



Serviço Público Federal  
Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

## **ANÁLISE COMPARATIVA DA ANSIEDADE RELATADA EM SURDOS E OUVINTES**

Edilane Lourenço da Costa

Belém - Pará

2012



Serviço Público Federal  
Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

## **ANÁLISE COMPARATIVA DA ANSIEDADE RELATADA EM SURDOS E OUVINTES**

Edilane Lourenço da Costa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, como requisito para obtenção do grau de Mestre, sob orientação do Prof. Dr. Amauri Gouveia Jr.

Projeto financiado pela CAPES/PROESP

Belém – Pará

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Central da UFPA- Belém- PA

---

Costa, Edilane Lourenço da

Análise comparativa da ansiedade relatada em surdos e ouvintes /  
Edilane Lourenço da Costa

Orientador : Amauri Gouveia Jr.

Disertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de  
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em  
Teoria e Pesquisa do Comportamento, 2012.

1. Ansiedade. 2. Surdez. 3. Escala Analógica de Humor. 4. Língua  
brasileira de sinais. I. Título.

CDD 22. ed.: 152.46

---

A minha filha, Shen Bruna Pagung Costa, com quem a cada dia eu aprendo o verdadeiro sentido do amor e ao meu esposo, Shen Paul Ming Jen, pelo seu apoio e por não ter permitido que eu desistisse.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por seu amor incondicional, por me guiar e amparar em todos os momentos da minha vida;

A minha família, por eu ser quem sou;

Ao meu orientador Prof. Dr. Amauri Gouveia Jr, por ter me dado à oportunidade de ser sua orientanda. Especialmente por me introduzir na seara do conhecimento científico, na forma do pensamento sistêmico e pragmático, possibilitando o meu início do processo de amadurecimento contínuo nas práticas científicas, laboratoriais e metodológicas, pouco presente na minha graduação. Pela alegria estimulante e serenidade demonstrada no compartilhamento não somente no domínio das teorias científicas específicas da área do programa, mas também no amplo conhecimento das diversas áreas das ciências humanas e sociais, imprescindíveis para ampliação das minhas perspectivas de conhecimento, formação e prática.

A banca de qualificação, Prof. Dr. Marcus Bentes de Carvalho Neto e Prof. Dra. Lília Iêda Chaves Cavalcante, meus sinceros agradecimentos e gratidão, pelas contribuições!

Ao Prof. Dr. Grauben José Alves de Assis, pelas observações amigas de quem mesmo sem estar envolvido diretamente no processo, me possibilitou momentos de reflexões e estímulos, necessários e importantes nessa minha trajetória no programa.

Aos professores do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento por terem compartilhado seus conhecimentos nas aulas, debates e conversas informais, em especial aqueles com quem eu tive a oportunidade de cursar disciplinas, Lília Iêda Chaves Cavalcante, Celina Maria Colino Magalhães, Simone Souza da Costa e Silva, Marilice

Fernandes Garotti, Regina Célia Souza Brito e Maria Luisa da Silva, vocês foram essenciais para o meu amadurecimento dentro da cientificidade!

Aos colegas de Laboratório de Neurociências e Comportamento, Gabriela Nascimento, Raissa Cruz, Beatriz Neco, Paula Danielle Palheta, Cíntia Sanchez, João Cunha Neto, Bruno Santos e Marcelo Pinheiro. Vocês são exemplos de que mesmo na ciência um grupo pode trabalhar juntos, colaborando uns com os outros! Obrigada pelo companheirismo, colaborações e principalmente pelos momentos de descontração!

Cláudio Dias, Obrigada pelas horas que você disponibilizou do seu tempo para orientar o meu trabalho.

A Lílian Magno, minha amiga, confidente, companheira, um anjo de luz aqui na terra, minha dívida de eterna gratidão. Obrigada pela estatística e por ser quem você é única!

A Associação de Surdos de Belém (ASBEL), em especial o seu Presidente. Sr. Sinésio Filho, pela receptividade e acolhimento.

A Amanda Monteiro Magrini, pelos préstimos em Libras;

A Samia Loraschi, uma grata surpresa no mestrado! Você faz parte dessa história!

A Flávia Teresa Bacelar pelo incentivo inicial e por todo o apoio;

A Cicléa Barros e família, Ivone do Socorro Moreira e Adiana Pereira, pelo apoio prestado nesse período;

A todos os participantes da pesquisa;

A todos que, de perto ou de longe, contribuíram para a realização desse trabalho.

“Muitas das falhas da vida acontecem quando as pessoas não percebem o quão perto estão quando desistem” (Thomas Edison)

## RESUMO

O grupo de pessoas surdas no Brasil é considerado expressivo. A Surdez pode gerar disfunções emocionais, dentre elas a ansiedade. Desta forma, o objetivo do presente trabalho foi mensurar a ansiedade relatada entre surdos e ouvintes, com a aplicação da Escala Analógica de Humor (EAH) padrão e a adaptada para LIBRAS. A amostra foi composta por 62 participantes, divididos em grupo ouvinte (n=31) e grupo surdo (n=31), com idades médias de 31(±7,53) e 31(±7,69) anos, respectivamente, de ambos os sexos, pareados por idade, sexo, renda e grau de instrução. A aplicação da EAH foi realizada individualmente e os dados obtidos foram analisados em termos dos fatores: ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e índice total da escala. O tratamento dos dados foi precedido da aplicação do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) e teste de igualdade de variância. Para os dados que atendiam a esses testes, utilizou-se o teste *t* de Student para comparar os fatores da EAH; entre os grupos; entre feminino e masculino, dentro dos grupos e entre os grupos; nos diferentes níveis de renda, dentro dos grupos e entre os grupos; nos diversos anos de estudo, dentro dos grupos e entre os grupos. Quando não foi possível satisfazer aos critérios de normalidade e homogeneidade da variância foi utilizado o teste não-paramétrico Mann-Whitney (U). Foi adotado o nível de significância  $p \leq 0,05$ . Analisou-se também a correlação nas variáveis, renda, grau de instrução e idade com cada um dos fatores que compõem a escala, no grupo ouvinte e no grupo surdo. Os resultados obtidos apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos no índice da sedação física, sendo menor no grupo surdo que no grupo ouvinte. Na análise entre os grupos, ouvinte e surdo, distribuídos por sexo, foi expressa diferença estatisticamente significativa no fator outros sentimentos, sendo maior no grupo surdo, tanto no sexo feminino quanto masculino, em relação ao grupo ouvinte do sexo masculino. Ocorreu diferença estatística significativa nas variáveis renda e grau de instrução nos componentes da EAH, ansiedade, sedação física e sedação mental, entre e dentro os grupos. Na análise de correlação, no grupo ouvinte, foi verificada correlação positiva na variável renda e escolaridade *versus* sedação física e correlação positiva na variável idade *versus* ansiedade. No grupo surdo foi encontrada correlação positiva na variável idade *versus* sedação física. Concluimos que, a utilização de escalas para avaliar a ansiedade é importante e valiosa para pesquisas de campo, e a EAH adaptada em LIBRAS mostrou-se sensível para avaliação da ansiedade em surdos, isso facilita a inclusão diagnóstica dessa população específica, que às vezes é subdiagnosticada.

**Paravras-chave:** Surdez, Ansiedade, Língua Brasileira de Sinais, Escala Analógica de Humor.

## ABSTRACT

The group of deaf people in Brazil is considered significant. Deafness can lead to emotional disorders, among them anxiety. Thus, the aim of this study was to measure anxiety reported among deaf and hearing people, with application of the Visual Analogue Mood Scale (VAMS) standard and adapted to Brazilian sign language. The sample consisted of 62 participants were divided into hearing group (n = 31) and deaf group (n = 31) mean age of 31 ( $\pm 7.53$ ) and 31 ( $\pm 7.69$ ) years, respectively, of both sexes, paired for age, sex, income and education level. The application of VAMS were individually and data were analyzed for factors: anxiety, physical sedation, mental sedation, other feelings and the total index scale. The data was preceded by the application of the normality test (Kolmogorov-Smirnov) and equal variance test. For data that obeyed these tests, we used the *Student t test* to compare the factors of VAMS; between groups, between male and female, within groups and between groups; at different income levels, within the groups and between groups; in different years of study, within groups and between groups. When it was not possible to satisfy the criteria of normality and homogeneity of variance test was used non-parametric Mann-Whitney (U). It was adopted a significance level of  $p \leq 0.05$ . We analyzed the correlation in the variables, income, education level and age with each of the scale factors, in the hearing group and the deaf group. The results showed statistically significant difference between groups in the index of physical sedation, being lower in deaf than in the hearing group. In the analysis between groups, hearing and deaf, distributed by sex, was expressed statistically significant in the factor other feelings, being higher in the deaf, both females and males in relation to the male hearing group. In the variables income and education level were statistically significant differences in the components of VAMS, anxiety, mental sedation and physical sedation, between and within groups. In the correlation analysis, the hearing group, positive correlation was found in the variable income and education level *versus* physical sedation and positive correlation in the variable age *versus* anxiety. In the deaf group was a positive correlation in the variable age *versus* physical sedation. We conclude that the use of scales to assess anxiety is important and valuable for field research, and VAMS adapted to Brazilian sign language was sensitive to evaluate anxiety in deaf, it facilitates the inclusion diagnosis of this specific population, which is sometimes sub diagnosed.

**Key-words:** Deafness; Anxiety; Visual Analogue Mood Scale; Brazilian sign language

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Grau da perda auditiva.....	6
Tabela 2 – Aspectos que podem ser medidos nas escalas de ansiedade.....	10
Tabela 3 – Escalas de ansiedade mais utilizadas na clinica e na pesquisa. ....	11
Tabela 4 – Agrupamento em fatores da Escala Analógica de Humor.....	20
Tabela 5 – Categorias da renda familiar .....	20
Tabela 6 – Anos de estudos correspondentes aos níveis de ensino .....	21
Tabela 7 – Sexo, grau de instrução e renda dos participantes ouvintes e surdos, segundo o número e percentual.....	22
Tabela 8 – Correlação das variáveis, renda, grau de instrução e idade com os fatores da EAH. ....	30

## LISTA DE GRÁFICOS

<i>Figura 1</i> – Comparação dos fatores da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo. ....	23
<i>Figura 2</i> – Comparação dos fatores da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por sexo.....	24
<i>Figura 3</i> – Comparação dos fatores da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por renda .....	26
<i>Figura 4</i> – Comparação do total da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por renda .....	26
<i>Figura 5</i> – Comparação dos fatores ansiedade e sedação física da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte por anos de estudo.....	28
<i>Figura 6</i> – Comparação dos fatores sedação mental e outros sentimentos da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por anos de estudo .....	29
<i>Figura 7</i> – Comparação do total da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por anos de estudo.....	29
<i>Figura 8</i> – Correlação da sedação física <i>versus</i> renda em ouvintes.....	31
<i>Figura 9</i> – Correlação da sedação física <i>versus</i> grau de instrução em ouvintes .....	31
<i>Figura 10</i> – Correlação da ansiedade <i>versus</i> idade em ouvintes.....	32
<i>Figura 11</i> – Correlação da sedação física <i>versus</i> idade em surdos .....	32

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

ASBEL	Associação de Surdos de Belém
BPRS	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
BSI	Brief Symptom Inventory
CAS	Escala Clínica de Ansiedade (Clinical Anxiety Scale)
CERF - R	Clinical Evolution of Risk and Functioning Scale – Revised
EAH	EAH – Escala Analógica de Humor.
GHQ-12	General Health Questionnaire
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
NSE	Nível social econômico
SCL – 5	Hopkins Symptom Checklist
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-BREF	World Health Organization’s Brief Quality of Life questionnaire

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 SURDEZ .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.1 Classificação da surdez.....</b>	<b>4</b>
<i>1.1.1.1 Quanto à localização .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.1.1.1 Surdez condutiva ou de transmissão .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.1.1.2 Surdez neurossensorial ou de percepção .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.1.1.3 Surdez mista .....</i>	<i>6</i>
<i>1.1.1.2 Quanto ao grau .....</i>	<i>6</i>
<b>1.2 ANSIEDADE .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.1 Medidas de ansiedade.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 ANTECEDENTES DE PESQUISA EM ANSIEDADE E SURDEZ .....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 GERAL .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>17</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 NORMATIVAS ÉTICAS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 PARTICIPANTES .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 INSTRUMENTOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3.5 PROCEDIMENTOS .....</b>	<b>19</b>
<b>3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>20</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE 01 .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE 02 .....</b>	<b>576</b>
<b>APÊNDICE 03 .....</b>	<b>57</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 SURDEZ**

O número de pessoas com algum tipo de deficiência chega a quinhentos milhões no mundo e, destas, 80% estão localizadas em países em desenvolvimento. No Brasil, aproximadamente 10% da população tem deficiência mental, motora ou sensorial. No que se refere à deficiência auditiva, estima-se que em 1 a cada 1000 nascidos vivos ocorra perda congênita, profunda, bilateral e sensorio - neural e que, em 6 a cada 1000, ocorra perda auditiva moderada, severa ou profunda (Bittencourt, Françaço, Monteiro, & Francisco, 2011).

A deficiência auditiva pode gerar disfunções emocionais, dificuldade de aprendizagem, alterações de fala, dificuldades profissionais, descontentamento e isolamento (Oliveira & Lima, 2010). As pessoas com perda auditiva diferenciam-se umas das outras, constituindo um grupo heterogêneo. O desenvolvimento é peculiar a cada um e, em pessoas surdas, o grau de perda auditiva pode influenciar no desenvolvimento comunicativo e linguístico (Fellinger, Holzinger & Pollard, 2012; Coll, Marchesi, & Palacios, 2004; Prendergast, Beck & Tuohy 2003).

#### **1.1.1 Classificação da surdez**

A surdez pode ser classificada de três formas, considerando-se a localização da lesão, o grau, ou o momento de aparecimento e capacidade de leitura.

### *1.1.1.1 Quanto à localização*

Na classificação de acordo com a lesão, destacam-se três tipos diferentes: a surdez condutiva ou de transmissão, a surdez neurosensorial ou de percepção e a surdez mista (Coll et al., 2004).

#### *1.1.1.1.1 Surdez condutiva ou de transmissão*

Nesse tipo de surdez a zona lesada encontra-se no ouvido externo, ou no ouvido médio, impedindo a transmissão das ondas sonoras até o ouvido interno. Esse distúrbio normalmente é ocasionado por otites (inflamações de ouvido) ou malformações (ausência do pavilhão auditivo). O distúrbio do ouvido médio normalmente acontece por traumatismos que provocam a perfuração do tímpano ou por alterações na cadeia de ossículos (estribo, martelo e bigorna). Também pode ser decorrente de uma malformação genética (Coll et al., 2004).

Surdez condutiva não é considerada grave e nem duradoura, com possibilidade de tratamento médico ou cirúrgico. Nesse tipo de surdez há uma alteração na quantidade da audição e não na qualidade. Pode haver uma perda auditiva de, no máximo, 60 decibéis (Coll et al., 2004).

#### *1.1.1.1.2 Surdez neurosensorial ou de percepção*

Nesse tipo de surdez a área lesionada está no ouvido interno ou na via auditiva para o cérebro. A origem pode ser genética, adquirida por intoxicação (medicamentos), por infecção, ou por alterações vasculares e dos líquidos linfáticos do ouvido interno. Este tipo de surdez afeta a quantidade e a qualidade da audição. As surdezes neurosensoriais geralmente são permanentes (Coll et al., 2004)

### 1.1.1.1.3 Surdez mista

A surdez mista ocorre quando as áreas prejudicadas são o ouvido interno ou a via auditiva, como o canal auditivo externo ou médio. Existem tratamentos que dependem da área que foi afetada (Coll et al., 2004).

### 1.1.1.2 Quanto ao grau

A surdez quando classificada com relação ao seu grau, varia continuamente de ligeira a total (tabela 1). O diagnóstico da surdez e o grau com que ela é classificada possibilitam a orientação da família quanto a tratamentos e intervenções (Bittencourt et al., 2011; Oliveira, Castro, & Ribeiro, 2002).

Tabela 1 – Grau da perda auditiva

Fonte: Adaptada de World Health Organization, 1991.

