

ISCTE  **IUL**
Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Viver com a Perda Auditiva no envelhecimento: o impacto psicossocial e o papel do apoio
social

Sara Morgado Veiga

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia das Emoções

Orientadora:

Professora Doutora Joana Dias Alexandre, Professora Auxiliar
Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE

Coorientador:

Professor Doutor Francisco Esteves, Professor Catedrático
Mid Sweden University

Setembro, 2014

Agradecimentos

Foram várias as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho e, como tal merecem os maiores e mais sinceros agradecimentos.

Aos professores que colaboraram no desenvolvimento da tese. À professora Joana, obrigada pela sua contribuição para a realização da tese, pelo seu tempo disponibilizado e pela paciência. Ao professor Francisco, obrigada pelas suas palavras de apoio e pela sua colaboração. Foi um prazer trabalhar com ambos.

Aos pacientes que participaram na amostra recolhida, obrigada por terem contribuído neste estudo e por me terem proporcionado experiências muito interessantes, em especial aos pacientes que tenho acompanhado. À minha equipa de trabalho, bem como à entidade patronal, o meu profundo agradecimento.

Às minhas colegas de mestrado, Marina e Inês, pois sem vocês nada seria igual. Todas as nossas conversas, lanches e jantares. Foi um prazer enorme conhecer-vos.

Por fim, e com especial importância, aos meus pais e à minha irmã, por tudo o que sou hoje, e por tudo aquilo que consigo alcançar todos os dias. Sem toda a ajuda disponibilizada por eles era impensável a realização do mestrado, desde o apoio em avançar para a entrada do mesmo, todas as palavras de força e coragem, aos abraços apertados, que contribuíram para que dias menos bons se tornassem melhores, dando-me forças para continuar a minha caminhada. A eles dedico este trabalho.

O meu muito obrigada!

Resumo

A perda auditiva é uma das doenças mais presentes no envelhecimento ocupando o décimo lugar na lista de doenças com uma maior influência nas condições da vida humana, sendo em Portugal considerada a quinta maior causa de sofrimento. O presente estudo procurou averiguar qual o impacto psicossocial (atividades diárias, sociais, estado emocional geral) desta doença em função do grau de perda. Por outro lado, e tendo em conta o papel protetor que o apoio (instrumental e informativo) pode desempenhar, procurou-se analisar em que medida o apoio modera a relação entre a perda auditiva e sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse). Para responder aos objectivos foi conduzido um estudo quantitativo com uma amostra (N = 110) de doentes com diagnóstico de perda auditiva com uma média de idades de 70 anos (DP = 7,89). Em termos gerais, constata-se que a perda tem um impacto negativo nas atividades diárias e sociais, bem como no estado emocional geral destes pacientes. No entanto, para sintomas emocionais negativos como ansiedade, depressão e stresse, é o apoio instrumental que tem um efeito significativo, verificando-se que independentemente do grau de perda, uma maior percepção de apoio conduz a menor ansiedade, depressão e stresse. Para a ansiedade verifica-se um efeito de interacção perda X apoio, parcialmente significativo, indicando que o efeito protetor do apoio faz-se tendencialmente sentir nos pacientes com perda ligeira e severa. Este estudo permitiu testar o papel do apoio numa doença crónica e ainda analisar o impacto especificamente do apoio instrumental e apoio informativo.

Palavras-chave: envelhecimento, perda auditiva, suporte social, ansiedade, depressão, stresse

CódigosPsyINFO:

3360 Health Psychology & Medicine

2860 Gerontology

Abstract

Hearing loss is one of the most common diseases in the aging process occupying the 10th place among the diseases with greatest influence in human life condition, being in Portugal the 5th main cause of suffering. The present study was designed to evaluate the psychosocial impact (daily activities, social activities, general emotion state) of this disease according to the hearing loss degree. On the other hand, taking into account the protector role that the support (instrumental and informational) can play, the research analyzed in which ways the support moderates the relationship between hearing loss and negative emotional symptoms (anxiety, depression and stress). To accomplish this goals, a quantitative study was performed with a sample (n=110) of patients with a hearing loss diagnosis and 70 years old media age (DP=7,89). In general terms, we noticed that hearing loss has a negative impact in daily and social activities as well as in the general emotional state of these patients. Nevertheless, in negative emotional states as anxiety, depression and stress, the instrumental support is what has the most significant effect, since independently from the hearing loss degree, the support perception leads to lower levels of anxiety, depression and stress. In what concerns anxiety, we noticed an interaction effect between loss vs support which is partially significant, indicating the support protective effect in mostly noticeable in patients with severe and mild hearing loss. This study allowed us to test the support role in a chronic disease as well as analyzing the specific impact of instrumental and informative support.

Key words: aging, hearing loss, social support, anxiety, depression, stress

PsycINFO Classification Categories:

3360 Health Psychology & Medicine

2860 Gerontology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. Envelhecimento.....	3
1.1. Perda auditiva enquanto doença crónica na pessoa idosa: caracterização e impactos.....	3
1.2. Ansiedade, depressão e stresse com o envelhecimento.....	5
1.2.1. Ansiedade.....	5
1.2.2. Depressão.....	6
1.2.3. Stresse.....	6
2. Ansiedade, depressão e stresse na perda auditiva com a idade.....	7
3. Apoio social.....	8
3.1. Apoio social como fator protetor na doença.....	9
3.2. O apoio social e a saúde mental.....	10
4. Objetivos e hipóteses do estudo.....	12
CAPÍTULO II : MÉTODO.....	13
1. Participantes.....	13
2. Instrumentos.....	13
2.1. Escala de Apoio Social (EAS).....	14
2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	15
3. Procedimento.....	16
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	17
1. Influência da perda auditiva nas atividades diárias, sociais e no estado emocional geral....	17

2. O papel moderador do suporte social nos sintomas emocionais negativos.....	18
2.1. O papel moderador do suporte instrumental na relação entre a perda auditiva e os sintomas de ansiedade, depressão e stresse.....	19
2.2. O papel moderador do suporte informativo na relação entre a perda auditiva e os sintomas de ansiedade, depressão e stresse.....	20
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS.....	32

Índice de Quadros

Quadro 2.1 – Codificação da Escala de Apoio Social (EAS)	14
Quadro 2.2. – Codificação da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).....	15
Quadro 3.1. – Médias das dificuldades nas atividades diárias, atividades sociais e estado emocional geral, em função do Grau de Perda Auditiva (ligeiro, moderado e severo).....	18

Índice de Figuras

Figura 3.2. – Médias na variável Ansiedade em função do Grau de Perda Auditiva (ligeiro, moderado ou severo) e do nível de Suporte Instrumental percebido (baixo ou elevado).....	20
Figura 3.3. – Médias na variável Depressão em função do Grau de Perda Auditiva (ligeiro, moderado ou severo) e do nível de Suporte Informativo percebido (baixo ou elevado).....	21

INTRODUÇÃO

A população idosa tem aumentado em todo o mundo e Portugal é o quarto país mais envelhecido da União Europeia (Campos, 2013). Por outro lado, as doenças crónicas parecem estar associadas ao envelhecimento e são um dos principais fatores responsáveis pelo desfasamento entre as curvas de mortalidade e de morbilidade, isto é, o afastamento entre a esperança média de vida e a qualidade de vida (Hanson, Isacsson, Janzon, & Lindell, 1989).

Com o envelhecimento, entre os muitos problemas que podem surgir associados ao mesmo, temos a perda auditiva com a idade que corresponde ao défice sensorial mais comum na população e afeta mais de 250 milhões de pessoas em todo o mundo (Mathers, Smith, & Concha, 2007). De acordo com o *World Health Report* (2007), a perda auditiva é caracterizada por uma alteração nos limiares auditivos e segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), esta doença ocupa o décimo lugar na lista de doenças com uma maior influência nas condições da vida humana, em 47 dos 52 países europeus, sendo em Portugal considerada a quinta maior causa de sofrimento (Harkin & Kelleher, 2011).

Que impacto parece ter esta doença nos seus portadores? A pesquisa tem verificado que os indivíduos com perda auditiva apresentam uma redução das suas atividades normais sociais, aumento dos problemas relacionais com a família e amigos, maiores dificuldades emocionais no trabalho e ainda, maiores níveis de ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal e hostilidade (Better Hearing Institute, 2012; Noble, 1996, cit. in Chen & Most, 2009).

A perda auditiva provocada pelo envelhecimento é uma doença crónica e viver com um problema crónico como este, implica uma tentativa de desenvolver novas estratégias para lidar com os sintomas próprios da doença e com as suas consequências no âmbito das relações sociais (Paúl & Fonseca, 2001). Neste sentido, a literatura tem evidenciado o papel fundamental que o apoio social tem na proteção da saúde (Dimond, 2007; Ribeiro, 1999; Silva, *et al.*, 2003).

