicólogo proporciona ajuda emocional à pessoa que está neste processo.

Neste período, além dos atendimentos individuais, inicia-se o trabalho de grupo de pacientes que proporciona trocas de experiências entre os membros e trabalha as questões surgidas no grupo.

O grupo é aberto e formado pelos pacientes com retorno agendado para o mapeamento do seu implante coclear e atendimento pela equipe. É composto por três elementos, para permitir melhor comunicação, considerando a necessidade de leitura oro facial (LOF). Ocorre um encontro a cada retorno, que inicialmente é mensal, posteriormente trimestral, semestral e anual. Através de uma leitura existencial, utilizando-se do método fenomenológico, trabalha-se o tema surgido no grupo, auxiliando na construção e re-construção de novas possibilidades das realidades vivenciais.

O acompanhamento na (re)habilitação são os atendimentos nos retornos após seis meses de uso do implante coclear.

Continua-se trabalhando o conteúdo que o paciente traz, considerando-se a particularidade de cada caso e investigando as mudanças ocorridos na vida do paciente após o implante coclear.

O psicólogo é um elemento voltado à atenção afetiva da pessoa; ajuda o paciente a elaborar suas questões emocionais, compreendendo seu mundo e dando suporte durante todo o processo do programa.

Deste modo o trabalho em equipe é fundamental, uma vez que o paciente é considerado na sua totalidade.

ANEXO 3 - Programa de Implante Coclear do HRAC - USP - Bauru

O HRAC conhecido como “Centrinho” é uma unidade da Universidade de São Paulo, Campus de Bauru. Há 33 anos o “Centrinho” atua no tratamento de pacientes com malformações crânio - faciais, destacando-se na recuperação de pessoas com lesões lábio - palatais.

Em 1990 foi criado o Centro de Pesquisas Audiológicas para o desenvolvimento de diferentes programas na área da deficiência auditiva funcionando em três contextos: ensino, pesquisa e extensão dos serviços à população. Dentre os programas desenvolvidos o de implante coclear é o que se destaca pela sua complexidade.

Até 16 de junho de 2000 o número de pacientes implantados foi de 163, sendo 81 crianças, 10 adolescentes e 72 adultos.

O programa oferece uma estrutura de trabalho em equipe interdisciplinar (médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e outros), com o objetivo comum que é a (re)habilitação de pessoas com deficiência auditiva caracterizada por perdas profundas bilaterais ou seja a surdez.

A proposta da equipe é ver o paciente na sua totalidade enquanto ser no mundo. Cada pessoa vivencia a surdez de modo singular e particular. Assim, o benefício do implante depende também dos objetivos e das possibilidades físicas, emocionais e sociais de cada pessoa e de suas expectativas. Deste modo, faz-se necessário um trabalho com interesse no ser humano, e ação de cada profissional da equipe voltada no sentido de atingir esse interesse.

Nem toda pessoa com deficiência auditiva tem indicação favorável à cirugia de implante coclear.

Os critérios para os candidatos adultos ao programa de implante coclear no Centro de Pesquisas Audiológicas da USP - Bauru, no momento são: deficiência auditiva neurossensorial profunda bilateral, sem benefício do AASI - aparelho de amplificação sonora individual -, idade acima de 18

anos com deficiência auditiva adquirida no período pós - lingual até 10 anos de surdez - no caso da deficiência auditiva progressiva, não há limite de tempo -, adequação psicológica, motivação para o uso do implante e ajuda de um profissional na cidade de origem do paciente dependendo das necessidades individuais.

É importante ressaltar que, mesmo seguindo os critérios citados, todos os pacientes realizam avaliações diagnósticos pela equipe interdisciplinar.

Para muitos adultos que perderam a audição o implante coclear significa a “cura” da surdez. As expectativas são altas e, às vezes, permeadas por mitos e fantasias. Através das entrevistas pré - operatórias, a equipe os informa a respeito do implante, cirurgia, benefícios e possíveis prejuízos, esclarece dúvidas, enquanto o psicólogo os acompanha na elaboração das informações (Yamada,1999a).

ANEXO 4 - Questionário

Hospital de Reabilitação das Anomalias Craniofaciais
Centro de Pesquisas Audiológicas
Setor de Psicologia
R: Sílvio Marchione nº 3-20
Bauru-S.P.
CEP 17043-900

Prezado(a)

Estamos enviando este questionário como parte de uma pesquisa sobre a experiência de vida dos pacientes antes e após o implante coclear.

A sua resposta é muito importante, para que possamos continuar pesquisando e estudando como contribuir para a qualidade de vida das pessoas que perderam a audição.

Informo que os dados serão sigilosos.

Gostaria de contar com sua colaboração, no sentido de preencher este questionário e devolvê-lo **o mais breve possível**(3 dias), para o CPA, aos cuidados do setor de Psicologia.

Estamos enviando um envelope selado para que você possa mandar o Questionário respondido e sem custo. No entanto, é necessário que você coloque seu nome e endereço no remetente.