GRAU DA PERDA	VALORES AUDIOMÉTRICOS CORRESPONDENTES AO ISO	DESEMPENHO
<b>0</b> <b>Sem perda</b>	25 dB, ou melhor (na melhor orelha)	Nenhum ou pequeno problema auditivo. Capaz de ouvir sussurros
<b>1</b> <b>Perda leve</b>	26 – 40 dB (melhor orelha)	Capaz de ouvir e repetir palavras em intensidade de voz normal a 1 metro
<b>2</b> <b>Perda moderada</b>	41 – 60 dB (melhor orelha)	Capaz de ouvir e repetir palavras em intensidade de voz forte a 1 metro
<b>3</b> <b>Perda severa</b>	61 – 80 dB (melhor orelha)	Capaz de ouvir algumas palavras gritadas na melhor orelha
<b>4</b> <b>Perda profunda</b> <b>Incluindo surdez</b>	81 dB ou maior (melhor orelha)	Incapaz de ouvir e entender até com gritos

## 1.2 ANSIEDADE

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional desagradável, geralmente vem acompanhado de desconforto somático, tendo relação com outra emoção – o medo. Em grande parte o estado emocional é relacionado a um evento posterior e, algumas vezes, é considerado desproporcional a uma ameaça real (Gentil, 1997). Pode também referir-se a acontecimentos bastante diversos, tanto no que diz respeito a estados internos, quanto a processos comportamentais que causam esses estados internos (Zamignani & Banaco, 2005).

A ansiedade pode ser normal ou patológica. Considera-se a ansiedade normal um estado emocional existente em todos os seres humanos, caracterizando-se como um sentimento difuso, desagradável, e que normalmente vêm acompanhado por sintomas autonômicos, a exemplo de palpitação, dores de cabeça, aperto no peito e desconforto abdominal (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). Considera-se a ansiedade uma resposta habitual a estressores e/ou ameaça, e é normalmente passageira e controlada. Possivelmente representa um “alarme”, consentindo que alguém se prepare para a reação física a um perigo iminente (resposta a luta ou fuga) (Baldwin, Ajel & Garner, 2008). A ansiedade é considerada patológica quando a reação do organismo passa a ser desproporcional aos fatores que a desencadeiam, comprometendo o funcionamento físico, social ou ocupacional (Baldwin, Ajel & Garner, 2008; Zamignani & Banaco, 2005; Andrade & Gorenstein, 1998; Graeff, 1994).

Vários eventos privados e públicos podem influenciar no desencadeamento da ansiedade, como sexo, renda e escolaridade, (Faisal-Cury & Menezes, 2006; Guidolin & Célia, 2011; Rodrigues & Pelisoli, 2008; Gama, Moura, Araujo & Teixeira-Silva, 2008) As condições socioeconômicas (escolaridade e renda) têm uma relação inversa entre essas

variáveis e a prevalência de transtornos mentais comuns (Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César, 2006). Outro estudo cita uma correlação positiva da ansiedade ao tratamento odontológico com o nível de escolaridade e a renda familiar (Barata, 2007) O sexo também influencia diferenças na ansiedade, sendo as mulheres mais propensas a desenvolver significativamente mais esta patologia ao longo da vida, quando comparado aos homens (Kinrys & Wygant, 2005).

Para diagnosticar a ansiedade, usam-se instrumentos específicos que são denominados escalas (Andrade & Gorenstein, 1998). Entretanto, a saúde mental de pessoas surdas tem sido avaliada com abordagem psiquiátrica, amplamente desenvolvida por pessoas ouvintes tendo como referência a população ouvinte, o que pode conduzir a um diagnóstico impreciso, dado a idiosincrasias da surdez (Baines, Patterson & Austen, 2010; Prendergast, Beck & Tuohy 2003).

### **2.1.1 Medidas de ansiedade**

A ansiedade normal e a patológica podem ser medidas através de escalas. As escalas de auto-avaliação podem ser de natureza discreta e analógica. Nas escalas de natureza discreta as pessoas marcam categorias que podem ser intervalares ou não, por exemplo, “pouco”, “mais ou menos”, “intensamente”, etc. Já nas escalas analógicas as pessoas assinalam seu estado subjetivo (Andrade & Gorenstein, 1998; Sanchez & Gouveia Jr, 2008).

A Escala Analógica de Humor - EAH (em Inglês, "Visual Analogue Mood Scale" ou VAMS) foi proposta por Norris, em 1971 e traduzida para o português por Zuardi e Karniol, em 1981. A EAH é um instrumento utilizado para medir/avaliar a ansiedade. É constituída por 16 itens, possui uma linha reta de 100 mm ligando dois adjetivos que se

referem a sentimentos opostos. Inicialmente esses itens foram agrupados intuitivamente, em quatro fatores: tranquilização, sedação física, sedação mental e outros sentimentos e atitudes.

Bond e Lander (1974) desenvolveram um trabalho, no qual submeteram a EAH 500 voluntários e concluíram, na análise fatorial das respostas, que os itens poderiam ser agrupados em três fatores, denominados, com base nos itens de maior peso, de tranquilização, sedação e contentamento.

O trabalho de Bond e Lander (1974) foi reproduzido por, Zuardi e Karniol (1981) com o objetivo de traduzir a escala para o português e validá-la. No trabalho desenvolvido por Zuardi e Karniol foi verificado que as respostas dos 540 estudantes universitários brasileiros, submetidos à escala no Brasil, foram diferentes do trabalho original de Bond e Lander. As respostas obtidas dos participantes brasileiros concentraram-se nas extremidades da escala, impossibilitando assim a análise paramétrica e também diminuíram a sensibilidade da escala de aferir estados de humor/emocionais (Sanchez, 2007). Para Del Porto et al (1983) a diferença entre os dados brasileiros e os ingleses, poderia estar ligada a uma interpretação incorreta das instruções de preenchimento da escala. Dessa forma, a escala foi reaplicada em 436 estudantes universitários, com instruções ampliadas e detalhadas das instruções originais e obtiveram respostas com tendência central (Sanchez, 2007).

Para Gorenstein (1984) é fundamental um treino prévio para o preenchimento da escala, com instruções escritas, orais e exemplos práticos sobre a EAH. Del Porto (1983) sugeriu que na instrução oral, seja dado ênfase que, o extremo de cada linha deve ser considerado como equivalente ao máximo que você pode sentir naquele item, e que o centro da escala deve equivaler a seu estado habitual.

Em um estudo feito por Guimarães et al (1998) indicou que, após o treino prévio, o preenchimento da EAH, teve uma distribuição dos escores com tendência central.

Além do preenchimento da EAH, outro fator que esteve em discussão, refere-se ao agrupamento dos itens da EAH. Zuardi et al (1993) realizaram uma análise fatorial dos resultados do preenchimento da EAH em condição basal com 90 voluntários. Agruparam os 16 itens da escala em quatro fatores de acordo com seus relativos pesos e cada fator foi denominado com uma nomenclatura original. Esta divisão foi usada neste trabalho, e está descrita na tabela 4.

Através das escalas de ansiedade podem-se mensurar vários aspectos como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Aspectos que podem ser medidos nas escalas de ansiedade.

Fonte: Andrade & Gorenstein, 1998.

<b>Humor</b>	A experiência de uma sensação de medo não associado a nenhuma situação ou circunstância específica; a apreensão em relação alguma catástrofe possível ou não identificada.
<b>Cognição</b>	Preocupação com a possibilidade da ocorrência de algum evento adverso a si próprio ou a outros; pensamentos insistentes de inadequação ou de incapacidade de executar adequadamente suas tarefas.
<b>Comportamento</b>	Inquietação, ou seja, incapacidade de se manter quieto e relaxado mais do que alguns minutos, andando de um lado para o outro, apertando as mãos ou outros movimentos, repetitivos sem finalidades.
<b>Estado de hiperalerta</b>	Aumento da vigilância, exploração do ambiente, resposta aumentada, a estímulos (sustos) dificuldade de adormecer (não devida à preocupação ou a inquietação).
<b>Sintomas somáticos</b>	Sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas consequências, tais como espasmo muscular e dor (sem outra causa conhecida), tremor, manifestações somáticas de, por exemplo, hiperatividade do sistema nervoso autônomo (taquicardia, sudorese, aumento da frequência urinária).
<b>Outros</b>	Esta categoria residual pode incluir estados como despersonalização, baixa concentração e esquecimento, bem como sintomas que se referem a um desconforto, não necessariamente específico de ansiedade.

Além da EAH, outras escalas são utilizadas e estão sumarizadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Escalas de ansiedade mais utilizadas na clínica e na pesquisa.

Fonte: Andrade & Gorenstein, 1998

<b>ESCALAS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA</b>	<b>ESCALAS DE AUTO-AVALIAÇÃO</b>
Escala de ansiedade de Hamilton	Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)
Escala de ansiedade de Beck	Escala de Zung
Escala clínica de ansiedade (Clinical Anxiety Scale – CAS)	Escala de ansiedade manifesta de Taylor
Escala breve de ansiedade (BAS)	Subescala de ansiedade do Symptom Checklist (SCL-90)
Escala breve de avaliação psiquiátrica (BPRS)	POMS (Profile of Mood States)
	Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)

As diferentes escalas medem diferentes aspectos da ansiedade. Por exemplo, as escalas de Hamilton, Zung e a de Beck, têm constructos parecidos, destacando os aspectos somáticos da ansiedade. O IDATE tem uma proporção de seus itens medindo aspectos inespecíficos que podem estar presentes em qualquer ocorrência de estresse. A subescala do BPRS é a única que dá destaque aos aspectos cognitivos da ansiedade. Os itens da CAS se distribuem de maneira uniforme nos diferentes aspectos (Andrade & Gorenstein, 1998).

A EAH já foi adaptada para surdos e traduzida do português para o Alfabeto digital, LIBRAS (Sanchez & Gouveia Jr, 2008). A escolha da EAH para esse estudo se deu pelo fato de ser a única escala que avalia a ansiedade adaptada para Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).

### 1.3 ANTECEDENTES DE PESQUISA EM ANSIEDADE E SURDEZ

Diversos estudos se propuseram a estudar a ocorrência da ansiedade em surdos, no entanto, seus resultados são inconclusivos.

Li e Prevatt (2010) verificaram possíveis diferenças em níveis e tipos de medos e ansiedade vivenciados em crianças e adolescentes surdos ou com dificuldade auditiva comparando com uma amostra de ouvintes jovens. Os pesquisadores também verificaram se as diferenças eram em função do gênero; outro ponto observado foram os medos mais comuns em crianças e adolescentes surdas e ouvintes. Além desses objetivos, foi feita a correlação entre os relatos das crianças, dos pais e dos professores sobre os medos e ansiedades das crianças e adolescentes surdos e com dificuldades de audição. Participaram do estudo 205 estudantes com idade entre 8 e 19 anos oriundos do ensino fundamental e médio, os quais faziam parte de escola regular e especial, sendo 61 surdos e ou com dificuldade na audição e 141 ouvintes. Além dos estudantes 20 professores e 60 pais participaram do estudo. Os instrumentos utilizados foram à escala *Fear Survey Schedule For Children-Revised* e a escala *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. A primeira é uma escala composta de 80 itens, para crianças e adolescentes de 7 a 17 anos. Nessa escala os participantes respondem as perguntas marcando uma das três opções, “nenhum”, “algum” ou “muito”. A segunda escala é usada em crianças e adolescentes de 5 a 19 anos, contém 37 itens, com opções de respostas “sim” ou “não”. As aplicações das escalas foram feitas em grupos, nos horários de aulas (45 minutos) e para os alunos surdos ou com dificuldade de audição, havia assistente para a língua de sinais. Os resultados apontaram que as crianças e adolescentes surdos apresentaram níveis significativamente mais altos de medo e ansiedade geral, medo do desconhecido, medo de lesões e de pequenos animais, medos de procedimentos médicos e dificuldade de concentração em comparação com os participantes ouvintes. As meninas relataram mais medo geral, do desconhecido, medo de

ferimentos leves e pequenos animais, medo do fracasso e da crítica em comparação com os meninos. Os pais mostraram melhor capacidade do que os professores para relatar os medos e as ansiedades das crianças e adolescentes.

Estudo de Sanchez e Gouveia Jr. (2008) adaptou a EAH, para surdos, usuários da língua brasileira de sinais (LIBRAS) e do alfabeto digital. Participaram do estudo, 15 surdos que dominavam o alfabeto digital e a LIBRAS, e 40 ouvintes, em ambos os grupos os participantes tinham idades entre 11 e 18 anos de ambos os sexos. Primeiramente foi feito treino prévio, no qual os participantes preencheram uma versão da escala, em português, para o grupo ouvinte ou em LIBRAS, para o grupo surdo, sendo aplicada em grupo. Os resultados indicaram que a EAH mostrou equivalência nos dois grupos, visto que, nas suas duas versões (EAH padrão e EAH adaptada), não foram averiguadas diferenças estatisticamente significativas no índice total e nos fatores da escala: ansiedade, sedação física e sedação mental. Somente o fator outros sentimentos mostrou diferença significativa. Os achados indicaram a possível utilização da EAH para estudos de ansiedade em surdos.

Kvam, Loeb e Tambs (2007) compararam a saúde mental entre surdos e ouvintes. Nesse estudo foram utilizadas duas pesquisas norueguesas, uma referente a ouvintes, datada de 1995 a 1997, que contou com 51.975 sujeitos, sendo 47% homens e 53% mulheres, com idade de 20 anos ou mais e outra de surdos datada de 2001, tendo 431 sujeitos, sendo 41% homens e 59% mulheres, com idade de 45 anos ou menos. Para verificar o grau de sofrimento mental entre os entrevistados foi utilizada uma versão da *Hopkins Symptom Checklist* (SCL-5). O questionário foi traduzido para a língua de sinais norueguesa. Apenas três itens da SCL-5 eram comuns aos dois estudos, e estes foram selecionados para fins de comparação: sentimento de medo, sentimento de desespero sobre o futuro e sentimento de tristeza/melancolia. Os resultados apontaram que os surdos

demonstraram mais sintomas de depressão e ansiedade do que a amostra de ouvintes e que as mulheres são mais ansiosas que os homens nos dois grupos.

Black e Glickman (2006) examinaram dados demográficos e clínicos de uma unidade de internação especializada em surdos para terem melhor compreensão das características de doenças mentais severas e crônicas de pessoas surdas comparando com uma amostra de ouvintes. Participaram da pesquisa, 64 pacientes surdos norte-americanos, entre 1999 a 2004 e 244 ouvintes; estes foram divididos em dois grupos, nos quais 64 pacientes ouvintes foram selecionados no mesmo período da amostra surda e o outro grupo de ouvintes foram 180 pacientes, atendidos no mês de março de 2006. Para uso de comparação foi utilizado o instrumento Clinical Evaluation of Risk and Functioning Scale – Revised (CERF-R) Os resultados apontaram que pacientes surdos tinham menos probabilidade de serem diagnosticados com o transtorno psicótico ou de abuso de substâncias e mais propenso a serem diagnosticados com desordem de transtorno de humor, ansiedade, personalidade e desenvolvimento em comparação com os pacientes ouvintes.

Fellinger, Holzinger, Dobner, Gerich, Lehner, Lenz e Goldberg (2005), estudaram o sofrimento mental e a qualidade de vida em uma população surda, na Áustria. Participaram da pesquisa 236 surdos. Os instrumentos utilizados para a coleta foram adaptados às necessidades dos surdos, World Health Organization's Brief Quality of Life questionnaire-WHOQOL-BREF, General Health Questionnaire -GHQ-12 e as subescalas do Brief Symptom Inventory - BSI. Os resultados foram comparados com ouvintes austríacos e indicaram que surdos tinham uma qualidade de vida pior, se comparados à população geral, nos domínios físicos e psicológicos.

Pesquisa desenvolvida por, Prendergast, Beck e Tuohy (2003) explorou as experiências de sofrimento mental em pessoas surdas e seus acessos aos serviços de apoio

em uma cidade da Inglaterra, assim como verificou quais as dificuldades que os trabalhadores dos serviços de saúde mental encontravam para atender à população surda. Foram realizadas entrevistas pessoalmente com 7 surdos que tinham vivenciado sofrimento mental; foram feitas entrevistas por telefone, com 24 serviços de saúde mental locais, para saber qual a frequência com que os surdos utilizavam esses serviços, e também entrevistaram pessoalmente 4 trabalhadores surdos e 8 trabalhadores ouvintes; grupos de discussões foram realizados com trabalhadores surdos e ouvintes de um serviço especializado para pessoas surdas com sofrimento mental e/ou dificuldade de aprendizagem, além disso ocorreram conversas informais com trabalhadores surdos e ouvintes. Um dos pontos destacados nos resultados foi à descrição que os surdos fizeram das dificuldades de comunicação e a falta de conscientização dos trabalhadores ouvintes no risco de um mal diagnóstico dos surdos. A evidência anedótica do grupo de trabalho enfatizou tanto a falta de conscientização da cultura surda entre os prestadores de serviços locais e a falta de acesso a serviços de saúde mental para pessoas surdas. Segundo os autores, a comunidade pesquisada, tem desenvolvido uma cultura distinta, considerando-se uma minoria linguística e cultural, e não como deficientes. Tal fato também ocorre no Brasil (Santana & Bergamo, 2005) e em outros locais (Dolnick, 1993).