O envelhecimento e as respostas de apoio social aos idosos têm adquirido, nos últimos anos, uma crescente relevância. A literatura vai de encontro ao papel do apoio social na população envelhecida ou por outro lado, no caso de situações de perda auditiva, apenas é explorado numa população mais jovem, como por exemplo o apoio social em famílias de crianças com surdez (Menten, Van Eynde, Desloovere, & Wouters, 2014; Schwarzer, & Leppin, 1991; Van Gent, Goedhart, & Treffers, 2011).

O presente estudo visa, assim, contribuir para uma melhor compreensão do impacto que a perda auditiva parece ter numa amostra de indivíduos portadores da mesma, quer ao nível das suas atividades diárias, e sociais, quer relativamente ao seu estado emocional geral. Por outro lado, procurar-se-á analisar em que medida o apoio social se constitui como um fator protetor na emergência de sintomatologia clínica (e.g., ansiedade, depressão e stresse), dado não se terem encontrado na literatura estudos que relacionassem esta variável com a perda auditiva com a idade.

O presente trabalho encontra-se estruturado do seguinte modo: no primeiro capítulo é feita uma revisão da literatura, mapeando os principais conceitos deste trabalho (envelhecimento, ansiedade, depressão, stresse e suporte social). No segundo capítulo será detalhado o método, mais concretamente, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados para esta investigação. No terceiro capítulo são apresentados os resultados e por fim, no quarto capítulo expomos a discussão e as conclusões retiradas à luz da literatura e apresentamos algumas propostas para estudos futuros.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

O processo de envelhecimento é um fenómeno que percorre toda a história da humanidade (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011). Este consiste num processo de degradação progressiva e diferencial, inevitável, que afeta todos os seres vivos e é difícil de datar o seu início, uma vez que a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. O organismo envelhece como um todo, no entanto os seus órgãos, tecidos e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados. O envelhecimento fisiológico consiste numa série de alterações ao nível das funções orgânicas e mentais, que fazem com que o organismo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar (Santos, Andrade, & Bueno, 2009; Tun, Williams, Small, & Hafter, 2012).

A idade cronológica não é um bom critério para estudar o processo de envelhecimento, pelo facto de o número de anos que a pessoa vive não nos permitir obter informação sobre a qualidade de vida, experiência psicológica e social ou mesmo da saúde do indivíduo. Ao falar em idosos é importante ter sempre em consideração a condição de saúde que os acompanha, uma vez que é um dos aspetos chave para poder trabalhar um processo de promoção de envelhecimento ideal (Paúl & Fonseca, 2001).

1.1. A Perda auditiva enquanto doença crónica na pessoa idosa: caracterização e impactos

A doença crónica constitui um dos maiores problemas que a medicina e as ciências da saúde enfrentam (Gallant, 2003). Numa situação de doença crónica verifica-se que os indivíduos apresentam fragilidades e estas são tanto mais evidentes quanto mais recente for o diagnóstico (Paúl & Fonseca, 2001).

A presbiacusia é o tipo de perda auditiva que ocorre com o envelhecimento. Esta é a terceira doença crónica com maior prevalência, na população geriátrica americana, sendo que afeta 40% da população com mais de 75 anos de idade (Musiek & Baran, 2007). Considera-se que perda de audição é um dos problemas mais comuns de saúde entre as populações do mundo industrializado. Mais cedo ou mais tarde, a maioria das pessoas sofre de perda

auditiva, nomeadamente na nossa sociedade envelhecida, onde a esperança média de vida também tem vindo a aumentar, verifica-se que a prevalência desta doença crónica também aumenta (Ciorba, Bianchini, Pelucchi, & Pastore, 2012; Herer, 2012).

A perda de audição com a idade é caracterizada por uma progressiva deterioração da sensibilidade auditiva, localizada ao nível do ouvido interno, no qual se perdem as células sensoriais da audição e está distribuída em quatro graus: ligeiro, moderado, severo e profundo, tal como a perda auditiva geral (Moore, 1996, cit. in Trova & Hilit, 2006). Esta ocorre associada a fatores genéticos e também pode ser influenciada por fatores ambientais, tais como o ruído, ototóxicos, álcool e diabetes (Ciorba, Bianchini, Pelucchi, & Pastore, 2012).

Apesar da manifestação de uma alteração auditiva começar precocemente, a idade média em que os pacientes procuram, pela primeira vez, uma intervenção para a sua dificuldade auditiva é, por volta, dos 70 anos de idade. Contudo, a maioria (65%) da população com perda auditiva, encontrar-se na faixa etária abaixo dos 65 anos e quase metade de todas as pessoas com perda auditiva tem menos de 55 anos de idade (Kochkin, 2011).

Por outro lado, tendo em consideração, uma perspetiva sociocultural do desenvolvimento, a cognição humana é social e linguisticamente mediada através de interações com os outros (Houston, Beer, Bergeson, Steven, & Pisoni, 2012). Assim, a percepção de sinais não-verbais com teor emocional, durante a comunicação, pode ser prejudicada quando o indivíduo apresenta uma alteração a nível auditivo, e com isto a informação emocional recebida é alterada, apresentando um efeito significativo no próprio indivíduo e na sociedade em que se encontra inserido (Kamhi, 2011; Li-Korotky, 2012). Deste modo, verifica-se que a incapacidade auditiva, com o decorrer do tempo, dado à evolução do grau de perda, provoca também uma incapacidade comunicativa, e esta é claramente percebida através do isolamento do indivíduo (Tanaka, Araújo, & Assencio-Ferreira, 2002).

No entanto, quando os sentimentos e problemas associados à perda auditiva são compreendidos, são aprendidas novas estratégias que conduzem a uma melhoria da qualidade de auto percepção da vida e uma melhor utilização de estratégias de comunicação (Chen & Most, 2009).

1.2. Ansiedade, depressão e stresse com o envelhecimento

O envelhecimento vem habitualmente acompanhado do declínio das funções cognitivas, com uma tendência para sintomas de ansiedade, depressão e stresse que se refletem na saúde dos idosos (Cetin, Uguz, Erdem, & Yildiri, 2010). Brown e Harris (1978) sugerem, também, que a depressão em adultos surge, muitas vezes, como resultado de fatores sociais de stresse, como por exemplo associados à existência de doença crónica (Fortes-Burgos, Neri, & Cupertino, 2008).

Para uma maior compreensão, serão de seguida definidos os conceitos de ansiedade, depressão e stresse.

1.2.1. Ansiedade

A ansiedade é caracterizada por uma preocupação persistente e difícil de controlar (Gauvreau & Bouchard, 2008). A ansiedade faz parte da experiência humana e funciona como um sinal de alerta que nos faz ficar atentos e nos prepara para lutar ou fugir de uma situação de perigo. Consoante a sua intensidade, duração e frequência, a preocupação pode, no entanto, tornar-se desproporcional ao real impacto do evento temido e, nesse sentido deixar de ser adaptativa (American Psychological Association, 2002).

No século XIX, a ansiedade foi redefinida como um estado mental patológico. Os Psiquiatras desenvolveram modelos específicos de ansiedade que ligavam os medos irracionais na formação da psique. No início do século XX, esta tendência foi reforçada pelo trabalho de Sigmund Freud e na Era pós-freudiana, a ansiedade continuou a ser definida como um problema de saúde mental (Bound, 2004). O Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Perturbações Mentais (DSM) – actualmente na sua quinta edição – da Associação Americana de Psicologia (APA), apresenta um conjunto de perturbações de ansiedade distintas (ex., ansiedade social, fobias simples).

No caso dos problemas de ansiedade, a estrutura de informação é uma estrutura típica de medo, com estímulos contextuais que despoletam ansiedade e respostas fisiológicas de ansiedade, para além da conotação negativa dos estímulos e das respostas (Vila, 2000).

1.2.2. Depressão

Apesar da relação entre ansiedade e depressão, ambos se constituem como dois construtos distintos (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Assim, a depressão é entendida como um distúrbio emocional que se pode traduzir num estado de abatimento e infelicidade, que pode ser transitório ou permanente. De acordo com a *World Federation for Mental Health* (2012), a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, e dentro da população geral, cerca de 10% a 25% das pessoas desenvolvem um episódio de depressão significativo em alguma época da sua vida (Paulino, Prezotto, & Calixto, 2009). Segundo a APA (2002), a mesma é caracterizada pela presença de um humor deprimido e diminuição de interesse por quase todas as atividades. Os principais sinais e sintomas de depressão são: sentimentos de culpa, inutilidade, desamparo, tristeza, sensação de “vazio”, irritabilidade ou agitação, perda de interesse em atividades ou *hobbies*, dificuldade de concentração e tomada de decisões, insónias ou sono excessivo, comer de mais ou perda de apetite, dores de cabeça e pensamentos de suicídio.