Desde já obrigado pela sua atenção e compreensão, que tanto contribuirão com a pesquisa.

Midori Otake Yamada
Psicóloga da equipe de implante coclear do CPA.

QUESTIONÁRIO

Idade:

Estado civil:

Profissão:

Escolaridade:

Tempo de surdez:

Tempo de uso do implante:

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes há dois questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que tem sido usadas pelos pacientes **ANTES** e **APÓS** o implante coclear. A Parte I se refere a experiência de vida ANTES do implante coclear e a Parte II, a experiência de vida APÓS o implante coclear.

Leia com atenção cada uma das afirmações e marque a resposta de acordo com a instrução do alto da página. Quando terminar a Parte I, passe para a Parte II.

É importante que você não deixe nenhuma questão sem responder. Se preferir utilize uma régua como auxílio.

PARTE I

Leia com atenção cada afirmação e marque a alternativa que melhor indicar **como era sua experiência** de vida **ANTES** do implante coclear. Isto é, **quando você perdeu a audição e não ouvia mais**. Lembre-se **como era** e não como você gostaria que fosse.

Afirmações:

1. Ficava frustrado(a) na tentativa de entender o que o outro falava.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

2. Sentia-me "por baixo"(inferior) em relação às pessoas.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

3. Sem audição, sentia-me capaz e útil.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

4. Meus sentimentos de solidão, tristeza, angústia e outros sentimentos negativos eram maiores; mais fortes.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

5. Sem audição, preocupava-me com o futuro.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

6. Sem audição, sentia-me seguro(a) e tranqüilo(a) para andar na rua.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

7. Gostava de realizar as atividades do dia a dia, estudar e/ou trabalhar.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

8. Sentia-me alegre e feliz.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

9. Sem audição, passava os dias contente.

   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

10. Sem audição, ficava satisfeito(a) quando encontrava e conversava com as pessoas.

    ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

11. Durante o diálogo eu ficava tenso(a), pois precisava estar muito atento(a) olhando para a pessoa.

    ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

12.Sentia-me magoado(a) em relação às pessoas, quando não tinham paciência para repetir a frase para mim.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

13.Sentia-me deprimido(a), abatido(a), desanimado(a).

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

14.Ficava desconfiado(a) quando via as pessoas conversando. Pensava que estivessem falando sobre mim.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

15.Sentia que as pessoas me tratavam diferente, isto é, discriminavam-me pela deficiência.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

16.Sem audição, eu era bem humorado(a), isto é, vivia mais contente.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

17.Percebia o mundo “escuro e pesado”, isto é, de maneira pessimista.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

18.Sem audição, sentia que o futuro seria bom, isto é, a espera era otimista.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

19.Sentia um vazio dentro de mim, isto é, sentia que faltava alguma coisa para minha realização e felicidade.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

20.Fazia amizades.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

21.Sentia-me só e isolado(a).

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

*Favor responder todas as questões.

PARTE II

Leia com atenção cada afirmação e marque a alternativa que melhor indicar **como é** sua experiência de vida **APÓS** o implante coclear.

Afirmações:

1. Fico frustrado(a) na tentativa de entender o que o outro fala.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
2. Sinto-me "por baixo" (inferior) em relação às pessoas.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
3. Com o implante, sinto-me capaz e útil.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
4. Meus sentimentos de solidão, tristeza, angústia e outros sentimentos negativos são maiores; mais fortes.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
5. Com o implante, preocupo-me com o futuro.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
6. Com o implante, sinto-me seguro(a) e tranqüilo(a) para andar na rua.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
7. Gosto de realizar as atividades do dia a dia, estudar e/ou trabalhar.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
8. Sinto-me alegre e feliz.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
9. Com o implante, passo os dias contente.
   ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
10. Com o implante, fico satisfeito(a) quando encontro e converso com as pessoas.
    ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
11. Durante o diálogo fico tenso(a), pois preciso estar muito atento(a) olhando para a pessoa.
    ( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre
12. Sinto-me magoado(a) em relação às pessoas, quando não têm paciência para repetir a frase para mim.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

13.Sinto-me deprimido(a), abatido(a), desanimado(a).

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

14.Fico desconfiado(a) quando vejo as pessoas conversando. Penso que estão falando sobre mim.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

15.Eu sinto que as pessoas me tratam diferente, isto é, discriminam-me pela deficiência.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

16.Com o implante, eu sou bem humorado(a), isto é, vivo mais contente.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

17.Percebo o mundo “escuro e pesado”, isto é, de maneira pessimista.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

18.Com o implante, sinto que o futuro será bom, isto é, a espera é otimista.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

19.Sinto um vazio dentro de mim, isto é, sinto que falta alguma coisa para minha realização e felicidade.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

20.Faço amizades.

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

21.Sinto-me só e isolado(a).

( ) nunca ( ) raramente ( ) as vezes ( ) freqüentemente ( ) sempre

***Favor responder todas as questões.**

ANEXO 5 - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do HRAC - USP - Bauru