De forma resumida, nos estudos referentes à ansiedade e surdez, verifica-se que os pais têm mais habilidades em relatar a ansiedade de seus filhos do que os professores dos seus alunos; as crianças e adolescentes surdos apresentam níveis significativamente mais altos de medo e ansiedade geral em comparação com os ouvintes; meninas relatam mais medo geral do que os meninos (Li & Prevatt, 2010). Surdos e ouvintes não se diferenciam em relação à ansiedade (Sanchez & Gouveia Jr. 2008). Surdos demonstraram mais sintomas de depressão e ansiedade do que ouvintes e mulheres são mais ansiosas que os homens nos dois grupos (surdos e ouvintes) (Kvam, Loeb & Tambs 2007). Pacientes

surdos têm menos probabilidade de serem diagnosticados com o transtorno psicótico ou de abuso de substâncias e mais propensos a serem diagnosticados com desordem de transtorno de humor, ansiedade, personalidade e desenvolvimento (Black & Glickman, 2006). Surdos têm uma qualidade de vida pior, se comparados à população geral, nos domínios físicos e psicológicos (Fellinger et al, 2005). Surdos têm uma cultura distinta, consideram-se uma minoria linguística e cultural, e não como deficientes (Prendergast, Beck & Tuohy, 2003).

O pouco conhecimento sobre a ansiedade relacionada à surdez, na população brasileira, principalmente no que diz respeito ao uso de escalas adaptadas para mensurar a ansiedade na população surda, justifica a relevância deste estudo, visto que a incidência de surdez no Brasil é considerável e estudos indicam diferenças na ansiedade entre surdos e ouvintes.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Mensurar e comparar a ansiedade relatada, por meio da Escala Analógica de Humor (EAH), entre surdos e ouvintes adultos.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- a) Aplicar a EAH adaptada em LIBRAS nos participantes surdos;
- b) Aplicar a EAH padrão nos participantes ouvintes;
- c) Analisar o índice de ansiedade em adultos surdos e adultos ouvintes;
- d) Comparar a ansiedade relatada entre surdos e ouvintes nas variáveis, sexo, grau de instrução e renda.
- e) Verificar a correlação nas variáveis, renda, grau de instrução e idade com a ansiedade relatada por surdos e ouvintes na EAH.

### **3. MATERIAIS E MÉTODO**

#### **3.1 NORMATIVAS ÉTICAS**

Os participantes da pesquisa foram analisados de acordo com os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde). A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da Universidade Ceuma, sob protocolo nº 000867/11.

#### **3.2 PARTICIPANTES**

A amostra do presente estudo foi composta por 62 participantes, distribuídos entre o grupo de surdos (n=31) e ouvintes (n=31). Os participantes surdos são membros da Associação de Surdos de Belém (ASBEL). Os surdos que participaram do estudo tinham diagnóstico de surdez, com no mínimo grau 4, de ambos os sexos de diferentes idades, falantes de LIBRAS. O levantamento dos participantes ouvintes foi pareado, após a coleta com o grupo de surdos, uma vez que ambos os grupos precisavam ser semelhantes quanto aos aspectos, sexo, idade, grau de instrução e renda.

Após a apresentação do projeto de pesquisa, os interessados que tinham o perfil compatível ao estabelecido pelos critérios de inclusão e exclusão, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01).

Ressalta-se que as orientações pertinentes à pesquisa, para o grupo de surdos, foram dadas por uma falante de LIBRAS, na presença da pesquisadora.

### **3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Os critérios de inclusão para os surdos foram, deficiência auditiva com no mínimo grau 4, adultos, que falavam LIBRAS, e para os ouvintes foram sexo, idade, grau de instrução e renda, similares aos participantes surdos.

Os critérios de exclusão para os surdos eram o uso de implante coclear, e para ambos os grupos o uso de medicamentos que alterassem a ansiedade ou o tratamento de algum transtorno de ansiedade.

### **3.4 INSTRUMENTOS**

Para verificar o nível de ansiedade foi aplicada a EAH padrão (Anexo I) e a EAH adaptada em LIBRAS (Anexo II), constituída em uma escala de autoaplicação, composta por 16 itens, cada qual formado por uma linha reta de 100 mm ligando dois adjetivos de sentidos opostos. A versão adaptada é composta pelo alfabeto digital e LIBRAS, conforme apresentados por Sanchez e Gouveia Jr. (2008).

### **3.5 PROCEDIMENTOS**

Os participantes preencheram uma versão da EAH em sua língua de domínio, a saber, em português para ouvintes e em LIBRAS para os surdos. A aplicação foi realizada individualmente, em um ambiente destinado para esse fim. Foram dadas orientações orais, escritas e em LIBRAS, com exemplos para explicar o significado das palavras utilizadas na escala, enfatizando que deveria ser marcado com um traço, o ponto da linha que representasse o estado atual do participante naquele sentimento e que o extremo de cada linha deveria ser considerado o máximo que se poderia sentir naquele item (Apêndice 02).

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos da EAH foram analisados levando-se em consideração o agrupamento dos itens em fatores, conforme tabela 4.

Tabela 4 – Agrupamento em fatores da Escala Analógica de Humor

<b>I – ANSIEDADE</b>		
<b>2</b>	Calmo	Agitado
<b>8</b>	Tranquilo	Preocupado
<b>10</b>	Relaxado	Tenso
<b>II - SEDAÇÃO FÍSICA</b>		
<b>3</b>	Forte	Fraco
<b>4</b>	Com ideias Claras	Confuso
<b>5</b>	Ágil	Desajeitado
<b>6</b>	Dinâmico	Apático
<b>9</b>	Perspicaz	Raciocínio Difícil
<b>12</b>	Capaz	Incapaz
<b>16</b>	Sociável	Retraído
<b>III – SEDAÇÃO MENTAL</b>		
<b>1</b>	Alerta	Sonolento
<b>11</b>	Atento	Distraído
<b>IV – OUTROS SENTIMENTOS</b>		
<b>7</b>	Satisfeito	Insatisfeito
<b>13</b>	Alegre	Triste
<b>14</b>	Amistoso	Hostil
<b>15</b>	Interessado	Desinteressado

Para melhor analisar a influência da renda familiar mensal, nas respostas obtidas dos grupos na EAH, a renda foi agrupada em categorias de acordo com a quantidade de salários mínimos (tabela 5). O grau de instrução foi convertido de níveis de ensino para anos de estudo (tabela 6).

Tabela 5 – Categorias da renda familiar

<b>Categoria</b>	<b>Salários mínimos</b>
<b>1</b>	até 1
<b>2</b>	de 1,5 a 2
<b>3</b>	de 2 a 3
<b>4</b>	de 3 a 5
<b>5</b>	de 5 ou mais

Tabela 6 – Anos de estudos correspondentes aos níveis de ensino

Anos de estudo	Níveis de ensino
0	Analfabeto
2	Ensino fundamental menor incompleto
4	Ensino fundamental menor completo
6	Ensino fundamental maior incompleto
8	Ensino fundamental maior completo
9	Ensino médio incompleto
11	Ensino médio completo
13	Ensino superior incompleto
15	Ensino superior completo
17	Pós-graduação

Os dados obtidos nas respostas da EAH de ambos os grupos foram analisados em termos dos fatores ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e total. Precedidos de teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) e teste de igualdade de variância. Para os dados que atendiam a estes testes, utilizou-se o teste *t* de Student para comparar os fatores da EAH; entre os grupos; entre feminino e masculino dentro dos grupos e entre os grupos; nos diferentes níveis de renda dentro dos grupos e entre os grupos; nos diversos anos de estudo, dentro dos grupos e entre os grupos. Quando não era possível satisfazer aos critérios de normalidade e homogeneidade da variância foi utilizado o teste não-paramétrico *Mann-Whitney (U)*. Foi adotado o nível de significância  $p \leq 0,05$ . A estatística completa encontra-se no apêndice (03).

Analisou-se também a correlação nas variáveis, renda, grau de instrução e idade com cada um dos fatores, ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e total, no grupo ouvinte e no grupo surdo. Os valores das correlações e os níveis de significância associados estão dispostos na tabela 8.

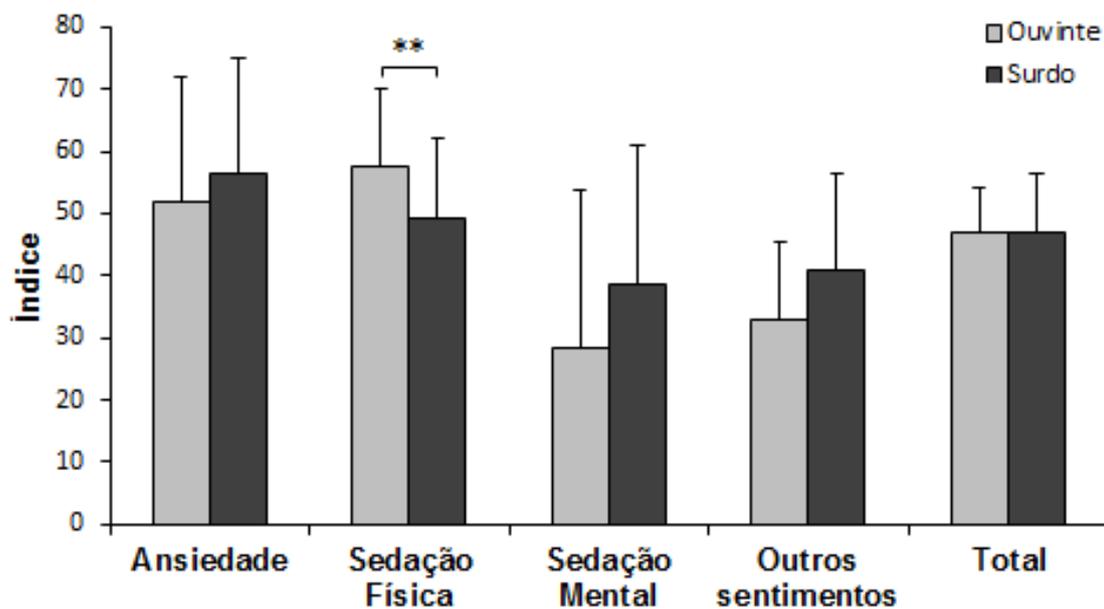
#### 4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 62 participantes, 31 do grupo surdo e 31 do grupo ouvinte, os ouvintes apresentaram idade de 31 ( $\pm 7,53$ ) anos e os surdos 31 ( $\pm 7,69$ ) anos. As informações sobre o sexo, grau de instrução e renda estão descritas na Tabela 7.

Tabela 7 – Sexo, grau de instrução e renda dos participantes ouvintes e surdos, segundo o número e percentual.

	Ouvinte		Surdo	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	21	67,74	21	67,74
Feminino	10	32,26	10	32,26
<b>Grau de instrução</b>				
Analfabeto	1	3,23	1	3,23
Fund. Menor Incompleto	2	6,45	2	6,45
Fund. Menor Completo	1	3,23	2	6,45
Fund. Maior Incompleto	0	0,00	4	12,90
Fund. Maior Completo	3	9,68	1	3,23
Ens. Médio Incompleto	3	9,68	5	16,13
Ens. Médio Completo	12	38,71	7	22,58
Superior Incompleto	4	12,90	4	12,90
Superior Completo	3	9,68	3	9,68
Pós-graduação	2	6,45	2	6,45
<b>Renda</b>				
Até 1 salário mínimo	10	32,26	6	19,35
De 1,5 a 2 salários mínimos	2	6,45	8	25,81
De 2 a 3 salários mínimos	7	22,58	6	19,35
De 3 a 5 salários mínimos	4	12,90	4	12,90
De 5 ou mais salários mínimos	8	25,81	5	16,13
Não informado	0	0,00	2	6,45

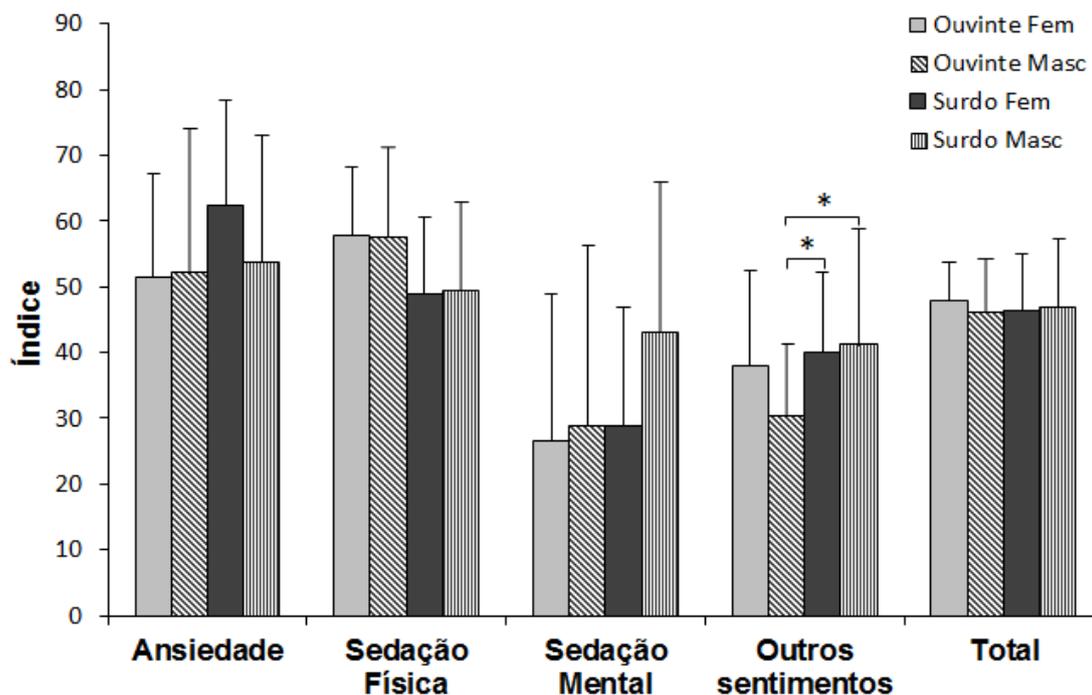
A comparação dos fatores da EAH mostrou o índice de sedação física menor no grupo surdo que no grupo ouvinte [ $t(60) = 2,609$ ;  $p = 0,011$ ] (Figura 1), não houve diferença entre os demais fatores, ansiedade, sedação mental, outros sentimentos e total.



\*\*  $p < 0,01$ .

*Figura 1* – Comparação dos fatores da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo.

Ao se analisar os fatores da EAH entre os grupos, ouvinte e surdo, distribuídos por sexo verificou-se que o índice no fator outros sentimentos foi maior no grupo surdo com diferença significativa tanto no sexo feminino [ $t(29) = 2,125$ ;  $p = 0,042$ ] quanto masculino [ $t(40) = 2,415$ ;  $p = 0,020$ ], em relação ao grupo ouvintes do sexo masculino. Não houve diferença entre os demais fatores, ansiedade, sedação física, sedação mental e total (Figura 2).



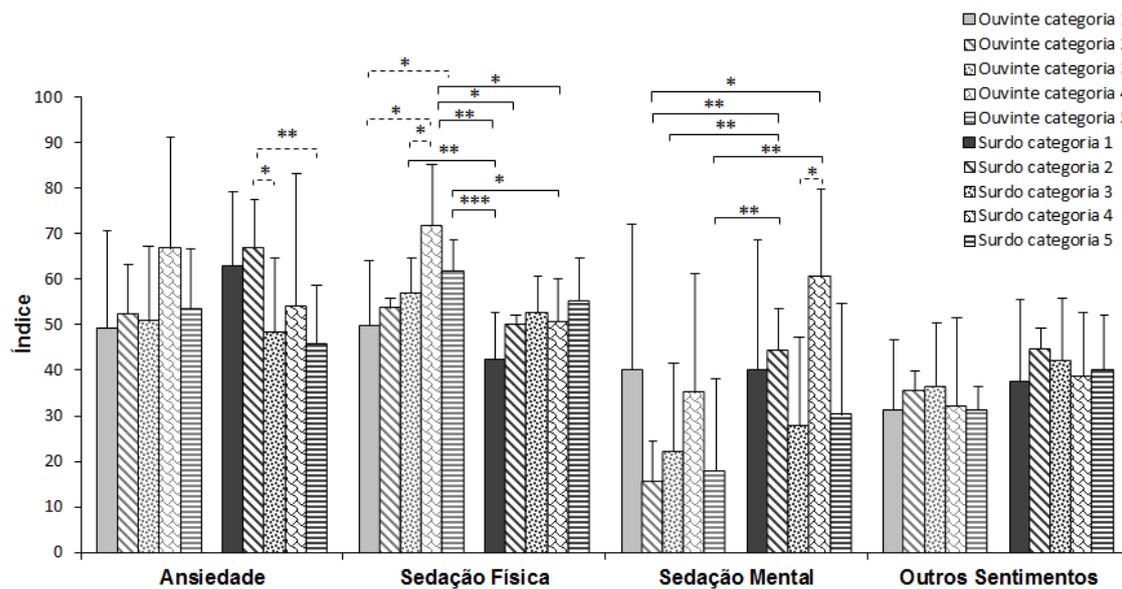
\*  $p < 0,05$ .