Também e segundo Martins (2008), o envelhecimento por si só propicia o aumento da sensibilidade afetiva, devido a alterações neurológicas e fisiológicas, a que se associam fatores de exclusão social, que também contribuem para aumentar a probabilidade de desenvolvimento de um processo depressivo na pessoa idosa.

1.2.3. Stresse

A palavra stresse provém de duas expressões latinas: “stringere”, que significa esticar ou deformar e de “strictus”, que corresponde às palavras portuguesas “esticado”, “tenso” ou “apertado” (Serra, 1999).

Segundo Aldwin (1994), o “stresse refere-se a uma determinada qualidade de experiência, produzida por meio da interação entre o indivíduo e o ambiente, a qual, quer mediante super-ativação, quer mediante rebaixamento do nível de alerta, resulta em desconforto psicológico ou fisiológico” (p. 22). A definição de Aldwin é consistente com a perspectiva de Lazarus (1984) e Folkman (1987), que avaliaram o stresse considerando diferentes componentes: por um lado, o tipo de experiência capaz de produzir stresse e por outro lado, as reações individuais à experiência – reações fisiológicas, emocionais e mecanismos cognitivos de avaliação – que atuam numa interação recíproca (Banqutayan, 2011; Dunkley, Blankstein, Halsall, Meredith, & Gary, 2000; Fortes-Burgos, Neri, &

Cupertino, 2008). Ainda, Lovibond e Lovibond, (1995), cit. in Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004) considera que o stresse “sugere estados de excitação e de tensão persistentes, com baixos níveis de resistência à frustração e desilusão” (p. 231).

O conceito de stresse parece ainda estar catalogado com reações emocionais e cognitivas às ameaças e desafios do quotidiano, bem como aos acontecimentos de vida (Hayward, 2005; Paúl & Fonseca, 2001).

2. Ansiedade, depressão e stresse na perda auditiva com a idade

A perda auditiva parece afetar negativamente a comunicação com os familiares, profissionais de saúde, e outros, o que pode resultar no isolamento social e consequentes sintomas de depressão dos seus portadores (Linssen, Joore, Theunissen, & Anteunis, 2013).

Embora na literatura não exista uma larga escala de estudos relativos à ansiedade, depressão e stresse na perda auditiva, o *Better Hearing Institute* (2012) tem-se focado na investigação deste tema. Para tal, efectuou um estudo em larga escala, em que constatou que pessoas com idade superior a 50 anos, portadoras de perda auditiva, não reabilitada, eram mais propensas a relatar depressão, ansiedade, raiva, frustração, instabilidade emocional e paranóia, e eram menos propensas a participar em atividades sociais organizadas, do que aquelas que eram reabilitadas. Na amostra estudada 60% das pessoas com perda auditiva apresenta sintomas associados à depressão, e aproximadamente 20% apresentaram pelo menos três dos principais sintomas da depressão. Especificamente, 52% tinham demonstrado um aumento da irritabilidade e frustração, 22% tinham problemas para dormir ou inquietação experiente, e 18% demonstraram perda de interesse na maioria das atividades.

Também Bernabei e colaboradores (2011) verificaram que existe uma associação significativa entre perda auditiva e depressão em indivíduos com idades compreendidas entre 61 e os 75 anos. No mesmo estudo, os indivíduos com perda auditiva apresentaram uma maior probabilidade de ansiedade por comparação com indivíduos com audição normal. Os resultados deste estudo sugerem que a perda auditiva com a idade pode aumentar a probabilidade de apresentar sintomas depressivos e apresentar ansiedade (Bernabei, *et al.*, 2011). No entanto, o grau de depressão e de outros problemas de saúde mental ou emocional surge associado ao aumento do grau de perda auditiva (Tanaka, Araújo, & Assencio-Ferreira, 2002).

No mesmo seguimento dos problemas associados ao envelhecimento, ao analisar a população “mais velha”, é necessário ter em consideração que frequentemente existe um declínio da saúde física. Na maior parte dos casos, este é considerado como sendo o principal fator relacionado com o risco de depressão, uma vez que a presença de doenças, na maior parte dos casos, leva os idosos a situações de incapacidade e maior dependência. Os estudos apontam para um notável grau de estabilidade de sintomatologia depressiva em adultos com menos de 70 anos e um aumento em idades subsequentes (Irigaray & Schneider, 2007).

Apesar dessa relação alguns autores (e.g., Tambs, 2004) sugerem que o diagnóstico de perda auditiva, por si só, não é um fator de risco significativo para o aparecimento de ansiedade e depressão (Ciorba, Bianchini, Pelucchi, & Pastore, 2012; Mohlman, 2009) e outros fatores de risco, como por exemplo, exposição a ruídos intensos ou traumas sonoros, podem ter um papel mais preponderante para o seu aparecimento. No que diz respeito aos estudos sobre o stresse na perda auditiva, é relatado na maior parte dos estudos associados a casos de perda induzida pelo ruído, ou quando está associada ao zumbido (Pajor, Ormezowska, & Jozefowicz-Korczynska, 2013). O facto de perante a avaliação do stresse nos estudos de perda auditiva estar constantemente associada ao zumbido, não nos permite concluir que no caso de perda auditiva o stresse esta unicamente associado à perda em si mas provavelmente associado também ao próprio zumbido (Canlon, Theorell, & Hasson, 2013).

3. Apoio social

Por natureza, todos os seres humanos apresentam o desejo de estar inseridos num determinado meio social, seja no ambiente doméstico, no trabalho ou no grupo de amigos. Deste modo, os indivíduos que compartilham estes contextos são, também, provedores de suporte social. É no ambiente doméstico, na família, no relacionamento com as pessoas, que se estabelecem as relações primárias que constituem a sustentação para posteriormente enfrentar as dificuldades quotidianas (Leite, Battisti, Berlezi, & Scheuer, 2008).

Diferentes autores têm definido apoio social. Segundo Sarason, Levine, Basham, e Sarason (1983), o mesmo é definido como: «a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós» (p. 127). Lin (1986), por seu lado, define o apoio social como sendo o suporte acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e comunidade.

O apoio social pode ser classificado em três categorias principais: apoio instrumental, apoio emocional e apoio informativo. O apoio emocional refere-se àquilo que as pessoas, que nos são importantes fazem, que nos faz sentir amados, cuidados e que sustenta o nosso senso de auto-estima, como por exemplo, incentivar e dar feedback positivo. O apoio instrumental refere-se aos vários tipos de ajuda concreta que os outros nos podem fornecer, como por exemplo, ajudar a cuidar dos filhos/limpeza, fornecer transportes ou dinheiro. O apoio informativo refere-se à ajuda que as pessoas ao nosso redor podem oferecer, nomeadamente através da prestação de informações (Matos & Ferreira, 2000).

Ainda, Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem suporte social percebido de suporte social recebido. O primeiro refere-se ao apoio social que o indivíduo percebe como disponível quando necessita, e o segundo diz respeito ao apoio social que foi recebido por alguém (Ribeiro, 1999). Os estudos têm apresentado uma crescente relevância do apoio social percebido, sendo que a consciência que os indivíduos têm do seu apoio social e da sua disponibilidade, depende de variáveis situacionais, que passam pelo que acontece nas mudanças sociais, por aspetos da sua própria personalidade (como por exemplo, a capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social), e também dos estilos cognitivos (Matos & Ferreira, 2000).

3.1. Apoio social como fator protector na doença

Todas as pessoas enfrentam situações de stresse em algum momento das suas vidas. Em particular, na saúde existem muitos efeitos negativos que são provocados por níveis elevados de stresse e ao longo do tempo tem-se procurado encontrar a melhor forma para lidar com o mesmo. Deste modo, os psicólogos fizeram uma extensa pesquisa sobre “como lidar com o stresse”, e descobriram que uma das melhores formas é receber/procurar suporte social (Baqtayan, 2011).

A ideia de que o apoio social tem efeitos na proteção da saúde está bem suportada empiricamente (Lino, Portela, Camacho, Atie, & Lima, 2013). Por exemplo, Broadhead e colaboradores (1983) verificaram uma forte correlação entre as duas variáveis. Também Kessler, Price, e Wortman, (1985), numa revisão da investigação concluem que o apoio social pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais e o mesmo é defendido por Ornelas (1996). Num estudo constituído por uma amostra de 369 doentes com cancro, Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, e Hamovitch (1992) concluíram que há

evidência substancial de uma relação entre o apoio social, as relações sociais e a sobrevivência de pessoas com cancro.

Gallant (2003) numa revisão da literatura sobre a relação entre o apoio social e a doença crónica (sobretudo diabetes, mas também asma, doenças do coração e epilepsia), fornecem evidências de uma relação positiva entre o apoio social e a autogestão de doenças crónicas, especialmente para a diabetes (Gallant, 2003).

Também Singer e Lord (1984) concluem que o apoio social funciona como protetor de perturbações induzidas pelo stresse, (ver também Ribeiro, 1999). A este propósito importa referir que os fatores de proteção são descritos como recursos pessoais e/ou sociais que amenizam ou neutralizam o impacto do risco (Marques, Correia, Pires, & Pereira, 2010).

Na verdade, com a velhice, os eventos de vida stressantes e negativos são mais frequentes e exigem do idoso uma necessidade de adaptação, podendo contribuir para o aparecimento de sintomas de depressão. Os sintomas de depressão podem, no entanto, ser minimizados, ou mesmo evitados, através do apoio que o indivíduo recebe das suas relações interpessoais – os contextos afetivos e vínculos de confiança, como uma forte rede de amigos e de familiares – podem ajudar, as pessoas de mais idade, a evitar ou enfrentar a depressão (e.g., Olsen, Iversen, & Sabroe, 1991; Papalia, Olds, & Feldman, 2006;).

O stresse verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências do meio e a capacidade de resposta do organismo, como as estratégias de *coping*. Neste contexto, o declínio da função física e cognitiva representa uma grande ameaça para uma vida independente, nomeadamente no caso dos idosos (Paúl & Fonseca, 2001).

3.2. O Apoio Social e a Saúde Mental

Na mesma linha do ponto anterior, o apoio social parece ter um papel fundamental na saúde mental. Os adultos mais velhos que têm redes sociais de apoio tendem a desfrutar de uma melhor saúde física e mental do que aqueles que não apresentam esse apoio social (Berkman 1984; House, Landis & Umberson, 1988; Muramatsu, Yin, & Hedeker, 2010; Rowe & Kahn, 1998, cit. in Okabayashia, Liang, Krause, Akiyamad, & Sugisawa, 2004).

Da mesma forma, o estudo de Dalgard, Bjørk, e Tambs (1995) sugere que o apoio social protege contra o desenvolvimento de transtorno mental, mas apenas quando o indivíduo é exposto a fatores stressantes, como eventos negativos da vida. A falta de apoio social tem

demonstrado ter complicações ao nível da saúde mental (Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995; Hanson, Isacsson, Janzon, & Lindell, 1989).

Estudos epidemiológicos revelam que eventos negativos da vida que afetam o bem-estar estão associados à depressão, podendo ser citadas aquelas condições que geram stresse crónico, tais como, as dificuldades financeiras e nas relações interpessoais, além das ameaças permanentes à segurança do indivíduo. Ainda, fatores sócio-ambientais podem modificar o efeito dos stressores sobre os indivíduos, de tal forma que, a presença de suporte social pode habilitar estas pessoas a lidar com os stressores ambientais (Paulino, Prezotto, & Calixto, 2009). De facto, o apoio social pode moderar os efeitos do stresse a nível psicológico, o que sugere que este fornece ao indivíduo um suporte, orientação e assistência. Assim, é interessante notar que o apoio social e as características da pessoa que o recebe são ambos envolvidos no modo como o indivíduo lida com o stresse (Sandier & Lakey, 1982).

4. Objetivos e Hipóteses do Estudo

Face à revisão de literatura efetuada, os objetivos do presente estudo consistem em:

- 1) averiguar em que medida a perda auditiva limita a execução de atividades diárias, atividades sociais e interfere no estado emocional geral;
- 2) Apesar das evidências sobre o papel protetor do apoio social em algumas doenças crónicas, importa averiguar em que medida esta variável modera a relação entre perda auditiva e sintomas emocionais negativos (ansiedade, depressão e stresse).

Espera-se também que a perda auditiva influencie as atividades diárias, as atividades sociais e o estado emocional geral das pessoas com esta patologia, ou seja, espera-se que quanto maior o grau de perda auditiva mais os indivíduos expressam mais limitações nas suas atividades e no seu estado emocional geral (hipótese 1).

Espera-se que os indivíduos com perda auditiva que percepcionem um maior apoio social, apresentem níveis de ansiedade, stresse e depressão menores, quando comparados com indivíduos que percepcionem menos apoio social (hipótese 2).

CAPÍTULO II : MÉTODO

1. Participantes

A amostra estudada é composta por 110 adultos, com diagnóstico de perda auditiva, sendo que 18 apresentam perda auditiva de grau ligeiro, 59 de grau moderado e 33 apresentam uma perda auditiva de grau severo. Este diagnóstico foi efectuado através do Audiograma Tonal Simples, que consiste numa avaliação do limiar auditivo.

Os participantes têm idades compreendidas entre os 55 e os 85 anos ($M = 70,01$ e $DP = 7,89$) e são de ambos os sexos (54,5% de mulheres e 45,5% de homens).

Os participantes residem na área metropolitana de Lisboa e são seguidos em contexto clínico ou hospitalar, devido à sua perda auditiva e não a outra doença.

2. Instrumentos

No presente estudo recorreu-se a um inquérito por questionário. De acordo com Carmo e Ferreira (1998) este consiste num processo de recolha organizada de dados, capazes de serem comparados e para responderem a um problema específico. Para efeitos do presente estudo foram aplicados os seguintes instrumentos: questionário de caracterização sócio-demográfica; a Escala de Apoio Social (EAS) de Matos e Ferreira (2000) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995) e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

No questionário de caracterização sócio-demográfica foram incluídas questões que permitiram obter informação relativa a idade, sexo, estado civil, agregado familiar, situação profissional e habilitações literárias. Ainda nesta caracterização, foram questionados aspetos relacionados como o estado de saúde geral do participante e como a sua perda auditiva afeta diferentes atividades no seu dia-a-dia (e.g. “A sua dificuldade auditiva limita as suas atividades sociais?”). Para estas duas últimas questões foi usada uma escala de tipo *Likert* de 1 a 5 sabendo que o 1 corresponde a “Nada” e o 5 corresponde a “Totalmente”.

2.1. Escala de Apoio Social (EAS)

A Escala de Apoio Social (EAS) foi desenvolvida pelas autoras com o intuito de contribuir para a investigação sobre a percepção do apoio social no âmbito da realidade da portuguesa (Matos & Ferreira, 2000). Esta é uma escala de auto resposta que permite compreender como o indivíduo avalia o seu apoio social, e mais especificamente, o apoio informativo (e.g., “Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência”), o apoio emocional (e.g. ”Não tenho ninguém a quem mostrar como sou realmente”) e o apoio instrumental (e.g.,” Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas, sei a quem recorrer”).

O EAS engloba um conjunto de 16 questões sendo usada uma escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos, correspondendo o “1” a níveis baixos de apoio social e o “5” aos níveis mais elevados. Os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16, pela maneira como estão formulados, devem ser cotados inversamente. Os itens agrupam-se da seguinte forma pelas três dimensões (Quadro 2.1.):

Quadro 2.1. Codificação da Escala de Apoio Social (EAS)

Dimensão	Itens
Apoio Informativo	1, 6, 7, 8, 9, 10
Apoio Emocional	2*, 3, 4, 5*, 11
Apoio Instrumental	12*, 13*, 14*, 15, 16*

*Os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 são cotados inversamente.

O estudo da consistência interna da escala revelou que o valor de Alfa de Cronbach é superior a 0,8, o que indica uma boa fidelidade da escala (Yaffee, 1999; Garson, 2006). De um modo geral são indicadas boas características psicométricas a nível da escala de medida. No nosso estudo, para esta mesma escala as dimensões de apoio instrumental e apoio informativo apresentam valores de 0,66 e 0,77 respetivamente, sendo por esse motivo adequadas (Marôco, 2007). O apoio emocional apresenta um valor de α de Cronbach mais baixo do que o dos autores, sendo no nosso estudo de 0,43, pelo que não foi utilizado para efeitos de análises estatísticas. Assim, para efeitos de análise apenas será utilizado o apoio instrumental e o apoio informativo. Ainda, cada uma destas variáveis foi transformada em variável dicotómica, por forma a existirem 2 níveis: um de baixo apoio (apoio instrumental e apoio informativo) e outro de apoio elevado (apoio instrumental e apoio informativo). Para a

dicotomização de cada uma delas procedeu-se ao cálculo da sua mediana ($Md = 2,1$ para o apoio instrumental e $Md = 2,8$ para o apoio informativo).