Figura 2 – Comparação dos fatores da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por sexo

A renda foi uma variável que influenciou alterações nos índices ansiedade, sedação física, sedação mental e total da escala. No fator ansiedade os participantes do grupo surdo com renda de dois a três salários mínimos e de cinco ou mais salários mínimos tiveram uma redução no índice em relação aos surdos com renda de um e meio a dois salários mínimos [ $t(12) = 2,242$ ;  $p = 0,045$ ] [ $t(11) = 2,902$ ;  $p = 0,014$ ]. No fator sedação física, o índice dos participantes ouvintes com renda de três a cinco salários mínimos foi maior do que os dos ouvintes com renda de até um salário mínimo e de dois a três salários mínimos [ $t(12) = 2,666$ ;  $p = 0,021$ ] [ $t(9) = 2,403$ ;  $p = 0,040$ ]; e os ouvintes com renda de cinco ou mais salários mínimos, o índice foi maior do que os ouvintes com renda de até um salário mínimo [ $t(16) = 2,232$ ;  $p = 0,040$ ]. Ainda em relação a esse fator houve diferença entre os grupos, sendo que os participantes do grupo surdo com renda até um salário mínimo o índice foi menor do que os participantes do grupo ouvinte com renda de dois a três salários

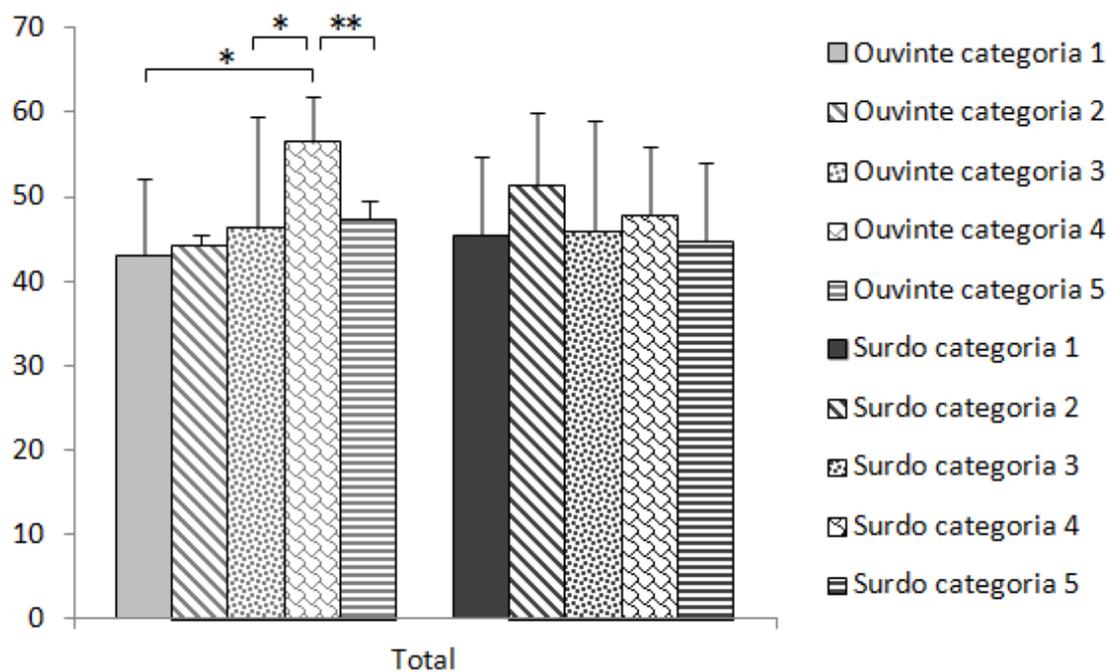
mínimos [t(11) = 2, 919; p = 0, 014]; quanto aos surdos com renda de até um salário mínimo, de um e meio a dois salários mínimos e de três a cinco salários mínimos, o índice foi menor do que os ouvintes com renda de três a cinco salários mínimos [t(8) = 3, 963; p = 0, 004] [t(10) = 2, 377; p = 0, 038] [t(6) = 2, 650; p = 0, 038]. Por sua vez, os surdos com renda de até um salário mínimo e de três a cinco salários mínimos foram menores do que os ouvintes com renda de cinco salários mínimos ou mais [t(12) = 4, 322; p ≤ 0, 001] [t(10) = 2, 488; p = 0, 032].

Observou-se que, no fator sedação mental, houve diferença no grupo surdo, sendo que o índice dos participantes com renda de três a cinco salários mínimos foi maior do que os com renda de dois a três salários mínimos [t(8) = 2, 466; p = 0, 039]. Verificou-se ainda nesse fator que ocorreu diferença entre os grupos, no qual surdos com renda de um e meio a dois salários mínimos e renda de três a cinco salários mínimos o índice foi maior tanto em relação ao grupo ouvinte com renda de um e meio a dois salários mínimos [t(8) = 3, 553; p = 0, 007] [t(4) = 3, 091; p = 0, 037], quanto aos ouvintes com renda de cinco salários mínimos ou mais [t(14) = 3, 324; p = 0, 005] [t(10) = 3, 556; p = 0, 005]. Surdos com renda de um e meio a dois salários mínimos tiveram um índice maior do que os ouvintes com renda de dois a três salários mínimos [t(13) = 2, 843; p = 0, 014] (Figura 3). No total da escala, concernentes aos ouvintes com renda de três a quatro salários mínimos, o índice foi maior do que ouvintes com renda de até um salário mínimo, de dois a três salários mínimos e de cinco ou mais salários mínimos [t(12) = 2, 729; p = 0, 018]; [t(9) = 2, 661; p = 0, 026]; [t(10) = 4, 296; p = 0, 002]. Não houve diferença significativa no total do grupo surdo, nem entre ouvintes e surdos.



\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Figura 3 – Comparação dos fatores da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por renda



\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Figura 4 – Comparação do total da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por renda

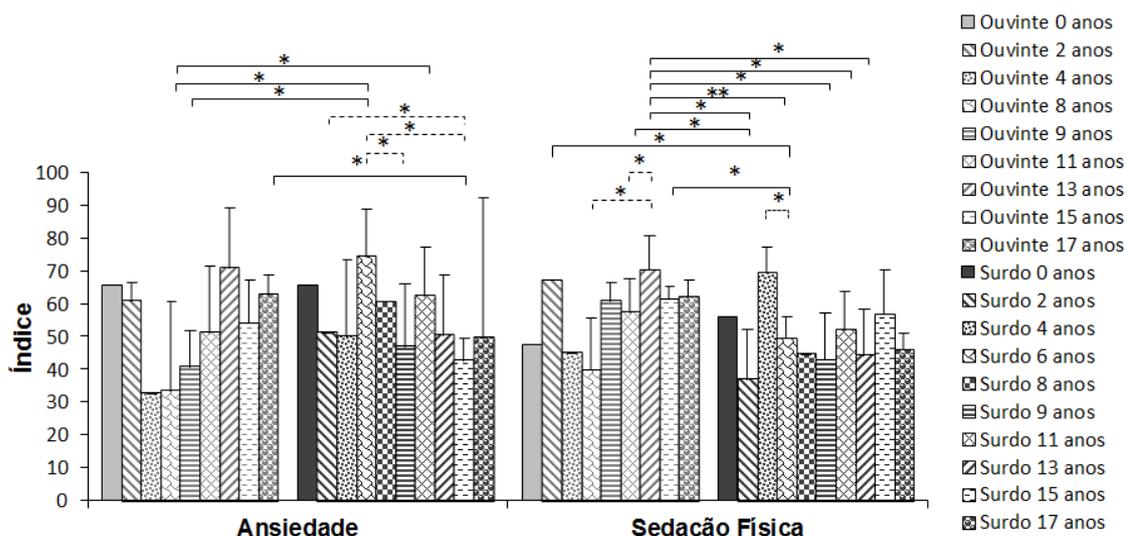
Ao considerar a distribuição dos grupos por grau de instrução no fator ansiedade, surdos que tinham 15 anos de estudos apresentaram um índice menor em comparação aos surdos que tinham de 02 a 06 anos de estudos [ $t(3) = 4,361$ ;  $p = 0,022$ ], [ $t(5) = 3,383$ ;  $p = 0,020$ ] e surdos que estudaram 09 anos, o índice foi menor do que os que tinham estudado 06 anos [ $t(7) = 2,364$ ;  $p = 0,050$ ]. Ainda nesse fator, ansiedade, houve alteração entre os grupos, sendo que, surdos que haviam estudado 06 anos, obtiveram maior índice que os ouvintes que tinham estudado 08 e 09 anos [ $t(6) = 2,662$ ;  $p = 0,037$ ], [ $t(5) = 3,297$ ;  $p = 0,022$ ]. Os surdos que tinham 11 anos de estudos, o índice foi maior do que os ouvintes que haviam estudado 08 anos [ $t(9) = 2,337$ ;  $p = 0,044$ ]. Para os surdos que tinham estudado 15 anos, o índice foi menor do que os ouvintes que tinham 17 anos de estudos [ $t(3) = 3,217$ ;  $p = 0,049$ ] (Gráfico 4).

Em relação ao fator sedação física também houve alteração nos índices, no qual os ouvintes que tinham 13 anos de estudos apresentaram um índice maior do que os ouvintes que tinham 08 e 11 anos de estudos [ $t(6) = 3,268$ ;  $p = 0,017$ ], [ $U = 48$ ;  $p = 0,043$ ]. No grupo surdo, os que haviam estudado 06 anos, o índice foi menor em comparação aos que tinham 04 anos de estudos [ $t(4) = 3,404$ ;  $p = 0,027$ ]. Verificou-se também que, entre os grupos (surdos e ouvintes), os surdos que tinham 02 anos de estudos, o índice foi menor do que os ouvintes que tinham 11 e 13 anos de estudos [ $U = 3$ ;  $p = 0,038$ ], [ $t(4) = 3,334$ ;  $p = 0,029$ ]. Para os surdos que haviam estudado 06 anos, o índice foi menor do que os ouvintes que haviam estudado 02 e 15 anos [ $t(4) = 3,636$ ;  $p = 0,022$ ], [ $t(5) = 2,811$ ;  $p = 0,038$ ]; e para os surdos, que tinham estudado 06, 09, 11 e 13 anos, o índice foi menor do que os ouvintes que tinham estudado 13 anos [ $t(6) = 3,464$ ;  $p = 0,013$ ], [ $t(7) = 3,194$ ;  $p = 0,015$ ], [ $t(9) = 2,592$ ;  $p = 0,029$ ], [ $t(6) = 2,973$ ;  $p = 0,025$ ].

No fator sedação mental houve alteração entre os grupos, sendo que, surdos com 02, 04 e 15 anos de estudos, o índice foi maior em comparação aos ouvintes com 09 anos

de estudos [ $t(3) = 5,501$ ;  $p = 0,012$ ], [ $t(3) = 5,666$ ;  $p = 0,011$ ], [ $t(4) = 3,652$ ;  $p = 0,022$ ]. Os surdos que tinham 15 anos de estudos, o índice foi maior do que os ouvintes que tinham 17 anos de estudos [ $t(3) = 3,593$ ;  $p = 0,037$ ] (Gráfico 5).

No total da escala, ouvintes que tinham 11 e 13 anos de estudos, o índice foi maior do que os ouvintes que tinham 08 anos de estudos [ $t(13) = 3,018$ ;  $p = 0,010$ ]; [ $t(6) = 2,572$ ;  $p = 0,042$ ]. Ainda no total, houve diferenças significativas entre os grupos (surdos e ouvintes) sendo que, surdos que tinham 04 anos de estudos, o índice foi maior do que os ouvintes que tinham 06, 11 e 15 anos de estudos [ $t(4) = 3,200$ ;  $p = 0,033$ ]; [ $t(11) = 2,749$ ;  $p = 0,019$ ]; [ $t(3) = 4,295$ ;  $p = 0,023$ ]. Quanto aos surdos que tinham 02 anos de estudos, o índice foi maior do que os ouvintes que tinham 13 anos de estudos [ $t(3) = 7,116$ ;  $p = 0,006$ ].



\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Figura 5 – Comparação dos fatores ansiedade e sedação física da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte por anos de estudo

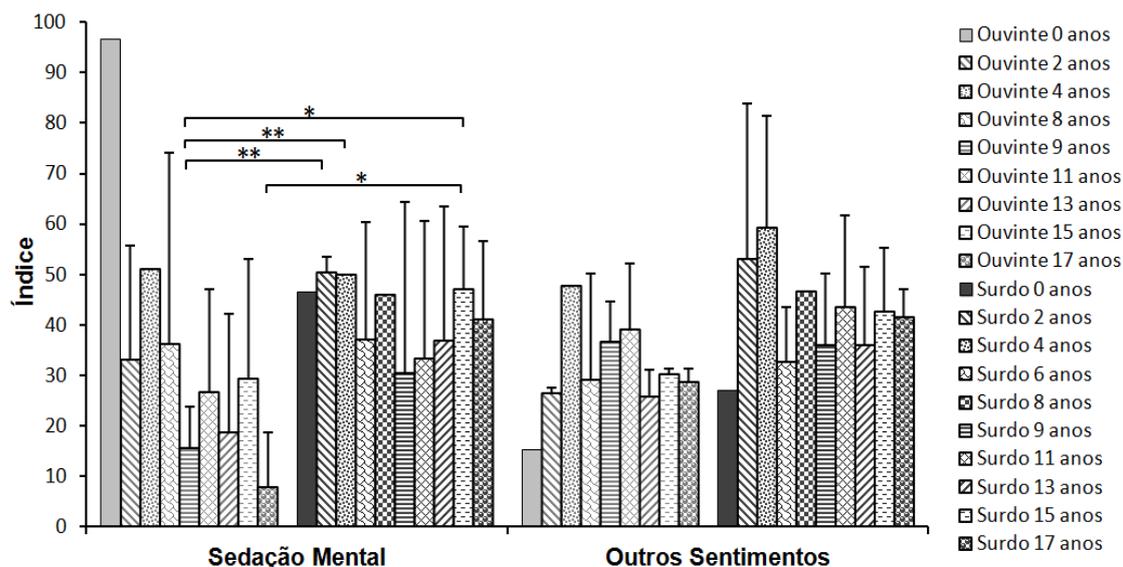


Figura 6 – Comparação dos fatores sedação mental e outros sentimentos da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por anos de estudo

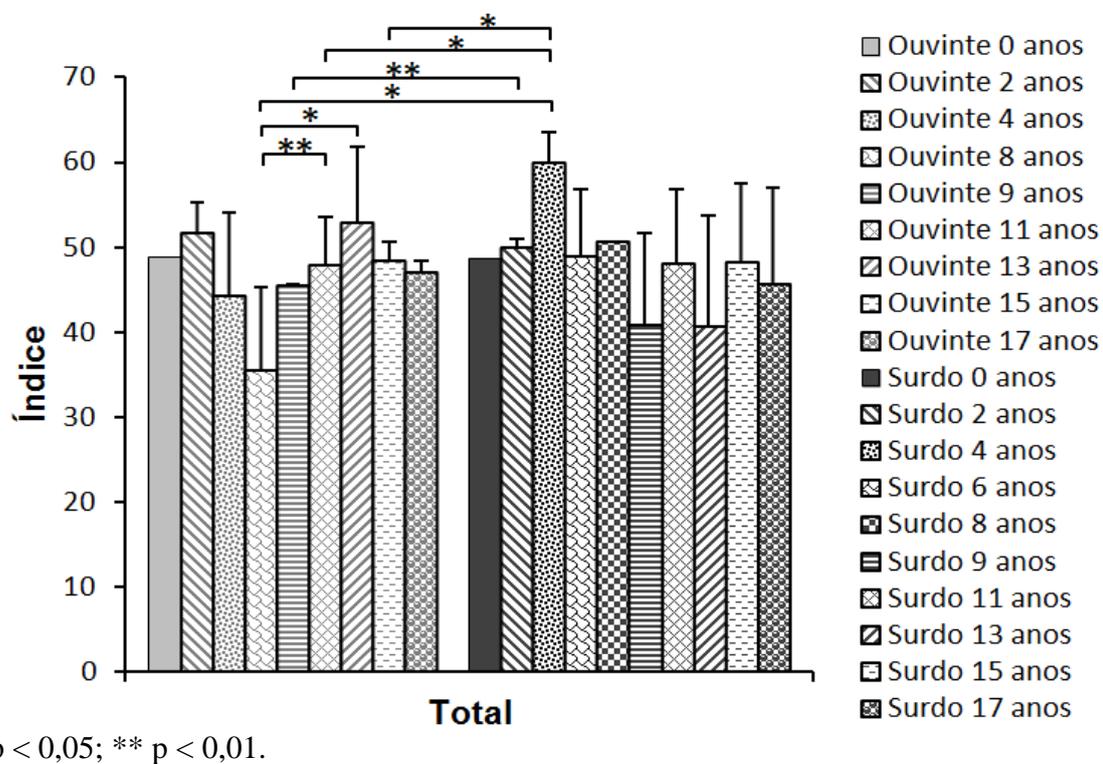


Figura 7 – Comparação do total da Escala Analógica de Humor entre o grupo ouvinte e surdo por anos de estudo

Analisou-se também a correlação nas variáveis, renda, grau de instrução e idade com cada um dos fatores, ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e total, no grupo ouvinte e no grupo surdo. Os valores das correlações e os níveis de significância associados estão dispostos na Tabela (8)

Tabela 8 – Correlação das variáveis, renda, grau de instrução e idade com os fatores da EAH.