2.2. Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) é uma escala de 21 itens distribuídos em número igual pelas três dimensões: Depressão (e.g. "Não fui capaz de ter entusiasmo por nada"), Ansiedade (e.g. "Senti-me assustado sem ter uma boa razão para isso") e Stresse (e.g. "Senti que estava a utilizar muita energia nervosa"). Trata-se de uma adaptação da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), de Lovibond e Lovibond (1995). Cada *item* da escala consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou "na semana passada". Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert* de "0" a "3", sendo que o "0" corresponde a "não se aplicou nada a mim" e o "3" corresponde a "aplicou-se a mim a maior parte das vezes". Os itens agrupam-se nas três dimensões do seguinte modo, de acordo com o Quadro 2.2.

Quadro 2.2. Codificação da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Dimensão	Itens
Ansiedade	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20
Depressão	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
Stresse	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

A consistência interna dos itens, por dimensão, foi medida com recurso ao Alfa de Cronbach. Os resultados encontrados por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004) foram de 0,85 para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stresse. No presente estudo, todas as dimensões da escala EADS-21 – ansiedade, depressão e stresse – apresentam valores superiores a 0,8 para o Alfa de Cronbach (0,88 para a ansiedade, 0,87 para a depressão e 0,90 para o stresse), pelo que podemos afirmar que a escala apresenta boas características psicométricas no nosso estudo. Para efeitos de análises estatísticas foram, assim, calculados três índices, correspondendo a cada um dos sintomas emocionais negativos supracitados.

3. Procedimento

Para a recolha da amostra foram realizados os contactos com pacientes oriundos de contextos clínicos e hospitalares que se mostrassem disponíveis para participar neste estudo. Após o seu consentimento informado, assegurando-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, foi feita a aplicação dos questionários atrás descritos, de forma individual. A aplicação teve uma duração média de 30 minutos.

O processo de recolha de dados decorreu entre Janeiro e Maio de 2014. Após a recolha, os dados foram introduzidos numa base de dados do programa SPSS (*Statistical Package Social Sciences*, versão 20.0) para posterior análise estatística.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

1. Influência da Perda Auditiva nas atividades diárias, sociais e no estado emocional geral

Para testar em que medida a perda auditiva limita as atividades diárias, sociais e também o estado emocional geral dos indivíduos portadores desta patologia, foi realizada uma ANOVA, colocando como fator a perda auditiva e como variáveis dependentes as variáveis atividades diárias, atividades sociais e estado emocional geral. Esta análise permitiu verificar que, tal como esperado, a perda auditiva apresenta um efeito estatisticamente significativo nas três variáveis em estudo: atividades diárias $F(2, 109) = 25,23, p < 0,001$, atividades sociais $F(2, 109) = 15,14, p < 0,01$, e estado emocional geral, $F(2, 109) = 11,18, p = 0,01$.

Tendo em consideração os três níveis da variável independente – grau ligeiro, grau moderado e grau severo, através de teste de comparações múltiplas (ex., Teste de Bonferroni), verificou-se que existem diferenças entre os participantes com grau de perda auditiva ligeiro e entre os dois outros dois graus; por outras palavras, são as pessoas com um grau de perda moderado e severo as que relatam uma maior limitação nas suas atividades diárias, por comparação com as de grau de perda ligeiro. Para as atividades sociais, verificaram-se diferenças entre todos os graus de perda auditiva, ou seja, à medida que o grau de perda é mais elevado, mais os indivíduos relatam que a sua perda interfere significativamente ($p < 0,05$) nas suas atividades sociais e, portanto, as pessoas que apresentavam um grau severo foram aquelas que relataram mais limitações nas suas atividades sociais. Por outro lado, as pessoas que apresentam perda auditiva de grau ligeiro e moderado relatam que a sua perda não interfere tanto no modo como se sentem ($p > 0,05$), por comparação com as pessoas que apresentam um grau severo, que revelam que a sua perda auditiva interfere mais no modo como se sentem (Figura 3.1.).

Figura 3.1. Médias das dificuldades nas atividades diárias, atividades sociais e estado emocional geral, em função do Grau de Perda Auditiva (grau ligeiro, moderado e severo)

	Grau de Perda	M	DP
Atividades Diárias	Ligeiro	1,56	0,86
	Moderado	2,78	0,90
	Severo	3,30	0,77
	Total	2,74	1,02
Atividades Sociais	Ligeiro	1,83	1,04
	Moderado	2,66	0,84
	Severo	3,30	0,88
	Total	2,72	1,00
Estado Emocional Geral	Ligeiro	2,11	1,13
	Moderado	2,69	1,04
	Severo	3,52	0,87
	Total	2,85	1,11

2. O papel moderador do suporte social nos sintomas emocionais negativos

A análise de dados foi realizada em diversos passos. Com o objetivo de verificar em que medida o suporte social percebido modera a relação entre perda auditiva e os sintomas emocionais negativos (e.g., ansiedade, stresse e depressão), criou-se uma variável independente com três níveis, partindo do diagnóstico feito com o audiograma, designada por “grau de perda auditiva”, com três níveis: grau ligeiro, grau moderado e grau severo.

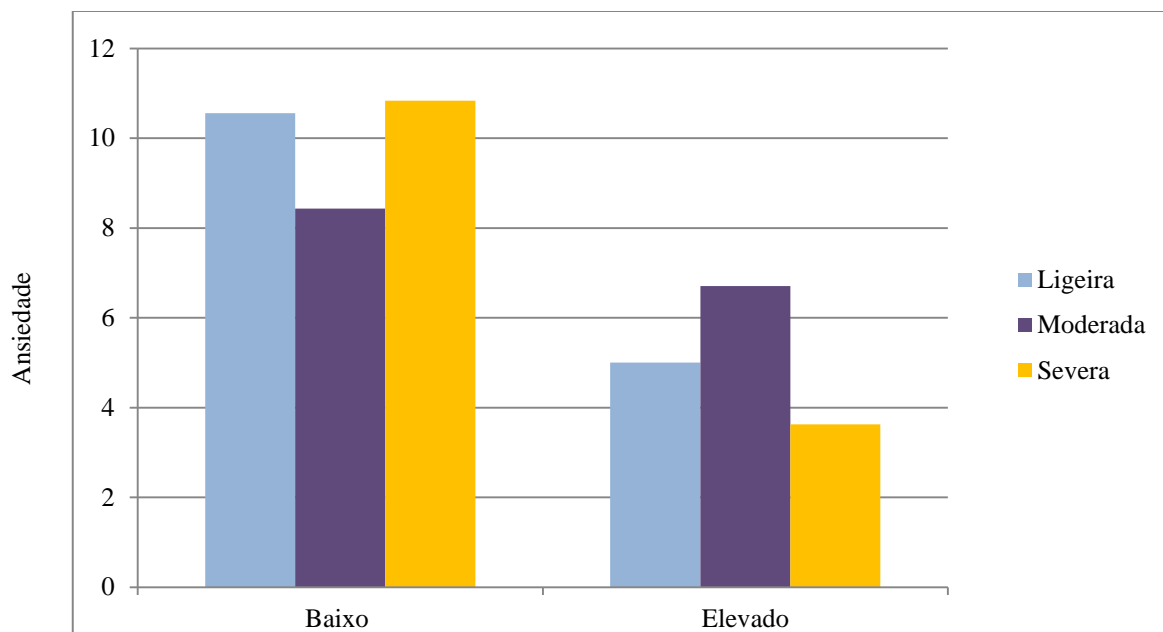
Segundo o teorema do limite central, como a amostra apresenta uma dimensão superior a 30 indivíduos não há necessidade de testar a normalidade e podemos aplicar testes paramétricos (Marôco, 2007). Assim, foram efetuadas duas análises multivariadas 3X2, uma para o Apoio Instrumental e outra para o Apoio Informativo. A primeira, tendo como fatores as variáveis Grau de Perda Auditiva (ligeiro vs. moderado vs. severo) e Apoio Instrumental (baixo vs elevado apoio) e como variáveis dependentes os três índices de sintomas emocionais negativos: Ansiedade, Depressão e Stresse. A segunda foi equivalente à primeira, mas com a variável independente Apoio Informativo (baixo vs. elevado apoio).

2.1. O papel moderador do suporte instrumental na relação entre a perda auditiva e os sintomas de Ansiedade, Depressão e Stresse

A análise multivariada efetuada permitiu verificar que o grau de perda auditiva não apresenta um efeito principal significativo em nenhuma das variáveis dependentes ($p > 0,10$). O suporte instrumental apresenta, no entanto, e para todas as variáveis dependentes, um efeito estatisticamente significativo: ou seja para a ansiedade $F(1,109) = 17,1$, $p < 0,01$, para a depressão $F(1, 109) = 25,3$, $p < 0,01$ e para o stresse $F(1, 109) = 16,5$, $p < 0,01$. Ou seja, os indivíduos com um baixo suporte instrumental apresentam maiores sintomas de ansiedade ($M = 9,87$, $DP = 6,23$), depressão ($M = 9,80$, $DP = 5,73$) e stresse ($M = 12,05$, $DP = 5,79$), quando comparados com os indivíduos que percecionam um elevado suporte instrumental ($M_{ansiedade} = 5,98$, $DP = 3,88$; $M_{depressão} = 4,96$, $DP = 3,49$; $M_{stresse} = 7,73$, $DP = 4,26$).

Existe também um efeito de interação tendencial entre o grau de perda auditiva e o suporte instrumental, mas apenas na ansiedade $F(2, 109) = 2,69$, $p = 0,072$ (ver Figura 3.2.). Através de testes de comparações múltiplas (Bonferroni), verifica-se que é sobretudo nas pessoas de grau ligeiro e nas pessoas de grau severo que o impacto deste suporte se faz sentir na ansiedade (Grau ligeiro: $M_{baixo\ suporte} = 10,56$, $DP = 3,71$; $M_{suporte_elevado} = 5,0$, $DP = 3,08$; Grau moderado: $M_{baixo\ suporte} = 8,43$, $DP = 6,56$; $M_{suporte_elevado} = 6,71$, $DP = 3,56$; Grau severo: $M_{baixo\ suporte} = 10,84$, $DP = 6,63$; $M_{suporte_elevado} = 3,63$, $DP = 5,24$).

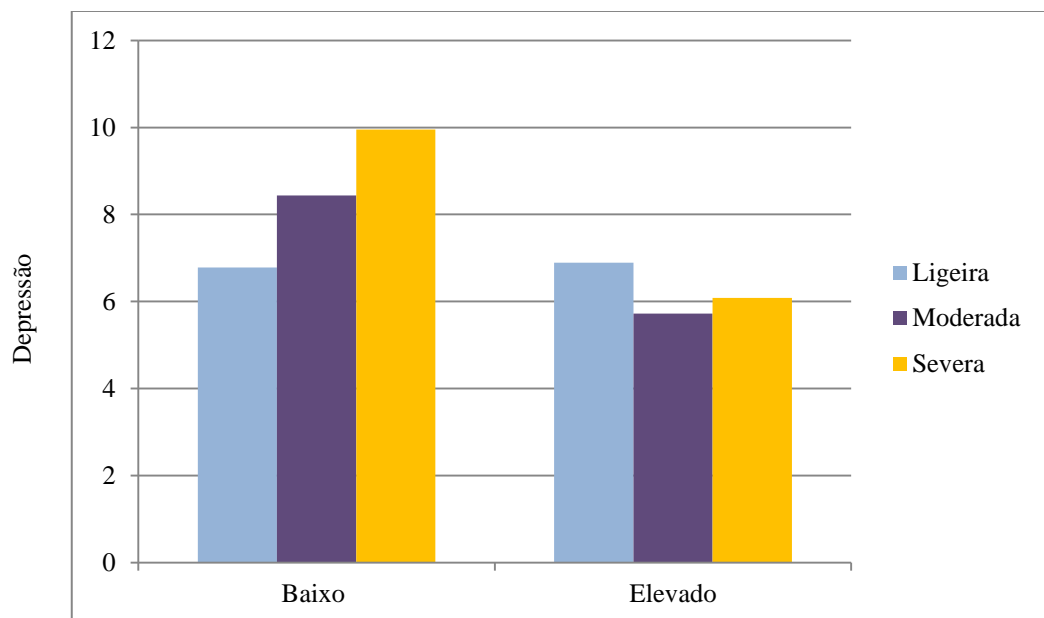
Figura 3.2. Médias na variável Ansiedade em função do Grau de Perda Auditiva (ligeiro, moderado ou severo) e do nível de Suporte Instrumental percebido (baixo ou elevado)



2.2. O papel moderador do suporte informativo na relação entre a perda auditiva e os sintomas de Ansiedade, Depressão e Stresse

A análise multivariada efetuada permitiu verificar um efeito principal tendencialmente significativo do apoio informativo unicamente na depressão, $F(1, 109) = 3,75, p = 0,056$ (ver Figura 3.3.), sendo os indivíduos com maior apoio a obter, tendencialmente, uma menor pontuação neste tipo de sintomatologia ($M = 6,00, DP = 5,06$), por comparação com os de menor apoio informativo ($M = 8,71, DP = 5,25$) ou seja, os resultados não vão ao encontro da hipótese 2, por não se ter encontrado a moderação.

Figura 3.3. Médias na variável Depressão em função do Grau de Perda Auditiva (ligeiro, moderado ou severo) e do nível de Suporte Instrumental percebido (baixo ou elevado)



CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principais objetivos: 1) verificar em que medida a perda auditiva influencia as atividades diárias, as atividades sociais e o estado emocional geral das pessoas com esta patologia e 2) verificar em que medida o suporte social percebido modera a relação entre perda auditiva e a sintomatologia de ansiedade, depressão e stresse.

No presente trabalho procurou-se contribuir para as pesquisas já efetuadas neste campo ao considerar não uma variável de apoio geral, mas tendo por base uma conceptualização multidimensional. Da mesma forma, também no que à perda diz respeito, procurou-se discriminar os diferentes tipos de grau, dado que na literatura a maior parte dos estudos efetuados, quando relaciona esta com outras variáveis, considera apenas as pessoas com perda auditiva no geral (Baraldi, Almeida, & Borges, 2007), sem distribuir a mesma pelos diferentes graus que a compõem, ou quando avaliam o grau é numa população reabilitada ou não reabilitada (Hundertmarck, Julio Costa, & Becker, 2010). Ainda, apesar do suporte ser uma variável muito estudada no âmbito da saúde e das doenças crónicas e na área do envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2001), nesta pesquisa procurou-se estudar o papel do apoio social numa doença crónica específica – a perda auditiva com o envelhecimento – para a qual ainda não existem estudos publicados que relacionem estas duas variáveis. Na literatura o que encontramos diretamente com estas variáveis são por exemplo, alguns estudos sobre o apoio social às famílias de crianças com surdez (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011).

Tendo em conta o primeiro objetivo, esperava-se que a perda influenciasse negativamente as atividades do quotidiano e estado emocional geral das pessoas com esta patologia, o que acabou por se verificar, sendo esse impacto mais forte nos indivíduos com maior grau de perda. Estes resultados vão ao encontro dos de Ciorba e colaboradores (2012) que verificaram que a perda auditiva afeta os indivíduos a nível emocional e social.

No que ao objetivo 2 diz respeito, esperava-se que a os sintomas de ansiedade, depressão e stresse variassem em função da perda, sendo o suporte moderador desta relação. No entanto, o que se verificou foi que o suporte – e sobretudo o instrumental, que remete para a ajuda que os outros podem oferecer através da prestação de informações, e.g., “Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas” – constitui uma variável chave na emergência ou não de sintomatologia emocional negativa, sendo o seu impacto moderado pela perda auditiva para os sintomas de ansiedade. Por outras palavras, o apoio social parece

ser um importante factor protetor, e o seu efeito positivo na emergência de sintomas de ansiedade é mais sentido em pessoas ou com perda ligeira ou com perda severa.

Quando separado o apoio social pelos diferentes tipos de apoio – instrumental, emocional e informativo – podemos perceber que o apoio instrumental apresenta por si só um efeito mais relevante. No caso do nosso estudo esta comparação apenas foi possível de efetuar entre o apoio instrumental e o apoio informativo.

O facto de não existir um efeito significativo da perda auditiva nos sintomas emocionais negativos, apesar de termos encontrado na literatura estudos que apontam para essa tendência, os nossos resultados vão de encontro aos estudos de Ciorba e colaboradores (2012), que concluem que o diagnóstico de perda auditiva, por si só, não é um fator de risco significativo para o aparecimento de ansiedade e depressão, mas podem existir outras variáveis, tais como o zumbido (Pinto, Sanchez, & Tomita, 2010; Rosa, *et al.*, 2012) e a vertigem, que apresentam uma influência no aparecimento desta sintomatologia. Apoiando os mesmos resultados, os autores Paulino, Prezotto, e Calixto (2009) relacionam a vertigem (sintoma labiríntico localizado ao nível do ouvido interno) e os distúrbios psicológicos, uma vez que os sintomas labirínticos podem ocasionar, em muitos dos casos depressão, nomeadamente com a vertigem.

Por outro lado, os estudos de Tanaka, Araújo, e Assencio-Ferreira (2002) verificavam que o aparecimento de depressão, bem como de outros problemas de saúde mental surgem com o aumento do grau da perda auditiva. Tendo em conta que na nossa amostra não existem pessoas com perda auditiva de grau profundo pode explicar o facto de a perda não apresentar um efeito significativo neste tipo de sintomatologia.