	Condição	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros Sentimentos	Total
<b>Renda</b>	Ouvinte	$\rho=0,212$ ; $p=0,250$	$\rho=0,467$ ; $p=0,00834^*$	$\rho=-0,266$ ; $p=0,146$	$\rho=0,0390$ $p=0,833$	$\rho=0,0979$ $p=0,0773$
	Surdo	$\rho=-0,362$ ; $p=0,0537$	$\rho=0,297$ ; $p=0,117$	$\rho=-0,0852$ ; $p=0,657$	$\rho=0,0735$ ; $p=0,702$	$\rho=-0,0644$ ; $p=0,737$
<b>Grau de instrução</b>	Ouvinte	$\rho=0,312$ ; $p=0,0872$	$\rho=0,390$ ; $p=0,0303^*$	$\rho=-0,300$ ; $p=0,0997$	$\rho=0,0414$ ; $p=0,823$	$\rho=0,237$ ; $p=0,196$
	Surdo	$\rho=-0,218$ ; $p=0,236$	$\rho=-0,0384$ ; $p=0,836$	$\rho=-0,138$ ; $p=0,458$	$\rho=0,0155$ ; $p=0,934$	$\rho=-0,182$ ; $p=0,324$
<b>Idade</b>	Ouvinte	$\rho=0,403$ ; $p=0,0248^*$	$\rho=0,0472$ ; $p=0,799$	$\rho=-0,303$ ; $p=0,0974$	$\rho=-0,212$ ; $p=0,250$	$\rho=0,0699$ ; $p=0,707$
	Surdo	$\rho=0,0187$ ; $p=0,920$	$\rho=0,381$ ; $p=0,0347^*$	$\rho=0,0437$ ; $p=0,814$	$\rho=0,110$ ; $p=0,551$	$\rho=0,267$ ; $p=0,145$

\* Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

No grupo ouvinte, foi verificada correlação positiva na variável renda e escolaridade *versus* sedação física (gráfico 8, 9) e correlação positiva na variável idade *versus* ansiedade (gráfico 10). No grupo surdo foi encontrada correlação positiva na variável idade *versus* sedação física (gráfico 11).

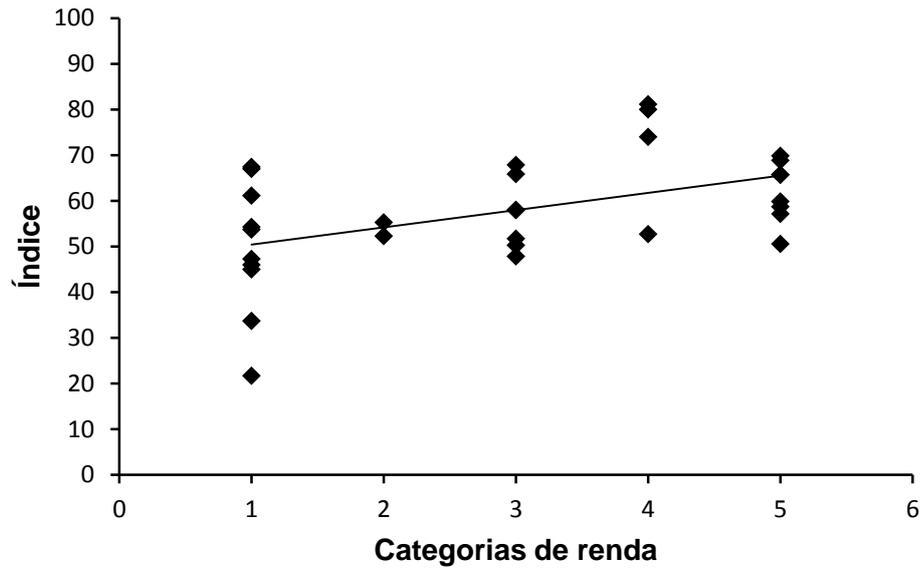


Figura 8 – Correlação da sedação física *versus* renda em ouvintes

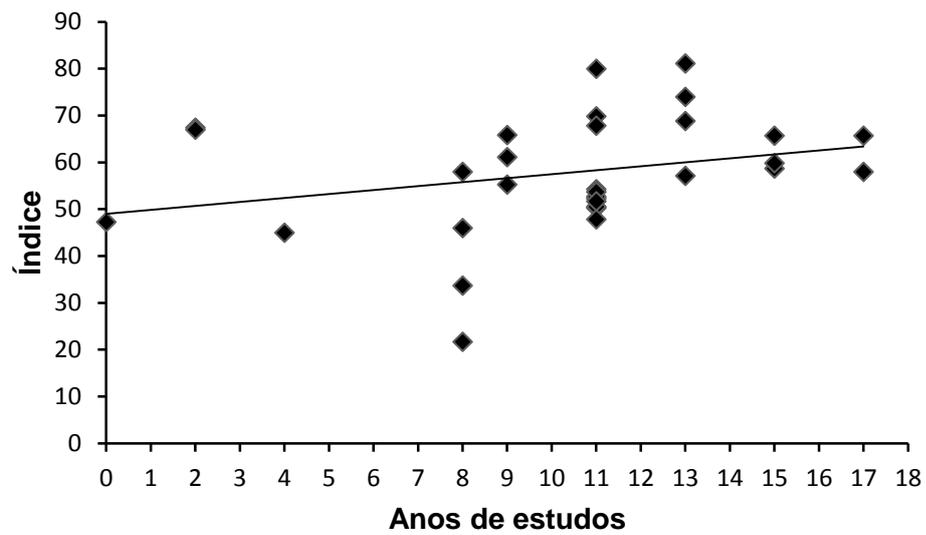


Figura 9 – Correlação da sedação física *versus* grau de instrução em ouvintes

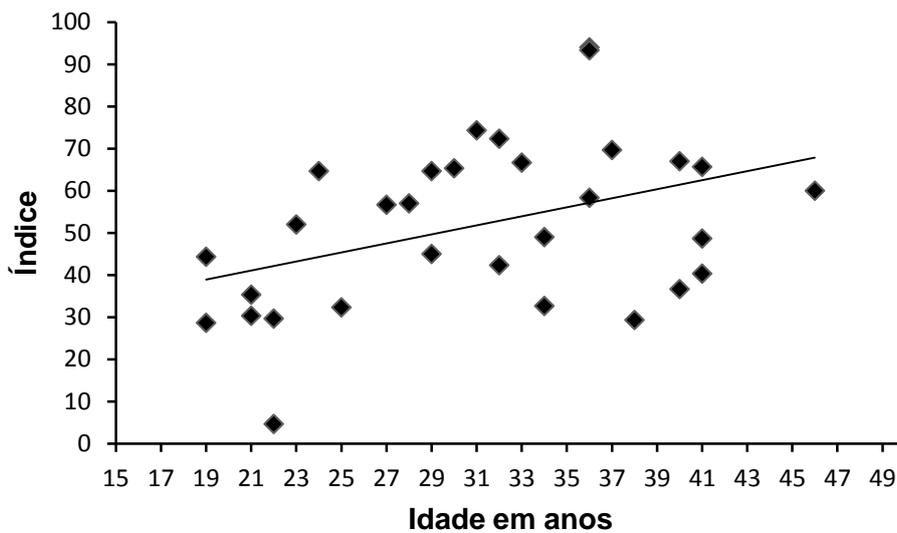


Figura 10 – Correlação da ansiedade *versus* idade em ouvintes

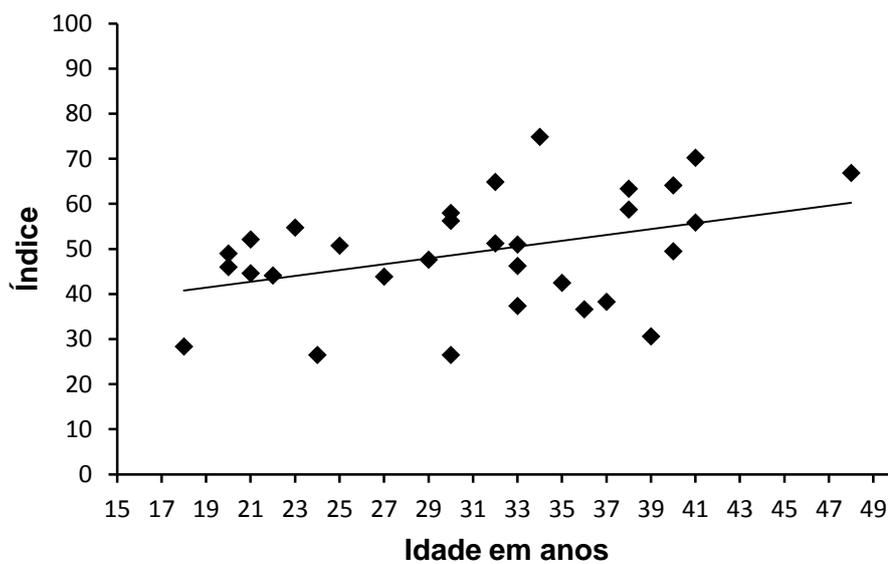


Figura 11 – Correlação da sedação física *versus* idade em surdos

## 5. DISCUSSÃO

Estudos relativos à ansiedade têm sido desenvolvidos em diversas áreas, principalmente das ciências sociais e da saúde, por ser a ansiedade uma desordem complexa e de grande relevância, entretanto, pouco é sabido sobre a ansiedade em pessoas surdas, principalmente na população brasileira. As escalas são ferramentas para medir/avaliar a ansiedade e nesse sentido esse estudo utilizou a EAH padrão e a EAH adaptada em LIBRAS.

Uma das vantagens da utilização da EAH é a facilidade de preenchimento (Guimarães, 1998). Entretanto, durante a aplicação da escala, os participantes dos dois grupos mostraram-se confusos no momento do preenchimento da EAH, e, por esse motivo, foram necessárias intervenções durante a aplicação. Além da dificuldade na compreensão do preenchimento também se observou difícil compreensão, por parte da maioria dos participantes do grupo surdo, em relação a alguns sentimentos dos itens que constam na escala, a exemplo de: ágil, dinâmico, perspicaz, hostil. Como a aplicação da EAH era individual, as dúvidas eram sanadas imediatamente, pela falante de LIBRAS. Assim como Hexsel (2004), sugerimos sinônimos para alguns dos adjetivos situados nos extremos de cada escala.

Os quatro fatores da EAH, ansiedade, sedação física, sedação mental e outros sentimentos foram comparados entre os grupos, entre os sexos, entre e dentro dos grupos na variável renda e grau de instrução.

A comparação dos fatores ansiedade, sedação física, sedação mental, outros sentimentos e total da EAH, entre o grupo ouvinte e surdo, apontou um índice nas respostas da sedação física, menor no grupo surdo que no grupo ouvinte. Não houve diferença entre os demais fatores. Uma possibilidade para esse resultado pode ser o fato de

que o grupo surdo preencheu a EAH, em horário de lazer; já o grupo ouvinte preencheu a escala, no ambiente de trabalho e em seus respectivos horários de trabalho.

Ao analisar os fatores da EAH entre os grupos, ouvinte e surdo distribuídos por sexo, verifica-se que o índice das respostas no fator outros sentimentos foi maior no grupo surdo, tanto no sexo feminino quanto masculino, em relação ao grupo ouvinte do sexo masculino. Observou-se que, nos diferentes estudos sobre ansiedade e depressão em diferentes grupos, infantil, adolescentes e adultos, normalmente os participantes do sexo feminino são mais ansiosos do que os participantes do sexo masculino (Isolan, Salum, Oswski, Amaro & Manfro, 2011; Fernandes & Terra, 2008; Rodrigues & Pelisoli, 2008; Gama, Moura, Araújo & Teixeira-Silva, 2008; Maragno et al, 2006; Batista & Oliveira, 2005).

A renda interferiu no nível de ansiedade, sedação física, sedação mental e total. No fator ansiedade verificou-se que, dentro do grupo surdo, renda menor é uma condição para o aumento da ansiedade e na sedação mental renda maior foi uma condição para o aumento do índice de sedação mental. No grupo ouvinte renda maior foi condição para o aumento do índice de sedação física. Surdos com menores rendas tiveram uma diminuição da sedação física em relação aos ouvintes com as maiores rendas. Esse resultado pode ser em função de que, normalmente pessoas ouvintes, que recebem uma maior renda, ocupam cargos que demandam maiores responsabilidades gerando mais desgaste físico.

Surdos que ganham mais apresentam um maior índice de sedação mental em função de surdos que ganham menos, isso pode significar que surdos com maior renda, sofrem mais desgaste mental. Ainda no fator sedação mental surdo que têm uma renda intermediária, apresentam um maior índice nas respostas em relação aos ouvintes com renda intermediária a alta. Maragno et al. (2006) verificaram que as categorias de menor renda apresentaram prevalência de transtornos mentais comuns significativamente maior

quando comparados as categorias de maior renda. Guida e Ludlow (1989) também encontraram diferenças em ansiedade de teste entre estudantes norte-americanos e chilenos com nível sócio econômico alto (NSE); houve menos ansiedade de teste do que os norte-americanos e chilenos que tinham NSE mais baixos. Registraram, ainda, uma interação entre NSE e cultura, na qual os estudantes estadunidenses que tinham NSE alto e médio apresentaram menos ansiedade de teste do que os chilenos correspondentes ao NSE. E os norte-americanos negros de NSE baixos apresentaram maiores escores do que os chilenos com a mesma renda. Em outro estudo, em que foi examinada a relação de ansiedade e depressão com o status social, dados apontaram que a depressão, quando comparada com sujeitos de NSE alto e baixo, era maior nos sujeitos de NSE baixo (Murphy, Olivier, Monson & Sobol 1991). Estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006), em mulheres no período de um mês após o parto, avaliadas com o IDATE, mostrou que maior renda diminui o risco de ansiedade no pós- parto. Kvam, Loeb e Tambs (2007) em um estudo com surdos e ouvintes, concluiu que o fator socioeconômico pode influenciar a incidência de problemas mentais na população surda.

Os resultados da distribuição dos grupos por grau de instrução expressam que, no grupo surdo, os que têm mais anos de estudos demonstram, no fator ansiedade, um índice menor nas respostas. Ainda nesse fator, os surdos, com 06 e 11 anos de estudos, apresentam um índice maior de ansiedade em relação ao grupo ouvinte com 08 anos de estudos e, além disso, surdos com 08 anos de estudos também apresentaram índice maior do que os ouvintes com 09 anos de estudos; e os surdos com 15 anos de estudos demonstraram um índice menor de ansiedade em relação aos ouvintes com 17 anos de estudos.