Analisando o raciocínio de Gallant (2003): todos os tipos de apoio social presentes na comunidade configuram-se como um produto dos relacionamentos sociais, que estão presentes nos momentos de dificuldade, como é o caso de uma doença crónica. À semelhança do papel do apoio social em muitas doenças crónicas, como por exemplo a diabetes (Gallant, 2003), parece haver também um papel desta variável noutras doenças crónicas, nomeadamente na perda auditiva. Dalgard, Bjørk, e Tambs (1995) também verificam que o apoio social protege contra o desenvolvimento de transtorno mental, sendo nos seus estudos especialmente protetor para a depressão.

Da mesma forma que a falta de apoio social vai provocar complicações ao nível da saúde mental, mas possíveis de evitar, segundo Chen e Most (2009), quando os problemas associados à perda auditiva são compreendidos e são aprendidas novas estratégias que conduzem a uma melhoria da qualidade de auto percepção da vida. Posto isto é possível que a perda possa afetar inevitavelmente as pessoas ao nível das atividades diárias, sociais e estado

emocional geral, no entanto estes indivíduos não chegam a desenvolver sintomatologia clínica de ansiedade, depressão e stresse. Estes resultados, segundo a literatura podem ser apoiados pelo papel do suporte social nesta população.

Este estudo contribui para o fortalecimento do argumento de que o acesso a um maior suporte social ao longo de toda a vida é um poderoso preditor de um envelhecimento feliz e com qualidade, mesmo perante outras situações de doenças que não são possíveis por si de evitar.

A ansiedade, depressão e stresse não são necessariamente uma morbidade integrante das pessoas com perda auditiva. É importante o planeamento de políticas públicas de saúde e a promoção de ações de sensibilização do impacto da doença crónica, especificamente da perda auditiva, nos universos ocupacionais, parentais e educacionais, para a sua eficácia ser máxima ao nível da prevenção. Por outro lado, desenvolver uma política de saúde que promova as ações de sensibilização, assim como a manutenção dos atuais meios de acesso ao apoio social existente, sobretudo ao nível do apoio instrumental, certamente permitirá um melhor aproveitamento dos escassos recursos económicos disponíveis, para os próximos anos, sempre tendo como principal objetivo aumentar a percepção de apoio social por parte dos indivíduos na sociedade.

Face ao exposto, em investigações futuras sugere-se que se investigue também a qualidade de vida do indivíduo, uma vez que já em alguns estudos se constata a relação desta variável com suporte social (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, & Prette, 2007; Diener, 2012), e também utilizar na amostra pessoas com um grau de perda auditiva profundo, já que é uma alteração mais acentuada, e como tal pode ter um impacto ao nível de sintomas emocionais negativos nestes indivíduos.

Num futuro próximo, será necessário melhorar o nosso conhecimento sobre esta doença e sua fisiopatologia, na tentativa de minimizar a sua progressão. Além disso, será de grande importância para melhorar os métodos de identificação de indivíduos com presbiacusia, melhorando os serviços de fornecimento de reabilitação auditiva e a aprendizagem de estratégias de enfrentamento que podem ter um impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos portadores de perda auditiva.

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Alvarenga, M. R., Oliveira, M. A., Domingues, M. A., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Social support networks for elderly patients attended by Family Health teams. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2603-11.
- American Psychological Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Baqutayan, S. (2011). Stress and social support. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 29-34.
- Baraldi, G. S., Almeida, L. C., & Borges, A. C. (2007). Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73, 64-70.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Bernabei, V., Morini, V., Moretti, F., Marchiori, A., Ferrari, B., Dalmonte, E. Atti, A. R. (2011). Vision and hearing impairments are associated with depressive–anxiety. *Aging & Mental Health*, 15, 467–474.
- Better Hearing Institute. (2012). *Hearing Healthcare Professionals*. Obtido de Better Hearing, Institute:
http://www.betterhearing.org/press/news/National_Press_Release_Mental_Illness_Awareness_Week_pr09142012.cfm
- Bound, F. (2004). Anxiety. *The Lancet*, 363-1407.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock
- Campos, A. (2013) Portugal é o quarto país mais envelhecido da União Europeia. *Público*. ID: 49097196
- Canlon, B., Theorell, T., & Hasson, D. (2013). Associations between stress and hearing problems in humans. *Hearing Research*, 9–15.

- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Quality of Life, Social Support and Depression of the Elderly: Relation with Social Abilities. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 2, 229-237.
- Cetin, B., Uguz, F., Erdem, M., & Yildiri, A. (2010). Relationship between Quality of Life, Anxiety and Depression in Unilateral Hearing. *Official Journal of Mediterranean Society of Otolaryngology and Audiology*, 252-257.
- Chen, A., & Most, T. (2009). Auditory, Visual, and Auditory–Visual Perception of Emotions by Individuals With Cochlear Implants, Hearing Aids, and Normal Hearing. *Oxford Journals Medicine & Social Sciences Jnl. of Deaf Studies and Deaf Education*, 14, 449-464
- Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S., & Pastore, A. (2012). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical Interventions in Aging*, 159–163.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 29-34.
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 590-597.
- Dimond, M. (2007). Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. *Research in Nursing & Health*, 101–108.
- Dunkley, D., Blankstein, K., Halsall, J., Meredith, W., & Gary, W. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 437-453.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531--541
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analyses. *Journal of personality and social psychology*, 46, 839- 852.
- Fontaine, O., Kulbertus, H., & Étienne, A. M. (1996). *Stresse e Cardiologia*. Lisboa. Climepsi.

- Fortes-Burgos, A., Neri, A., & Cupertino, A. (2008). Stressful Events, Coping Strategies, Self-Efficacy and Depressive Symptoms Among the Elderly Residing in the Community. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 74-82.
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 170-95.
- Gauvreau, P. & Bouchard, S. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 26-40.
- Hanson, B., Isacson, S., Janzon, L., & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly mem. *American Journal of Epidemiology*, 130(1), 100-111.
- Harkin , H., & Kelleher, C. (2011). Caring for older adults with hearing loss. *Nursing Older People Magazine*, 22-28.
- Hayward, R. (2005). Stress. *The Lancet*, 11–17 .
- Herer, G. R. (2012). Intellectual Disabilities and Hearing Loss. *Communication Disorders Quarterly August* , 252-260.
- Houston, D., Beer, J., Bergeson, T., Steven, C., & Pisoni, D. (2012). The Ear Is Connected to the Brain: Some New Directions in the Study of Children with Cochlear Implants at Indiana University. *Journal of the American Academy of Audiology* , 446–463.
- Hundertmarck, A. L., Julio Costa, J. M., & Becker, K. T. (2010). Satisfaction of Hearing Aids Users With Hearing Loss of Severe and Deep Degree. *Arquivos internacionais de otorrinolaringologia*, 338-34.
- Irigaray, T., & Schneider, R. (2007). Prevalence of depression in elderly women attending the University of Third Age. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 19-27.
- Johnson, C. (2010). Introduction to Auditory Rehabilitation: A Contemporary Issues Approach. Boston: Pearson Education.
- Kamhi, A. (2011). Balancing Certainty and Uncertainty. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, 88-93.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. *Social support and health*, 219-240.
- Kochkin, S. (2011). The Impact of Treated Hearing Loss on Quality of Life. Obtido de Better Hearing Institute:

http://www.betterhearing.org/aural_education_and_counseling/articles_tip_sheets_and_guides/hearing_loss_treatment/quality_of_life.pdf.

- Lazarus, R. S.; & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European journal of personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological inquiry*, 1, 3-13,
- Leite, M. T., Battisti, I. D., Berlezi, E. M., & Scheuer, A. I. (2008). Elderly urban residents and their family and social support networks red de apoyo familiar y social de ancianos residentes en el medio urbano. *Texto & Contexto Enferm*, 250-7.
- Li-Korotky, H.S. (2012). Age-related hearing loss: quality of care for quality of. *The Gerontologist*, 265-71.
- Lin, F., Ferrucci, L., Metter, J., An, Y., Zonderman, A., & Resnick, S. (2011). Hearing Loss and Cognition in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Neuropsychology*, 763-770.
- Lino, V., Portela, M., Camacho, L., Atie, S., & Lima, M. (2013). Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro. *PLOS ONE*, 10-1371.
- Linszen, A. M., Joore, M. A., Theunissen, E. J., & Anteunis, L. J. (2013). The Effects and Costs of a Hearing Screening and Rehabilitation Program in Residential Care Homes. *American Journal of Audiology*, 186-189.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* 33, 335-43.
- McKenna L., Hallam R. S., & Hinchcliff, R. (1991). The prevalence of psychological disturbance in neurotology patients. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, 16, 4526.
- Marques, F., Correia, F., Pires, R., & Pereira, P. (2010). Apoio Social em Idosos Institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, 99-121.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização de SPSS*. Lisboa. Edições Silabo.
- Martins, R. (2008). A revelância do apoio social na velhice. *Revista Millenium*, 119-123.