Em relação ao fator, sedação física também incidiu alterações nos índices, nos quais ouvintes com 13 anos de estudos, o índice nas respostas foi maior ao comparar com

os dos ouvintes 08 e 11 anos de estudos. No grupo surdo, para os que têm 04 anos de estudos, o índice nas respostas foi maior do que os que possuem 06 anos de estudos. Verificou-se também que, entre os grupos (surdos e ouvintes), os surdos que têm 02 anos de estudos, o índice nas repostas foi menor do que os ouvintes que possuem 11 e 13 anos de estudos. Os surdos que têm 06 anos de estudos apresentam um índice menor do que os ouvintes que possuem 02 e 15 anos de estudos, já os surdos com 06, 09, 11 e 13 anos de estudos, apresentam um índice menor do que os ouvintes com 13 anos de estudos.

No fator sedação mental houve alteração entre os grupos (surdos e ouvintes), no qual surdos com 02, 04 e 15 anos de estudos, demonstraram um índice nas respostas maior em relação aos ouvintes com 09 anos de estudos. Surdos com 15 anos de estudos tiveram um índice maior em relação aos ouvintes com 17 anos de estudos.

Constata-se que, o grau de instrução é uma variável que influencia os fatores ansiedade, sedação física e sedação mental sem alterar o fator outros sentimentos. Por sua vez Maragno et al. (2006) observaram uma tendência linear de aumento da prevalência de transtornos mentais comuns em função do menor grau de escolaridade. Guidolin e Célia (2011) desenvolveram um estudo junto a mães que tiveram seus filhos internados, e verificaram que, menor grau de escolaridade das mães esteve associado com maior probabilidade de apresentar ansiedade.

Nosso estudo aponta que, em ouvintes, há uma correlação positiva entre a renda familiar e a sedação física ao contrário do grau de instrução que teve uma correlação negativa com a sedação mental. Em surdos há uma correlação positiva entre idade e a sedação física.

Estudo de Maragno et al. (2006) apresenta uma tendência linear de prevalência de transtornos mentais comuns relacionados com a idade. Além disso, Araújo, Pacheco, Pimenta e Kac, (2008) verificaram um risco 40% maior para apresentar ansiedade em

grupos com menor escolaridade e, ainda segundo Maragno et al (2006), a baixa escolaridade influencia a capacidade de solucionar problemas, afetando portanto, os quadros de ansiedade.

## 6. CONCLUSÃO

Verificamos a escassez de estudos referentes à ansiedade e surdez, principalmente aplicados junto à população brasileira. A ansiedade pode ser avaliada através de escalas, que são uma ferramenta importante e valiosa para pesquisas de campo. Desta forma, nossos dados indicam que:

- 1) Na comparação dos grupos (surdos e ouvintes), surdos apresentam menor índice de sedação física que ouvintes;
- 2) Quanto ao sexo, surdos homens e mulheres apresentam maior índice no fator outros sentimentos do que homens ouvintes;
- 3) Na comparação da renda, surdos com menor renda apresentam menor índice de sedação física do que ouvintes com maior renda e ainda surdos com renda intermediária tem mais sedação mental do que ouvintes com renda intermediária a alta;
- 4) Quanto ao grau de instrução, no fator ansiedade, surdos com 06, 08 e 11 anos de estudos, apresentam maior índice de ansiedade do que ouvintes com 08 e 11 anos de estudos, no entanto, surdos com 15 anos de estudos demonstram um índice menor de ansiedade quando comparado a ouvintes com 17 anos de estudos; Já no fator sedação física, surdos com 02, 06, 09 e 13 anos de estudos apresenta um índice menor que ouvintes com 02, 11, 13 e 15 anos de estudos; no entanto, no fator sedação mental, surdos com 02, 04 e 15 anos de estudos, demonstra maior índice em comparação aos ouvintes com 09 e 17 anos de estudos;
- 5) Em surdos há uma correlação positiva entre idade e a sedação física.

Em geral, nosso estudo indica que, embora haja diferenças em alguns fatores de análise, a EAH se mostrou igualmente sensível em ambas as amostras.

O sexo, a renda e o grau de instrução tiveram influência nos índices, semelhantes aos de outras populações.

Ainda que os participantes tenham demonstrado algumas limitações, a exemplo da dificuldade na compreensão do preenchimento e do significado de alguns sentimentos dos itens que constam na escala, a EAH adaptada para surdos mostrou-se sensível para avaliação da ansiedade em surdos, visto que foram detectadas diferenças existentes entre a população surda e ouvinte, corroborando com dados da literatura que assinalam diferenças entre os grupos.

A utilização de escalas adaptadas para os surdos facilita a inclusão diagnóstica dessa população específica, que às vezes é subdiagnosticada.

## 7. REFERÊNCIAS

- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6).
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. R. N., Pimenta, A.M.P., & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8 (3), 333-340.
- Baines, D., Patterson, N., & Austen, S. (2010). An Investigation into the Length of Hospital stay for deaf mental health service users. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15 (2), 179-184.
- Baldwin, D. S., Ajel, K. L., & Garner, M. J. (2008). Anxiety disorders. *Medicine*, 36 (8), 415-421.
- Barata, T. J. E. (2007). *Avaliação clínica de dois métodos minimamente invasivos: Químico-mecânico e Mecânico* (ART). (Tese de Doutorado). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil.
- Batista, M. A., & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (2), 43-50.
- Bittencourt, Z. Z. L. C., França, M. F. C., Monteiro, C. R., & Francisco, D. D. (2011). Surdez, redes sociais e proteção social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 769-776.
- Bond, A. J., & Lander, M. H. (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings. *Br J Med Psychol* 47, 211-218.
- Black, P. A., & Glickman, N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of north american deaf and hard-or-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11 (3), 303-321.

- Coll, C., Marchesi, A., & Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. 2ª edição, tradução, Fátima Murad. Artmed. Pag 171-192.
- Del Porto, J. A., Laranjeiras, R. R., & Mansur, J. (1983). Escalas de auto-avaliação de estados subjetivos. Influência das instruções. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32, 87-90.
- Dolnick, E. (1993). Deafness as culture. *The Atlantic*, 272 (3).
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (3), 171-178.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., & Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf people. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40, 737-742.
- Fellinger J, Holzinger D, & Pollard R. (2012). Mental health of deaf people [Abstract]. *Lancet*. 379 (9820),1037-1044.
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social – estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (2), 122-126.
- Gama, M. M. A., Moura, G.S, Araújo, R. F., & Teixeira-Silva, F. (2008) Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1), 19-24.
- Gentil, V. (1997). *Ansiedade e Transtornos Ansiosos*. In: Valentim Gentil, Francisco Lotufo-Neto e Márcio Antonini Bernik (org.): *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Edusp.
- Gorenstein, C. (1984). *Estudo de equivalência de dosagem de hipnóticos benzodiazepínicos. Efeitos residuais e sedação aguda*. (Tese de Doutorado), Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- Graeff, F. G. (1994). Neuroanatomy and neurotransmitter regulation of defensive behaviors and related emotions in mammals. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 27, 811-819.
- Guida, F. W., & Ludlow, L. H. (1989). A cross-cultural study of test anxiety. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20, 178-190.
- Guidolin, B. L., & Célia, S. A. H. (2011). Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 80-86.
- Guimarães, F. S. (1998). Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 25(5), 217-222.
- Guimarães, F. S., Zuardi, A. W., Gentil, V., & Greeff, G. (1998). A importância do Treinamento Prévio para uma melhor utilização da Escala Analógica de humor de Norris. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 10, 5-7.
- Hexsel, A. M. (2004). *Resposta antidepressiva aguda ao metilfenidato na depressão maior: ensaio clínico randomizado duplo-cego*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Amaro, E., & Manfro, G. G. (2011). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Brazilian children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 741-748.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, S. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (Supl II), S43-50.

- Kvam, M.H., Loeb, M., Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12 (1), 1-7.
- Li, H., & Prevatt, F. (2010). Deaf and hard of hearing children and adolescents in China: their fears and anxieties. *American Annals of the deaf*, 155 (4), 458-466.
- Maragno, L. Goldbaum, M., Gianini, R.J., Novaes, H. M. D., César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (8), 1639-1648.
- Murphy, J. M., Olivier, D. C., Monson, R. R., & Sobol A. M. (1991). Depression and anxiety in relation to social status: A prospective epidemiologic study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 223-229.
- Oliveira, P., Castro, F., & Ribeiro, A. (2002). Surdez infantil. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68 (3), 417-423.
- Oliveira, M. A. O., & Lima, R. F. (2010). *A Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) na formação de professores*. (Trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação Libras e Educação de Surdos). Em: [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt).
- Prendergast, Y., Beck, H., & Tuohy, B. (2003). *Free your mind: A research project into the needs of Deaf people experiencing mental distress in Leeds*. Leeds: Leeds Deaf and Mental Health Working Party.
- Rodrigues, D. G., & Pelisoli, C. (2008). Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008; 35(5), 171 - 177.
- Sanchez, C. N. M., & Gouveia Jr, A. (2008). Adaptação da EAH para população de surdos falantes de LIBRAS. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 10 (2), 171 - 179.

- Sanchez, C. N. M. (2007). *Ansiedade e Surdez: comparação da ansiedade relatada entre não-surdos e surdos falantes de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) no teste do falar em público*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Bauru, Brasil.
- Santana, A. P., & Bergamo, A. (2005). Cultura e identidade surdas: Encruzilhada de lutas sociais e teóricas. *Educ. Soc. Campinas*, 26 (1), 565-582.
- World Health Organization. (1991). Report of the informal working group on prevention of deafness and hearing impairment programme planning. Geneva.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7 (1), 077-092.
- Zuardi, A. W., & Karniol, I. G. (1981). Estudo transcultural de uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 31, 403-496.
- Zuardi, A. W., Cosme, R. A. & Guimarães, F. S. (1993). Effects of ipsapirone and cannabidiol on human experimental anxiety. *Journal of Psychopharmacology*, 07, 82-88.

## ANEXO I

## Escala Analógica de Humor

**INSTRUÇÕES:** Avalie como você se sente agora em relação aos itens abaixo.

Considere cada linha como representando a variedade completa de cada dimensão, isto é, as extremidades indicam o máximo de cada condição. Marque claramente cada linha com um traço vertical.

<b>Alerta</b>	_____	<b>Sonolento</b>
<b>Calm</b>	_____	<b>Agitado</b>
<b>Forte</b>	_____	<b>Frac</b>
<b>Confuso</b>	_____	<b>Com Idéias Claras</b>
<b>Ágil</b>	_____	<b>Desajeitado</b>
<b>Apático</b>	_____	<b>Dinâmico</b>
<b>Satisfeito</b>	_____	<b>Insatisfeito</b>
<b>Preocupado</b>	_____	<b>Tranqüilo</b>
<b>Raciocínio Difícil</b>	_____	<b>Perspícaz</b>
<b>Tenso</b>	_____	<b>Relaxado</b>
<b>Atento</b>	_____	<b>Distraído</b>
<b>Incompetente</b>	_____	<b>Competente</b>
<b>Alegre</b>	_____	<b>Triste</b>
<b>Hostil</b>	_____	<b>Amistoso</b>
<b>Interessado</b>	_____	<b>Desinteressado</b>
<b>Retraído</b>	_____	<b>Sociável</b>

## ANEXO II

### Escala Analógica de Humor

**INSTRUÇÕES:** Avalie como você se sente agora em relação aos itens abaixo.  
Considere cada linha como representando a variedade completa de cada dimensão, isto é, as extremidades indicam o máximo de cada condição.  
Marque claramente cada linha com um traço vertical.

Alerta



Sonolento



Calmo



Agitado



Forte



Fraco



Confuso

Com Idéias Claras



Ágil

Desajeitado



Apático



Dinâmico



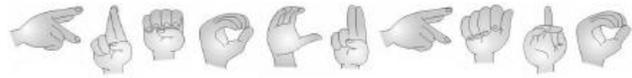
Satisfeito



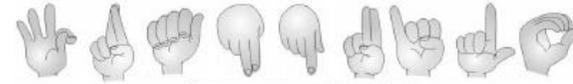
Insatisfeito



Preocupado



Tranquilo



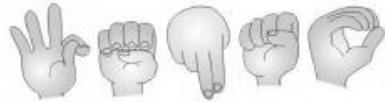
Perspícaz



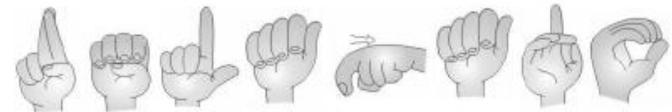
Raciocínio Difícil



Tenso



Relaxado



Atento



Distraído



Competente

Incompetente



Alegre

Triste



Hostil



Amistoso



Interessado



Desinteressado



## Retraído



## Sociável



## APÊNDICE 01

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a mestranda Edilane Lourenço da Costa, aluna do Programa de Pós- Graduação em Psicologia: Teoria e Pesquisa do Comportamento a realizar a pesquisa intitulada “**Análise comparativa da ansiedade relatada em surdos e ouvintes**”.

O estudo sob orientação do Prof. Dr. Amauri Gouveia Jr, tem por objetivo verificar se há diferença nas respostas de surdos e ouvintes, quanto ao índice de ansiedade.

Para o desenvolvimento desse estudo será utilizada a Escala Analógica de Humor (EAH). Constituindo-se em uma escala de auto-aplicação, composta por 16 itens, cada qual composto por linha reta de 100mm ligando dois adjetivos de sentidos opostos.

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

As informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa, e será assegurado o sigilo dos dados, eles serão analisados em conjunto com os dos outros participantes, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a identificação do participante.

Você será indenizado por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas estão garantidos os recursos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Edilane Lourenço da Costa

Endereço: Estrada dos 40 horas, Condomínio Villa Firenze, 0620

Telefones: 8123-3621

#### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma. Declaro ainda que, por minha vontade, aceito participar da pesquisa, cooperando com a coleta de material para análise.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## APÊNDICE 02

### PROTOCOLO DE APLICAÇÃO DA ESCALA ANALÓGICA DE HUMOR

- 1- Explicar o objetivo da escala: que é medir/avaliar o estado atual da pessoa, em relação à intensidade do sentimento de cada item que contém na escala;
- 2- Informar que a escala será aplicada uma única vez e que em caso de erro a pessoa poderá solicitar outra cópia da escala;
- 3- Ler cautelosamente, as instruções para o preenchimento da EAH;
- 4- Utilizar uma escala, idêntica a do participante, para explicar na prática, como fazer um traço na linha, que liga os dois adjetivos;
- 5- Informar que a linha que liga os dois adjetivos de sentidos opostos contém 10 centímetros e que as extremidades é o máximo, o mais intenso que se pode sentir naquele item;
- 6- Explicar o significado de cada adjetivo que consta na escala, para facilitar a compreensão dos participantes;
- 7- Perguntar se o participante compreendeu todas as informações;
- 8- Pedir para o participante começar a preencher a escala;
- 9- Explicar novamente, o preenchimento e o significado das palavras, em caso de solicitação do participante.

## APÊNDICE 03

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

ENTRE GRUPOS					
Grupos	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
Ouvinte x Surdos	t(60) = 0,954; p = 0,344	<b>t(60) = 2,609; = 0,011*</b>	t(60) = 1,704; p = 0,093	U = 840,000; p = 0,056	U = 945,500; p = 0,668

ENTRE GRUPOS E INTRA GRUPOS, POR SEXO					
Grupo/sexo	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
Ouvinte mulheres x Surdo mulheres	t(18) = 1,554; p = 0,138	t(18) = 1,797; p = 0,089	t(18) = 0,237; p = 0,816	t(18) = 0,301; p = 0,767	t(18) = 0,424; p = 0,677
Ouvinte homens x Surdo homens	t(40) = 0,250; p = 0,804	t(40) = 1,941; p = 0,059	t(40) = 1,833; p = 0,074	<b>t(40) = 2,415; p=0,020*</b>	U = 418,500; p = 0,414
Ouvinte mulheres x Ouvinte homens	t(29) = 0,108; p = 0,915	t(29) = 0,043; p = 0,966	U = 157,000; p = 0,916	t(29) = 1,625; p = 0,115	U = 176,000; p = 0,512
Surdo mulheres x Surdo homens	t(29) = 1,234; p = 0,227	t(29) = 0,104; p = 0,918	t(29) = 1,748; p = 0,091	U = 154,500; p = 0,833	t(29) = 0,166; p = 0,869
Ouvinte mulheres x Surdos homens	t(29) = 0,348; p = 0,731	t(29) = 1,735; p = 0,093	t(29) = 1,904; p = 0,067	U = 149,000; p = 0,657	t(29) = 0,227; p = 0,822
Ouvinte homens x Surdo mulheres	t(29) = 1,312; p = 0,200	t(29) = 1,711; p = 0,098	U = 171,000; p = 0,657	<b>t(29) = 2,125; p=0,042*</b>	U = 160,000; p = 0,983

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

RENDA DO GRUPO OUVINTE					
Quantidade de Salários mínimos	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
1 x 2	t(10) = 0,389; p = 0,705	t(10) = 0,383; p = 0,709	t(10) = 1,045; p = 0,321	t(10) = 0,371; p = 0,718	t(10) = 0,172; p = 0,867
1 x 3	t(15) = 0,547; p = 0,593	t(15) = 1,227; p = 0,239	t(15) = 1,324 ; p = 0,205	t(15) = 0,702 ; p = 0,493	U = 73,000 ; p = 0,354
1 x 4	t(12) = 1,461; p = 0,170	<b>t(12) = 2,666; p = 0,021*</b>	t(12) = 0,277; p = 0,786	U = 28,000; p = 0,832	<b>t(12) = 2,729; p = 0,018*</b>
1 x 5	t(16) = 0,855; p = 0,405	<b>t(16) = 2,232; p = 0,040*</b>	t(16) = 1,723; p = 0,104	U = 81,000; p = 0,689	t(16) = 1,262; p = 0,225
2 x 3	t(7) = 0,108; p = 0,917	U = 9,000; p = 0,884	U = 10,000; p = 1,000	t(7) = 0,0857; p = 0,934	U = 5,000; p = 0,222
2 x 4	t(4) = 0,770; p = 0,484	t(4) = 1,827; p = 0,142	t(4) = 0,973; p = 0,385	t(4) = 0,225; p = 0,833	<b>t(4) = 3,048; p = 0,038*</b>
2 x 5	t(8) = 0,113; p = 0,913	t(8) = 1,679; p = 0,132	t(8) = 0,145; p = 0,888	t(8) = 1,067; p = 0,317	t(8) = 1,731; p = 0,122
3 x 4	t(9) = 1,304; p = 0,225	<b>t(9) = 2,403; p = 0,040*</b>	U = 28,000; p = 0,527	U = 20,000; p = 0,527	<b>t(9) = 2,661; p = 0,026*</b>
3 x 5	t(13) = 0,330; p = 0,747	t(13) = 1,347; p = 0,201	t(13) = 0,434; p = 0,671	U = 59,000; p = 0,779	U = 54,000; p = 0,867
4 x 5	t(10) = 1,273; p = 0,232	t(10) = 1,777; p = 0,106	t(10) = 1,278; p = 0,230	U = 18,000; p = 0,214	<b>t(10) = 4,296; p = 0,002*</b>

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

RENDA DO GRUPO SURDO					
Quantidade de Salários mínimos	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
1 x 2	t(12) = 0,538; p = 0,600	t(12) = 1,064; p = 0,308	t(12) = 0,405; p = 0,692	t(12) = 0,771; p = 0,455	t(12) = 1,230; p = 0,242
1 x 3	t(10) = 1,439; p = 0,181	t(10) = 1,547; p = 0,153	t(10) = 0,831; p = 0,425	t(10) = 0,435; p = 0,673	t(10) = 0,0701; p = 0,945
1 x 4	t(8) = 0,610; p = 0,559	t(8) = 1,296; p = 0,231	t(8) = 1,267; p = 0,241	t(8) = 0,112; p = 0,913	t(8) = 0,431; p = 0,678
1 x 5	t(9) = 1,888; p = 0,092	t(9) = 2,108; p = 0,064	t(9) = 0,602; p = 0,562	t(9) = 0,274; p = 0,790	t(9) = 0,125; p = 0,903
2 x 3	<b>t(12) = 2,242; p = 0,045*</b>	t(12) = 0,325; p = 0,751	t(12) = 1,902; p = 0,081	t(12) = 0,260; p = 0,799	t(12) = 0,940; p = 0,366
2 x 4	U = 24,000; p = 0,808	t(10) = 0,0548; p = 0,957	t(10) = 1,974; p = 0,077	t(10) = 0,610; p = 0,555	t(10) = 0,662; p = 0,523
2 x 5	<b>t(11) = 2,902; p = 0,014*</b>	t(11) = 0,642; p = 0,534	U = 27,000; p = 0,284	t(11) = 0,530; p = 0,607	t(11) = 1,298; p = 0,221
3 x 4	t(8) = 0,390; p = 0,707	t(8) = 0,279; p = 0,787	<b>t(8) = 2,466; p = 0,039*</b>	t(8) = 0,307; p = 0,766	t(8) = 0,270; p = 0,794
3 x 5	t(9) = 0,262; p = 0,799	t(9) = 0,358; p = 0,729	t(9) = 0,173; p = 0,867	t(9) = 0,210; p = 0,838	t(9) = 0,165; p = 0,872
4 x 5	t(7) = 0,582; p = 0,579	t(7) = 0,722; p = 0,494	t(7) = 2,047; p = 0,080	t(7) = 0,160; p = 0,877	t(7) = 0,530; p = 0,613

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

RENDA DO GRUPO OUVINTE X GRUPO SURDO					
Quantidade de Salários mínimos	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
1 x 1	t(14) = 1,340; p = 0,202	t(14) = 1,085; p = 0,296	t(14) = 0,00526; p = 0,996	U = 59,000; p = 0,416	U = 60,000; p = 0,357
1 x 2	t(16) = -2,077; p = 0,054	t(16) = 0,0736; p = 0,942	t(16) = 0,0736; p = 0,942	U = 87,000; p = 0,351	t(16) = 1,947; p = 0,069
1 x 3	t(14) = 0,0880; p = 0,931	t(14) = -0,429; p = 0,674	t(14) = 0,830; p = 0,421	t(14) = 1,233; p = 0,238	t(14) = 0,502; p = 0,623
1 x 4	t(12) = 0,352; p = 0,731	t(12) = 0,126; p = 0,902	t(12) = 1,199; p = 0,254	t(12) = 0,823; p = 0,426	t(12) = 0,910; p = 0,381
1 x 5	t(13) = 0,335; p = 0,743	t(13) = -0,773; p = 0,454	t(13) = 0,605; p = 0,555	t(13) = 1,101; p = 0,291	t(13) = 0,320; p = 0,754
2 x 1	t(6) = 0,823; p = 0,442	t(6) = 1,458; p = 0,195	t(6) = 1,137; p = 0,299	t(6) = 0,142; p = 0,892	U = 6,000; p = 0,429
2 x 2	t(8) = 1,474; p = 0,179	t(8) = 0,306; p = 0,767	<b>t(8) = 3,553; p = 0,007*</b>	t(8) = 0,720; p = 0,492	t(8) = 1,107; p = 0,300
2 x 3	t(6) = 0,285; p = 0,785	t(6) = 0,104; p = 0,920	t(6) = 0,745; p = 0,484	t(6) = 0,450; p = 0,668	t(6) = 0,167; p = 0,873
2 x 4	t(4) = 0,0782; p = 0,941	t(4) = 0,446; p = 0,679	<b>t(4) = 3,091; p = 0,037*</b>	t(4) = 0,292; p = 0,785	t(4) = 0,592; p = 0,586
2 x 5	t(5) = 0,634; p = 0,554	t(5) = 0,205; p = 0,845	t(5) = 0,788; p = 0,466	t(5) = 0,488; p = 0,646	U = 7,000; p = 0,857
3 x 1	t(11) = 1,299; p = 0,221	<b>t(11) = 2,919; p = 0,014*</b>	t(11) = 1,341; p = 0,207	U = 42,500; p = 0,945	U = 44,000; p = 0,836
3 x 2	t(13) = 2,126; p = 0,053	t(13) = 1,049; p = 0,313	<b>t(13) = 2,843; p = 0,014*</b>	t(13) = 1,030; p = 0,322	t(13) = 1,220; p = 0,244
3 x 3	t(11) = 0,280; p = 0,785	t(11) = 0,748; p = 0,470	t(11) = 0,499; p = 0,628	t(11) = 0,623; p = 0,546	t(11) = 0,109; p = 0,915
3 x 4	t(9) = 0,231; p = 0,823	t(9) = 1,241; p = 0,246	<b>U = 35,500; p = 0,024*</b>	t(9) = 0,261; p = 0,800	t(9) = 0,318; p = 0,758
3 x 5	t(10) = 0,599; p = 0,563	t(10) = 0,362; p = 0,725	t(10) = -0,641; p = 0,536	t(10) = 0,477; p = 0,644	t(10) = 0,391; p = 0,704
4 x 1	t(8) = 0,313; p = 0,762	<b>t(8) = 3,963; p = 0,004*</b>	t(8) = 0,275; p = 0,790	U = 17,000; p = 0,352	t(8) = 2,154; p = 0,063
4 x 2	t(10) = 0,0200; p = 0,984	<b>t(10) = 2,377; p = 0,039*</b>	U = 23,000; p = 0,683	t(10) = 1,142; p = 0,280	t(10) = 1,096; p = 0,299
4 x 3	t(8) = 1,375; p = 0,206	t(8) = 2,298; p = 0,051	t(8) = 0,478; p = 0,645	t(8) = 0,786; p = 0,454	t(8) = 1,522; p = 0,166
4 x 4	t(6) = 0,668; p = 0,529	<b>t(6) = 2,650; p = 0,038*</b>	t(6) = 1,589; p = 0,163	t(6) = 1,589; p = 0,163	t(6) = 1,779; p = 0,125
4 x 5	t(7) = 1,686; p = 0,136	t(7) = 2,200; p = 0,064	t(7) = 0,287; p = 0,783	t(7) = 0,745; p = 0,480	t(7) = 2,219; p = 0,062
5 x 1	t(12) = 1,198; p = 0,254	<b>t(12) = 4,322; p ≤ 0,001*</b>	t(12) = 1,716; p = 0,112	t(12) = 0,931; p = 0,370	t(16) = 1,262; p = 0,225
5 x 2	t(14) = 2,107; p = 0,054	U = 85,000; p = 0,083	<b>t(14) = 3,324; p = 0,005*</b>	U = 53,500; p = 0,130	U = 54,000; p = 0,161
5 x 3	t(12) = 0,621; p = 0,546	t(12) = 1,776; p = 0,101	t(12) = 0,897; p = 0,388	U = 48,500; p = 0,662	U = 46,000; p = 0,950
5 x 4	U = 28,000; p = 0,808	<b>t(10) = 2,488; p = 0,032*</b>	<b>t(10) = 3,556; p = 0,005*</b>	t(10) = 1,367; p = 0,201	U = 28,000; p = 0,808
5 x 5	t(11) = 1,057; p = 0,313	t(11) = 1,515; p = 0,158	t(11) = 1,004; p = 0,337	U = 45,500; p = 0,127	U = 33,000; p = 0,833

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

ESCOLARIDADE DO GRUPO OUVINTE					
Anos de estudo	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
2 x 8	t(4) = 1,347; p = 0,249	t (4) = 2,332; p = 0,080	t(4) = 0,104; p = 0,922	t(4) = 0,165; p = 0,877	t(4) = 2,118; p = 0,102
2 x 9	t(3) = 2,340; p = 0,101	U = 9,000; p = 0,200	t(3) = 1,296; p = 0,286	t(3) = 1,296; p = 0,286	U = 9,000; p = 0,200
2 x 11	t(11) = 0,656; p = 0,525	U = 19,000; p = 0,374	t(11) = 0,405; p = 0,693	t(11) = 1,308; p = 0,218	t(11) = 0,861; p = 0,408
2 x 13	t(4) = 0,705; p = 0,520	t(4) = 0,405; p = 0,706	t(4) = 0,405; p = 0,706	t(4) = 0,166; p = 0,876	t(4) = 0,176; p = 0,869
2 x 15	t(3) = 0,680; p = 0,545	t(3) = 2,064; p = 0,131	t(3) = 0,172; p = 0,875	U = 3,000; p = 0,200	t(3) = 1,255; p = 0,298
2 x 17	U = 4,000; p = 0,667	U = 7,000; p = 0,333	U = 7,000; p = 0,333	U = 4,000; p = 0,667	U = 7,000; p = 0,333
8x9	t(5) = 0,442; p = 0,677	t(5) = 2,178; p = 0,081	t(5) = 0,895; p = 0,412	t(5) = 0,577; p = 0,589	t(5) = 1,688; p = 0,152
8x11	t(13) = 1,401; p = 0,185	U = 18,000; p = 0,078	U = 18,000; p = 0,078	t(13) = 1,112; p = 0,286	<b>t(13) = 3,018; p = 0,010*</b>
8 x 13	t(6) = 2,283; p = 0,063	<b>t(6) = 3,268; p = 0,017*</b>	t(6) = 0,782; p = 0,464	t(6) = 0,302; p = 0,773	<b>t(6) = 2,572; p = 0,042*</b>
8 x 15	t(5) = 1,210; p = 0,281	t(5) = 2,288; p = 0,071	t(5) = 0,269; p = 0,799	U = 15,000; p = 0,400	t(5) = 2,144; p = 0,085
8x17	t(4) = 1,435; p = 0,225	t(4) = 1,839; p = 0,140	t(4) = 0,981; p = 0,382	t(4) = 0,0235; p = 0,982	t(4) = 1,540; p = 0,198
9 x 11	t(12) = 0,852; p = 0,411	U = 30,000; p = 0,276	t(12) = 0,878; p = 0,397	t(12) = 0,878; p = 0,397	t(12) = 0,699; p = 0,498
9 x 13	t(5) = 2,464; p = 0,057	t(5) = 1,464; p = 0,203	t(5) = 0,204; p = 0,846	t(5) = 2,168; p = 0,082	t(5) = 1,374; p = 0,228
9 x 15	t(4) = 1,376; p = 0,241	t(4) = 0,178; p = 0,867	t(4) = 0,943; p = 0,399	t(4) = 1,365; p = 0,244	t(4) = 2,099; p = 0,104
9 x 17	t(3) = 2,516; p = 0,086	t(3) = 0,224; p = 0,837	t(3) = 0,946; p = 0,414	t(3) = 1,303; p = 0,283	U = 9,000; p = 0,200
11 x 13	t(13) = 1,708; p = 0,111	<b>U = 48,000; p = 0,043*</b>	t(13) = 0,638; p = 0,534	U = 19,000; p = 0,103	t(13) = 1,269; p = 0,227
11 x 15	t(12) = 0,234; p = 0,819	U = 30,000; p = 0,276	t(12) = 0,203; p = 0,843	t(12) = 1,117; p = 0,286	t(12) = 0,134; p = 0,896
11 x 17	t(11) = 0,781; p = 0,451	U = 19,000; p = 0,374	t(11) = 1,232; p = 0,244	t(11) = 1,073; p = 0,306	t(11) = 0,196; p = 0,848
13 x 15	t(5) = 1,326; p = 0,242	t(5) = 1,417; p = 0,216	t(5) = 0,593; p = 0,579	t(5) = 1,397; p = 0,221	t(5) = 0,820; p = 0,450
13 x 17	t(4) = 0,572; p = 0,598	t(4) = 1,062; p = 0,348	t(4) = 0,595; p = 0,584	t(4) = 0,691; p = 0,528	t(4) = 0,849; p = 0,444
15 x 17	t(3) = 0,856; p = 0,455	t(3) = 0,107; p = 0,922	t(3) = 1,159; p = 0,330	U = 5,000; p = 0,800	t(3) = 0,680; p = 0,545