- Mathers C, Smith A, Concha M: [http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hearingloss.pdf] *webcite* In *Global burden of hearing loss in the year 2000*. Edited by Mathers C, Smith A, Concha M. Geneva: World Health Organisation; 2007.
- Matos, A., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 243-253.
- Menten, K., Van Eynde, C., Desloovere, C., & Wouters, J. (2014). Auditory neuropathy/dyssynchrony revisited. *B-ENT*, 10, 105-12.
- Mohlman, J. (2009). Cognitive self-consciousness—a predictor of increased anxiety following first-time diagnosis of age-related hearing loss. *Aging & Mental Health*, 246-254.
- Muramatsu, N., Yin, H., & Hedeker, D. (2010). Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Social Science & Medicine*, 1050–1058.
- Musiek, F. E., & Baran, J. A. (2007). *The auditory system : anatomy, physiology and clinical correlates*. Boston: Pearson.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krausec, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine*, 2259–2270.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 14, 263-268.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Lea, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 229-239.
- Pajor, A., Ormezowska, E., & Jozefowicz-Korczynska, M. (2013). The impact of co-morbid factors on the psychological outcome of tinnitus patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 881-888.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida*. Lisboa: Monitor.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: revista da Faculdade de Letras do Porto*, 275-288.

- Paul, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulino, C., Prezotto, A., & Calixto, R. (2009). Association between stress, depression and dizziness: a brief review. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 33-45.
- Pinto, P., Sanchez, T., & Tomita, S. (2010). The impact of gender, age and hearing loss on tinnitus severity. *Braz J Otorhinolaryngol*, 18-24.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte (ESSS). *Análise Psicológica*, 547-558.
- Rosa, M., Figueirê, A., Pimenta, F., Silva, C., Lima, M., & Diniz, M. (2012). Tinnitus and anxiety: a literature review. *Revista CEFAC*, On-line version ISSN 1982-0216.
- Rosa, R., M., Almeida, A. F., Pimenta, F., Silva, C. G., Lima, M. R., & D. M. (2012). Tinnitus and anxiety: a literature review. *Revista CEFAC*, 14(4), 742-754.
- Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Revista Saúde & Trabalho*, 25-42.
- Sandier, I., & Lakey, B. (1982). Locus of Control as a Stress Moderator: The Role of Control Perceptions and Social Support. *American Journal of Community Psychology*, 65-80.
- Santos, F., Andrade, V., & Bueno, O. (2009). Aging: A Multifactorial Process. *Directory of Open Access Journals*, 14,1, 3-10.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127
- Seeman, T. (2008). *Support & Social Conflict: Section One - Social Support*. California: Psychosocial Notebook.
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra. Gráfica de Coimbra Lda.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21-32.

- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers
- Tova, M., & Hilit, M. (2012). Auditory, Visual, and Auditory--Visual Perceptions of Emotions by Young Children With Hearing Loss Versus Children With Normal Hearing. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 55(4),1148-1162.
- Tambs, K. (2004). Moderate Effects of Hearing Loss on Mental Health and Subjective Well-Being: Results From the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *American Psychosomatic Society*, 776–782.
- Tanaka, M., Araújo, V., & Assencio-Ferreira, V. (2002). Hearing loss in elderly could difficult the communication? *CEFAC* , 203-205.
- Tun, P. A., Williams, V. A., Small, B. J., & Hafter, E. R. (2012). The Effects of Aging on Auditory Processing and Cognition. *American Journal of Audiology* , 344–350 .
- World Health Organisation: *Guidelines for hearing aids and services for developing countries*. 2nd edition. Geneva: World Health Organisation; 2004.
- Van Gent, T., Goedhart, A., & Treffers, P. (2011). Self-concept and psychopathology in deaf adolescents: preliminary support for moderating effects of deafness-related characteristics and peer problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 720–728.
- Vila, J. (2000). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B., & Cai, T. (2013). Perceived social support as moderator of perfectionism, depression, and anxiety in college students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 1141-1152.

ANEXOS

ANEXO A

Protocolo da Investigação e Consentimento Informado

V. Exas

Eu, Sara Morgado Veiga, como aluna finalista do Mestrado de Psicologia das Emoções, no Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-IUL, pretendo realizar, no âmbito curricular do referido Mestrado, um trabalho de investigação junto dos pacientes do Hospital Garcia de Orta e das Clínicas Vitalsom e Widex; juntamente com a coordenadora e orientadora da investigação, a Professora Doutora Joana Alexandre. Este trabalho de investigação é de carácter obrigatório para a conclusão do Mestrado. Assim e de acordo com os objetivos a atingir, procura-se estudar o papel do suporte social em indivíduos com perda auditiva, e venho por este meio solicitar V. Exas. a autorização para a aplicação de um conjunto de perguntas sobre esse tema.

O anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes na amostra são assegurados e informação médica ou de saúde recolhida é somente para fins de investigação científica, não tendo qualquer interesse comercial. Os dados são apresentados na globalidade, e a sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste ensaio e todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.

Data __/__/__

Assinatura do Investigador

Data __/__/__

Assinatura do Participante

ANEXO B

Questionário Sócio- Demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Preencha e coloque um círculo à volta do número

Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

Idade: _____ anos

Estado Civil:

1. Solteiro (a)
2. Casado (a) ou em união de facto
3. Separado (a) ou divorciado (a)
4. Viúvo (a)

Agregado Familiar:

1. Vive só
2. Vive acompanhado (a)

Residência: 1. Zona urbana 2. Zona rural

Situação Profissional:

1. No activo
2. Doméstico (a)
3. Desempregado
4. De Baixa Médica
5. Reformado
6. Estudante
7. Outra situação. Qual? _____

Habilitações Literárias:

1. Sem escolaridade
2. Básico
3. Secundário
4. Licenciado

Profissão: _____

Tem Perda Auditiva? 1. Não 2. Sim

Quais as suas queixas Auditivas:

1. Sem queixas
2. Poucas
3. Moderadas
4. Muitas

A sua Perda Auditiva é: 1. Unilateral 2. Bilateral

Grau de Perda:

1. Ligeiro
2. Moderado
3. Severo

Tempo de Perda Auditiva:

1. 1 Ano
2. 3 Anos
3. 10 Anos
4. Mais de 10 Anos: Quantos anos? _____

Apresenta alguma doença crónica? 1. Não 2. Sim Qual? _____

De um modo geral considera que a sua Saúde é:

1. Fraca
2. Razoável
3. Boa
4. Muito Boa
5. Ótima

A sua dificuldade auditiva limita as suas atividades diárias?

1. Nada
2. Pouco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Totalmente

A sua dificuldade auditiva limita as suas atividades sociais?

1. Nada
2. Pouco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Totalmente

A sua dificuldade de auditiva interfere no modo como se sente?

1. Nada
2. Pouco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Totalmente

ANEXO C

Escala de Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000)

ESCALA DE APOIO SOCIAL (Matos & Ferreira, 2000)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo indicadas e coloque uma cruz em cima de um dos números: 0, 1, 2, 3 ou 4, de acordo com a sua opinião.

0 – Discordo

1 – Discordo na maior parte

2 – Não concordo nem discordo

3 – Concordo na maior parte

4 – Concordo totalmente

Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria a meio da noite para falar comigo					
Não tenho ninguém a quem mostrar como sou realmente					
Tenho alguém que me encoraja em situações emoções delicadas					
Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer					
Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido					
As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar					
Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema					
Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas					
Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios					
Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência					
Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros membros que dependam de mim) quando quero sair por algum tempo ou divertir-me					
Quando preciso de ajuda financeira não tenho ninguém a quem possa recorrer					
Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (exemplo: comida, tomar conta do correio, etc)					
Quando me sinto com demasiada responsabilidade e exigências profissionais, não tenho ninguém que me “estenda a mão”					
Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas, diárias, sei a quem recorrer					
Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude					

ANEXO D

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

EADS-21. ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DAS ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada.

- 0 – Não se aplicou nada a mim
 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
 2 – Aplicou-se a mim de muitas vezes
 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

Tive dificuldades em me acalmar				
Senti a minha boca seca				
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				
Senti dificuldades em respirar				
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
Senti tremores (por ex., nas mãos)				
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
Dei por mim a ficar agitado				
Senti dificuldade em me relaxar				
Senti-me desanimado e melancólico				
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				
Senti-me quase a entrar em pânico				
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
Senti que não tinha muito valor como pessoa				
Senti que por vezes estava sensível				
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso				
Senti que a vida não tinha sentido				

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!