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

ESCOLARIDADE DO GRUPO SURDO					
Anos de estudo	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
2 x 4	U = 5,000; p = 1,000	U = 3,000; p = 0,333	U = 5,000; p = 1,000	U = 4,000; p = 0,667	U = 3,000; p = 0,333
2 x 6	t(4) = 0,765; p = 0,487	t(4) = 1,531; p = 0,200	t(4) = 0,751; p = 0,494	t(4) = 1,304; p = 0,262	t(4) = 0,178; p = 0,867
2 x 9	U = 11,000; p = 0,381	t(5) = 0,482; p = 0,650	t(5) = 0,778; p = 0,472	t(5) = 1,090; p = 0,325	t(5) = 1,118; p = 0,315
2 x 11	t(7) = 0,318; p = 0,760	t(7) = 1,538; p = 0,168	t(7) = 0,838; p = 0,429	t(7) = 0,580; p = 0,580	t(7) = 0,291; p = 0,779
2 x 13	U = 9,000; p = 0,533	t(4) = 0,590; p = 0,587	t(4) = 0,670; p = 0,540	t(4) = 0,961; p = 0,391	t(4) = 0,950; p = 0,396
2 x 15	<b>t(3) = 4,361; p = 0,022*</b>	t(3) = 1,566; p = 0,215	t(3) = 0,345; p = 0,753	t(3) = 0,556; p = 0,617	t(3) = 0,252; p = 0,818
2 x 17	U = 5,000; p = 1,000	U = 4,000; p = 0,667	U = 6,000; p = 0,667	U = 5,000; p = 1,000	U = 5,000; p = 1,000
4 x 6	t(4) = 1,616; p = 0,181	<b>t(4) = 3,404; p = 0,027*</b>	U = 9,000; p = 0,533	t(4) = 2,108; p = 0,103	t(4) = 1,751; p = 0,155
4 x 9	t(5) = 0,184; p = 0,861	t(5) = 2,377; p = 0,063	t(5) = 0,769; p = 0,476	t(5) = 1,729; p = 0,144	t(5) = 2,286; p = 0,071
4 x 11	t(7) = 0,940; p = 0,379	t(7) = 1,937; p = 0,094	t(7) = 1,937; p = 0,094	t(7) = 1,043; p = 0,332	t(7) = 1,762; p = 0,121
4 x 13	t(4) = 0,0194; p = 0,985	t(4) = 2,255; p = 0,087	U = 9,000; p = 0,533	t(4) = 1,538; p = 0,199	t(4) = 1,924; p = 0,127
4 x 15	t(3) = 0,543; p = 0,625	U = 8,000; p = 0,400	t(3) = 0,324; p = 0,768	t(3) = 1,108; p = 0,349	t(3) = 1,603; p = 0,207
4 x 17	U = 5,000; p = 1,000	U = 7,000; p = 0,333	U = 5,000; p = 1,000	U = 6,000; p = 0,667	U = 7,000; p = 0,333
6 x 9	<b>t(7) = 2,364; p = 0,050*</b>	t(7) = 0,832; p = 0,433	t(7) = 0,328; p = 0,752	U = 18,500; p = 0,730	U = 24,000; p = 0,413
6 x 11	t(9) = 1,286; p = 0,230	t(9) = 0,411; p = 0,690	t(9) = 0,231; p = 0,822	t(9) = 1,070; p = 0,313	t(9) = 0,157; p = 0,879
6 x 13	t(6) = 2,027; p = 0,089	t(6) = 0,649; p = 0,540	t(6) = 0,0140; p = 0,989	U = 15,500; p = 0,486	t(6) = 1,078; p = 0,323
6 x 15	<b>t(5) = 3,383; p = 0,020*</b>	t(5) = 0,983; p = 0,371	t(5) = 0,662; p = 0,538	t(5) = 0,662; p = 0,538	t(5) = 0,104; p = 0,921
6 x 17	U = 6,000; p = 0,800	t(4) = 0,651; p = 0,551	t(4) = 0,212; p = 0,842	t(4) = 1,042; p = 0,356	t(4) = 0,422; p = 0,694
9 x 11	t(10) = 1,585; p = 0,144	t(10) = 1,220; p = 0,251	t(10) = 0,159; p = 0,877	t(10) = 0,767; p = 0,461	t(10) = 1,270; p = 0,233
9 x 13	t(7) = 0,271; p = 0,795	t(7) = 0,154; p = 0,882	t(7) = 0,304; p = 0,770	U = 21,500; p = 0,730	t(7) = 0,0245; p = 0,981
9 x 15	t(6) = 0,366; p = 0,727	t(6) = 1,352; p = 0,225	t(6) = 0,792; p = 0,459	t(6) = -0,665; p = 0,531	t(6) = 0,973; p = 0,368
9 x 17	t(5) = 0,128; p = 0,903	t(5) = 0,280; p = 0,790	t(5) = 0,280; p = 0,790	t(5) = 0,406; p = 0,702	t(5) = 0,520; p = 0,625
11 x 13	t(9) = 1,186; p = 0,266	t(9) = 0,978; p = 0,354	t(9) = 0,208; p = 0,840	t(9) = 0,685; p = 0,511	t(9) = 1,134; p = 0,286
11 x 15	t(8) = 2,137; p = 0,065	t(8) = 0,561; p = 0,590	t(8) = 0,816; p = 0,438	t(8) = 0,0750; p = 0,942	t(8) = 0,0263; p = 0,980
11 x 17	t(7) = 0,743; p = 0,481	t(7) = 0,694; p = 0,510	t(7) = 0,374; p = 0,720	t(7) = 0,144; p = 0,890	t(7) = 0,329; p = 0,752
13 x 15	t(5) = 0,669; p = 0,533	t(5) = 1,176; p = 0,293	t(5) = 0,604; p = 0,572	U = 15,000; p = 0,400	t(5) = 0,847; p = 0,435
13 x 17	t(4) = 0,0288; p = 0,978	t(4) = 0,147; p = 0,890	t(4) = 0,200; p = 0,851	t(4) = 0,462; p = 0,668	t(4) = 0,454; p = 0,673
15 x 17	U = 6,000; p = 1,000	U = 4,000; p = 0,400	t(3) = 0,485; p = 0,661	t(3) = 0,110; p = 0,920	t(3) = 0,284; p = 0,795

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

ESCOLARIDADE DO GRUPO OUVINTE X GRUPO SURDO					
Anos de estudo	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
2 x 2	U = 3,000; p = 0,333	U = 7,000; p = 0,333	U = 4,000; p = 0,667	U = 3,000; p = 0,333	U = 5,000; p = 1,000
2 x 4	U = 5,000; p = 1,000	U = 5,000; p = 1,000	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333
2 x 6	t(4) = 1,193; p = 0,299	<b>t(4) = 3,636; p = 0,022*</b>	t(4) = 0,199; p = 0,852	t(4) = 0,764; p = 0,487	t(4) = 0,434; p = 0,687
2 x 9	t(5) = 0,972; p = 0,376	t(5) = 2,246; p = 0,075	t(5) = 0,0969; p = 0,927	t(5) = 0,903; p = 0,408	t(5) = 1,299; p = 0,251
2 x 11	t(7) = 0,135; p = 0,897	t(7) = 1,741; p = 0,125	t(7) = 0,0100; p = 0,992	U = 7,000; p = 0,500	t(7) = 0,531; p = 0,612
2 x 13	t(4) = 0,747; p = 0,497	t(4) = 2,146; p = 0,098	t(4) = 0,168; p = 0,875	t(4) = 0,826; p = 0,455	t(4) = 1,101; p = 0,333
2 x 15	t(3) = 3,012; p = 0,057	U = 7,000; p = 0,800	t(3) = 0,927; p = 0,422	t(3) = 1,718; p = 0,184	t(3) = 0,468; p = 0,672
2 x 17	U = 5,000; p = 1,000	U = 7,000; p = 0,333	U = 4,000; p = 0,667	U = 3,000; p = 0,333	U = 6,000; p = 0,667
8 x 2	U = 9,000; p = 0,533	t(4) = 0,494; p = 0,647	t(4) = 0,494; p = 0,647	t(4) = 1,156; p = 0,312	t(4) = 1,943; p = 0,124
8 x 4	t(4) = 0,730; p = 0,506	t(4) = 2,433; p = 0,072	t(4) = 0,486; p = 0,652	t(4) = 1,625; p = 0,179	<b>t(4) = 3,200; p = 0,033*</b>
8 x 6	<b>t(6) = 2,662; p = 0,037*</b>	t(6) = 1,135; p = 0,300	t(6) = -0,0392; p = 0,970	U = 15,000; p = 0,486	t(6) = 2,096; p = 0,081
8 x 9	t(7) = 0,883; p = 0,406	t(7) = 0,305; p = 0,769	t(7) = 0,238; p = 0,818	t(7) = 0,591; p = 0,573	t(7) = 0,741; p = 0,483
8 x 11	<b>t(9) = 2,337; p = 0,044*</b>	t(9) = 1,488; p = 0,171	t(9) = 0,148; p = 0,885	t(9) = 1,196; p = 0,262	t(9) = 2,161; p = 0,059
8 x 13	U = 13,000; p = 0,200	t(6) = 0,431; p = 0,681	t(6) = 0,0269; p = 0,979	U = 14,500; p = 0,343	t(6) = 0,611; p = 0,563
8 x 15	t(5) = 0,563; p = 0,597	t(5) = 1,507; p = 0,192	t(5) = 0,467; p = 0,660	t(5) = 0,973; p = 0,375	t(5) = 1,715; p = 0,147
8 x 17	t(4) = 0,590; p = 0,587	t(4) = 0,515; p = 0,634	t(4) = 0,166; p = 0,876	t(4) = 0,776; p = 0,481	t(4) = 1,127; p = 0,323
9 x 2	t(3) = 3,106; p = 0,053	U = 3,000; p = 0,200	<b>t(3) = 5,501; p = 0,012*</b>	U = 7,000; p = 0,800	<b>t(3) = 7,116; p = 0,006*</b>
9 x 4	t(3) = 0,616; p = 0,581	t(3) = 1,554; p = 0,218	<b>t(3) = 5,666; p = 0,011*</b>	t(3) = 1,723; p = 0,183	U = 9,000; p = 0,200
9 x 6	<b>t(5) = 3,297; p = 0,022*</b>	t(5) = 2,444 p = 0,058	t(5) = 1,480; p = 0,199	t(5) = 0,528; p = 0,620	U = 12,000; p = 1,000
9 x 9	t(6) = 0,497; p = 0,637	t(6) = 2,004; p = 0,092	t(6) = 0,716; p = 0,501	t(6) = 0,0697; p = 0,947	t(6) = 0,709; p = 0,505
9 x 11	t(8) = 2,230; p = 0,056	t(8) = 1,198; p = 0,265	t(8) = 1,058; p = 0,321	t(8) = 0,612; p = 0,558	t(8) = 0,495; p = 0,634
9 x 13	t(5) = 0,780; p = 0,471	t(5) = 1,866; p = 0,121	t(5) = 1,290; p = 0,253	t(5) = 0,0586; p = 0,956	t(5) = 0,621; p = 0,562
9 x 15	t(4) = 0,238; p = 0,823	U = 11,000; p = 1,000	<b>t(4) = 3,652; p = 0,022*</b>	t(4) = 0,696; p = 0,525	t(4) = 0,517; p = 0,633
9 x 17	t(3) = 0,366; p = 0,739	t(3) = 3,120; p = 0,052	t(3) = 2,485; p = 0,089	t(3) = 0,739; p = 0,513	U = 6,000; p = 1,000
11 x 2	t(11) = 1,002; p = 0,338	<b>U = 3,000; p = 0,038*</b>	t(11) = 1,574; p = 0,144	t(11) = 1,167; p = 0,268	t(11) = 0,497; p = 0,629
11 x 4	t(11) = 0,0799; p = 0,938	U = 21,000; p = 0,199	t(11) = 1,559; p = 0,147	t(11) = 1,851; p = 0,091	<b>t(11) = 2,749; p = 0,019*</b>
11 x 6	t(13) = 2,097; p = 0,056	U = 19,000; p = 0,103	t(13) = 0,843; p = 0,414	t(13) = 0,862; p = 0,405	t(13) = 0,281; p = 0,783
11 x 9	t(14) = 0,408; p = 0,690	U = 29,000; p = 0,141	t(14) = 0,284; p = 0,780	t(14) = 0,420; p = 0,681	U = 32,000; p = 0,257
11 x 11	t(16) = 1,264; p = 0,224	t(16) = 1,003; p = 0,331	t(16) = 1,003; p = 0,331	t(16) = 0,605; p = 0,554	t(16) = 0,0591; p = 0,954
11 x 13	t(13) = 0,0796; p = 0,938	U = 18,000; p = 0,078	t(13) = 0,790; p = 0,444	t(13) = 0,374; p = 0,715	U = 25,500; p = 0,433

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).

ESCOLARIDADE DO GRUPO OUVINTE X GRUPO SURDO (continuação)					
Anos de estudo	Ansiedade	Sedação Física	Sedação Mental	Outros	Total
13 x 2	t(4) = 0,354; p = 0,741	<b>t(4) = 3,334; p = 0,029*</b>	t(4) = 1,785; p = 0,149	U = 10,000; p = 0,267	t(4) = 0,417; p = 0,698
13 x 4	t(4) = 1,205; p = 0,295	t(4) = 0,0951; p = 0,929	t(4) = 1,776; p = 0,150	U = 11,000; p = 0,133	t(4) = 0,998; p = 0,375
13 x 6	t(6) = 0,296; p = 0,777	<b>t(6) = 3,464; p = 0,013*</b>	t(6) = 1,106; p = 0,311	t(6) = 1,140; p = 0,298	t(6) = 0,648; p = 0,541
13 x 9	t(7) = 1,894; p = 0,100	<b>t(7) = 3,194; p = 0,015*</b>	U = 17,000; p = 0,556	t(7) = 1,356; p = 0,217	t(7) = 1,758; p = 0,122
13 x 11	t(9) = 0,831; p = 0,427	<b>t(9) = 2,592; p = 0,029*</b>	t(9) = -0,890; p = 0,396	U = 14,000; p = 0,073	t(9) = 0,852; p = 0,416
13 x 13	t(6) = 1,561; p = 0,170	<b>t(6) = 2,973; p = 0,025*</b>	t(6) = 1,016; p = 0,349	t(6) = 1,253; p = 0,257	t(6) = 1,530; p = 0,177
13 x 15	t(5) = 2,447; p = 0,058	t(5) = 1,544; p = 0,183	t(5) = 1,870; p = 0,120	t(5) = 2,448; p = 0,058	t(5) = 0,657; p = 0,540
13 x 17	t(4) = 0,909; p = 0,415	<b>t(4) = 3,083; p = 0,037*</b>	t(4) = 1,184; p = 0,302	<b>t(4) = 3,314; p = 0,030*</b>	t(4) = 0,857; p = 0,440
15 x 2	t(3) = -1,239; p = 0,304	t(3) = 2,916; p = 0,062	t(3) = 1,176; p = 0,324	U = 8,500; p = 0,200	t(3) = 0,893; p = 0,438
15 x 4	t(3) = 0,263; p = 0,809	t(3) = 1,652; p = 0,197	t(3) = 1,167; p = 0,327	U = 9,000; p = 0,200	<b>t(3) = 4,295; p = 0,023*</b>
15 x 6	t(5) = 1,895; p = 0,117	<b>t(5) = 2,811; p = 0,038*</b>	t(5) = -0,426; p = 0,688	U = 15,000; p = 0,400	t(5) = 0,118; p = 0,911
15 x 9	t(6) = 0,575; p = 0,586	t(6) = 2,112; p = 0,079	t(6) = 0,0471; p = 0,964	t(6) = 0,674; p = 0,525	t(6) = 1,138; p = 0,298
15 x 11	t(8) = 0,831; p = 0,430	t(8) = 1,311; p = 0,226	t(8) = 0,212; p = 0,837	U = 15,000; p = 0,833	t(8) = 0,0499; p = 0,961
15 x 13	t(5) = 0,301; p = 0,775	t(5) = 1,984; p = 0,104	t(5) = 0,379; p = 0,720	U = 12,500; p = 0,857	t(5) = 0,982; p = 0,371
15 x 15	t(4) = 1,362; p = 0,245	t(4) = 0,585; p = 0,590	t(4) = 1,141; p = 0,317	t(4) = 1,687; p = 0,167	t(4) = 0,0187; p = 0,986
15 x 17	t(4) = 1,362; p = 0,245	t(4) = 0,585; p = 0,590	t(4) = 1,141; p = 0,317	t(4) = 1,687; p = 0,167	t(3) = 0,433; p = 0,695
17 x 2	U = 5,000; p = 1,000	U = 7,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333
17 x 4	U = 6,000; p = 0,667	U = 4,000; p = 0,667	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333
17 x 6	t(4) = 1,023; p = 0,364	t(4) = 2,285; p = 0,084	t(4) = 1,606; p = 0,184	t(4) = 0,485; p = 0,653	t(4) = 0,312; p = 0,771
17 x 9	t(5) = 1,097; p = 0,323	t(5) = 1,720; p = 0,146	t(5) = 0,878; p = 0,420	t(5) = 0,688; p = 0,522	t(5) = 0,756; p = 0,484
17 x 11	t(7) = 0,0298; p = 0,977	t(7) = 1,103; p = 0,306	t(7) = 1,238; p = 0,256	t(7) = 1,094; p = 0,310	t(7) = 0,158; p = 0,879
17 x 13	t(4) = 0,874; p = 0,432	t(4) = 1,603; p = 0,184	t(4) = 1,404; p = 0,233	t(4) = -0,630; p = 0,563	t(4) = 0,649; p = 0,552
17 x 15	<b>t(3) = 3,217; p = 0,049*</b>	U = 7,000; p = 0,800	<b>t(3) = 3,593; p = 0,037*</b>	t(3) = 1,467; p = 0,239	t(3) = 0,172; p = 0,874
17 x 17	U = 5,000; p = 1,000	U = 7,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333	U = 3,000; p = 0,333	U = 5,000; p = 1,000

\*Estatisticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ).