

António Vasco Antunes Neves de Oliveira

QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM QUEIXAS DE
ACUFENOS:
COMPARAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto
Maio de 2007

António Vasco Antunes Neves de Oliveira

QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM QUEIXAS DE
ACUFENOS:
COMPARAÇÃO COM A PERCEÇÃO DO ACOMPANHANTE

Orientador: Prof^a Doutora Rute F. Meneses

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre
em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária

QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM QUEIXAS DE ACUFENOS: COMPARAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE

Resumo

A presença de acufenos (zumbidos) é frequente, sendo que os pacientes com queixas de acufenos apresentam frequentemente dificuldades psicossociais e comorbidade psiquiátrica, tornando importante a intervenção psicológica. A investigação indica ainda alterações da qualidade de vida destes pacientes. Se se entender que a qualidade de vida não é um conceito unicamente relacionado com aspectos de saúde, mas também com a capacidade individual de funcionamento em ambientes variados (Kennedy, Wilson & Stephens, 2004), percebe-se o interesse em aprofundar a sua relação com as queixas de acufenos.

Assim, pretendem-se: conhecer a QDV de indivíduos portugueses com queixas de acufenos; comparar a QDV desses indivíduos com a da população geral Portuguesa; explorar as relações entre a QDV e variáveis sócio-demográficas; explorar as relações entre a QDV e variáveis clínicas; procurar os melhores preditores sócio-demográficos e clínicos da QDV nesses indivíduos; explorar a relação entre a QDV percebida pelo doente e pelo seu acompanhante. Para tal administrou-se um questionário sócio-demográfico e clínico e a versão portuguesa do SF-36v2 a 74 sujeitos que frequentam a consulta de ORL de vários hospitais e a 19 dos seus acompanhantes. Utilizou-se igualmente a tradução portuguesa do “Tinnitus Handicap Inventory”, de forma a poder definir o grau de dificuldade que os acufenos desencadeiam no doente. Foi ainda avaliada a audição dos doentes.

Os resultados obtidos, demonstram: uma menor QDV nos sujeitos com acufenos; que as mulheres apresentam queixas de maior gravidade e menor QDV; que os sujeitos com alguma actividade têm maior QDV; que a presença de desequilíbrios e de problemas nervosos estão associados a pior QDV. São estes os melhores preditores da QDV, de entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas utilizadas neste estudo.

A pequena amostra de acompanhantes não permite conclusões no que se refere à comparação entre a QDV percebida por eles e pelos sujeitos, no

entanto, as indicações que se podem retirar apontam no sentido de que a percepção que os acompanhantes têm da QDV dos sujeitos é melhor do que a dos próprios, e isto pode concorrer para que o sujeito sinta que a seu problema não é valorizado, o que está de acordo com a literatura.

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH TINNITUS COMPLAINTS: COMPARISON WITH THE COMPANION'S PERCEPTION

Summary

The tinnitus presence (buzzing) is frequent, and the patients with tinnitus complaints frequently present psychosocial difficulties and psychiatric comorbidity, requiring psychological intervention. The investigation still indicates changes in the quality of life of these patients. If it is assumed that quality of life is not only a concept related with health aspects, but also with the individual capacity of operation in varied environments (Kennedy, Wilson & Stephens, 2004), it is noticed the importance in explore deeply it's relation with the tinnitus complaints.

Thus, the intention of this work is: to know the Portuguese individuals' QOL with tinnitus complaints; to compare those individuals' QOL with the one of the Portuguese general population; to explore the relationships among QOL and socio-demographic variables; to explore the relationships between QOL and clinical variables; to seek the best socio-demographic and clinical predictors of QOL in those individuals; to explore the relationship among QOL reported by patients and that reported by their companions. For that it was administered a socio-demographic and clinical questionnaire and the Portuguese version of the SF-36v2 to 74 subjects that frequent the ENT consultation of several hospitals and at 19 of its companions. It was used the Portuguese translation of "Tinnitus Handicap Inventory" equally, in way to define the degree of difficulty that tinnitus develop in patients. It was still evaluated the hearing level of the patients.

The results demonstrate: a smaller QOL in tinnitus patients; women present higher complaints and smaller QOL; that the patients with some activity have higher QOL; the presence of dizziness and nervous problems makes worst the QOL. These are the best predictors of QOL, among social-demographic and clinical variables used in this study.

The small sample of companions doesn't allow conclusions in the comparison among the QOL realised for them and for the subjects, however, the results lets

suppose that the QOL perception of the companions is better than the QOL perception of the patient, and this can be interpreted by the patient that its problem is not valued enough, what is in agreement with the literature.

QUALITÉ DE VIE DANS DES SUJET AVEC PLAINTES D'ACOUPHENES: COMPARAISON AVEC LA PERCEPTION DE L'ACCOMPAGNEUR

Le résumé

La présence des acouphènes (bourdonnements) est fréquent, et les malades avec les plaintes des acouphènes présentent fréquemment difficultés psychosociales et comorbidité psychiatrique ce que tourne important l'intervention psychologique. L'étude indique encore modifications de la qualité de vie de ces patients. Si on assume que la qualité de vie est un concept pas seul a raconté avec aspects de santé, mais aussi avec la capacité individuelle d'opération dans environnements variées (Kennedy, Wilson & Stephens, 2004), il est remarqué l'intérêt dans approfondir son rapport avec les plaintes des acouphènes.

Donc, l'intention de l'étude est: connaître la QDV des individus Portugais avec les plaintes d'acouphènes; comparer la QDV de ces individus avec celui de la population générale Portugaise; explorer les rapports parmi la QDV et les variables sociodémographiques; explorer les rapports parmi la QDV et les variables cliniques; chercher les meilleures predictors sociodémographiques et cliniques de QDV dans ces individus; explorer le rapport parmi QDV perfectionné par le malade et pour son accompagnateur. Pour ça il a été administré un questionnaire sociodémographique et clinique et la version Portugaise des SF-36v2 à 74 sujets qui fréquentent la consultation d'ORL de plusieurs hôpitaux et à 19 de ses accompagnateurs. Il a été utilisé également la traduction Portugaise du " Tinnitus Handicap Inventory ", pour pouvoir définir le degré de difficulté que les acouphènes déchaînent dans le malade. Il a encore été évalué l'audition des ceux malades.

Les résultats obtenus démontrent: un plus petit QDV dans le sujet avec acouphènes; que les femmes ont plaintes de plus grande gravité et plus petit QDV; que les sujets avec quelque activité ont plus grand QDV; que la présence de déséquilibres et de problèmes nerveux déclenche plus mauvais QDV. Ils sont les meilleur predictors de QDV, parmi les variables sociodémographiques et cliniques utilisées dans cette étude.

Le petit échantillon de accompagnateurs n'autorise pas de conclusions dans la comparaison parmi la QDV perfectionné pour eux et pour les sujets, cependant, les indications qui se peuvent enlever visent dans le sens que la perception que les accompagnateurs ont de QDV des sujets est meilleure que celui des propres, et cela peut les faire croire que son problème n'est pas suffisamment évalué, ce qui est en accord avec la littérature.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Rute F. Meneses, pela sua dedicação, sábios conselhos e enorme paciência...

À minha família, particularmente à minha mulher e filhos, pelos muitos momentos de ausência (mesmo quando presente)...

Aos profissionais de todos os Hospitais envolvidos no trabalho, particularmente Directores de Serviço O.R.L., respectivos Médicos e colegas Audiologistas envolvidos na recolha dos dados...

Aos utentes desses Serviços de O.R.L. que acederam a participar no estudo e seus acompanhantes, sem os quais não teria sido possível a sua realização...

LISTA DE ABREVIATURAS

BSI – Brief Symptoms Inventory

CIPQV – Comissão Independente População e Qualidade de Vida

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

NHP – Nottingham Health Profile

OEA – Otoemissões Acústicas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

QDV – Qualidade de Vida

QDVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

SCL-90-R – Symptom Checklist-90-Revised

THI – Tinnitus Handicap Inventory

TQ – Tinnitus Questionnaire

TRT – Tinnitus Retraining Therapy

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

Índice

Introdução.....	1
1. Acufenos.....	3
1. Definição.....	3
2. Causas biológicas	12
3. Causas/consequências psicosociais.....	18
4. Avaliação e tratamento.....	24
2. Qualidade de Vida.....	38
1. Definição	38
2. Factores associados à Qualidade de Vida.....	47
3. Avaliação da Qualidade de Vida.....	50
3. Qualidade de Vida em indivíduos com acufenos.....	56
4. Qualidade de vida percebida por outros significativos dos doentes.....	61
3. Contributo empírico.....	64
1. Objectivos, hipóteses e variáveis do estudo	64
2. Método.....	65
3. Procedimento.....	79
4. Apresentação e discussão dos resultados.....	84
1. QDV de indivíduos portugueses com acufenos.....	85

2. Relação entre QDV e variáveis sócio-demográficas em indivíduos portugueses com acúfenos.....	88
3. Relação entre as variáveis clínicas e a QDV em indivíduos portugueses com acúfenos.....	92
4. Preditores sócio-demográficas e clínicos da QDV em indivíduos portugueses com acúfenos.....	96
5. Relação entre a QDV percebida pelo doente vs. Acompanhante....	98
Conclusão.....	101
Bibliografia.....	104

Anexos:

- Anexo A – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Doente)
- Anexo B – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Acompanhante)
- Anexo C – Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)
- Anexo D – Tinnitus Handicap Inventory
- Anexo E – Tinnitus Handicap Inventory (Versão Portuguesa)
- Anexo F – Check-List e Audiograma
- Anexo G – Autorização do Dr. Craig W. Newman (THI)
Autorização do Prof. Dr. Pedro Lopes Ferreira (SF-36v2)
- Anexo H – Formulário de Consentimento Informado (Doente)
Formulário de Consentimento Informado (Acompanhante)
- Anexo I – Autorizações para recolha de dados
- Anexo J – Directrizes de preenchimento do SF-36v2 para os Audiologistas responsáveis pela recolha de dados
- Anexo L – Recomendações BIAP 02/1 bis
- Anexo M – Distribuição dos elementos da amostra clínica, relativamente à Profissão
- Anexo N – Distribuição dos elementos da amostra de acompanhantes, relativamente à Profissão

Introdução

A presença de acufenos, vulgarmente denominados de zumbidos, é uma queixa frequente na clínica diária. Podendo não ser a queixa primária do doente, surge com muita frequência na consulta de Otorrinolaringologia (ORL), ou numa abordagem decorrente da realização de testes de audiologia. Daí que em vários anos de actividade profissional nesta área, seja possível tomar contacto com esta problemática verificando que as queixas dos individuos não se centram unicamente nos aspectos fisiológicos ou acústicos, passam com muita frequência para os aspectos psicológico e social.

Dauman (1997) refere que 7% dos adultos recorreram ao médico por queixas de acufenos, aumentando a prevalência com a idade, atingindo os 15,8% na faixa etária entre os 61 e os 70 anos. No entanto, o sintoma só se torna problemático num pequeno número de sujeitos (Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004). E são precisamente estes que apresentam problemas associados à queixa de acufenos, e cujo estudo será relevante.

Nos sujeitos que se queixam da presença dos acufenos verifica-se que, além do mal-estar físico referente à sensação acústica, existe um conjunto de queixas de tipo emocional, funcional e social que perturbam o seu bem-estar, e que o “perseguem” na sua vida diária. Oliveira e Trigueiros-Cunha (2002) verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas nos resultados encontrados na avaliação de várias dimensões psicológicas, estudadas em sujeitos com queixas de acufenos crónicos, quando comparados com um grupo de controlo, ressaltando os aspectos de somatização, depressão e ansiedade. Andersson (2002a) chama a atenção para a necessidade de estudar a relação entre a presença de acufenos e problemas de insónia, e défices cognitivos e de atenção. Hallam, McKenna, e Sherlock (2004) referem que os acufenos podem perturbar os processos cognitivos, particularmente nos aspectos ligados à atenção, em particular o seu controlo e a inibição da atenção relacionada com actividades irrelevantes.

A existência de queixas de acufenos, com as consequências atrás

referidas, implica em grande parte dos casos alterações da qualidade de vida (QDV) desses pacientes (Wilson, Lewis, & Stephens, 2002). Será pois importante investigar quais os aspectos da QDV que poderão estar mais atingidos, para que se possa intervir no problema, procurando melhorar a QDV destes doentes que sofrem de um distúrbio crónico. Tanto mais que 47% dos pacientes não conseguem associar algum incidente que possa estar associado à presença dos acúfenos e que os mecanismos anátomo-fisiológicos não são ainda totalmente conhecidos (Sandlin & Olsson, 2000). Paralelamente, a QDV não é um conceito unicamente relacionado com aspectos relativos à saúde, mas também com a capacidade individual de funcionamento em ambientes variados (Kennedy et al., 2004).

Os objectivos do estudo são: conhecer a QDV de indivíduos portugueses com queixas de acúfenos, seguidos em Consulta de ORL de Hospitais públicos portugueses; comparar a QDV desses indivíduos com a da população geral Portuguesa; explorar as relações que existam entre a sua QDV e algumas variáveis sócio-demográficas; bem como explorar as relações entre a QDV de indivíduos portugueses com queixas de acúfenos e algumas variáveis clínicas; procurar os melhores preditores da QDV destes indivíduos para as variáveis sócio-demográficas e clínicas utilizadas no estudo; e explorar a relação entre a QDV percebida pelo doente com acúfenos e pelo seu acompanhante.

Para a realização deste estudo, a amostra que será mais adequada, pela facilidade de acesso, e pelas suas características, será a de sujeitos com queixas de acúfenos que recorrem à consulta de ORL de vários hospitais públicos Portugueses.

Da síntese da revisão da literatura apresentada, verifica-se que parecem não existir na prática clínica abordagens sistematizadas à QDV de indivíduos com acúfenos, pelo que se espera que os resultados obtidos possam contribuir para que a avaliação da QDV possa ter uma utilização mais alargada nestes pacientes, permitindo melhorar as intervenções e os cuidados a eles prestados.

1. Acúfenos

1.1. Definição.

História. As primeiras referências a uma patologia semelhante aos acúfenos surgem pelos fenícios há vários milhares de anos atrás (Sandlin & Olsson, 2000). No Antigo Egito, encontram-se referências em hieróglifos e em papiros a tratamentos para o “ouvido enfeitado”, isto cerca de 2500 a.C. (Heller, 2003; Sandlin & Olsson). Na Índia, desde o séc. XVI a.C. que os acúfenos são associados à hipoacusia, sendo posta a hipótese de se tratar de um fenómeno delirante ou uma alucinação (Ballester & Geoffray, 2001).

Na literatura da Roma Antiga, do Império Bizantino, da Idade Média ou do Renascimento, encontram-se alusões aos acúfenos, procurando cada cultura classificar e tratar de uma forma o mais eficaz possível este problema tão perturbador (Heller, 2003).

Hipócrates refere várias vezes os acúfenos nos seus textos, mas sempre associados à surdez (Ballester & Geoffray, 2001). Aristóteles, no seu livro *Problemata Physica*, faz igualmente referência à problemática dos acúfenos (Sandlin & Olsson, 2000).

Galiano, no séc. II d.C., faz um apanhado de todos os conhecimentos médicos disponíveis, fazendo uma descrição detalhada dos acúfenos (Ballester & Geoffray, 2001). Alexandre de Tralles, no séc. VI d.C., levanta a hipótese de que os acúfenos poderão ser consequência de um problema físico ou emocional (Sandlin & Olsson, 2000).

Na Idade Média e início do Renascimento não se encontram mais do que revisões de trabalhos anteriores (Meyer, 2001).

Joseph du Vernay (séc. XVII), médico e anatomista francês, postula que as sensações auditivas são produzidas pela excitação das fibras que ligam o ouvido ao cérebro após uma estimulação por qualquer som externo, mas também devido a mecanismos patológicos, quer do órgão da audição, quer nas extremidades das fibras nervosas do cérebro (Feldmann, 1991). Acrescenta igualmente a existência

de um som interno verdadeiro, do tipo do que surge quando se bloqueia o ouvido com o dedo, ou o que apresentava uma sua paciente, cujo acufeno pulsátil, audível no exterior, apresentava sincronia com o seu batimento cardíaco, e que foi atribuído a uma artéria dilatada.

Jean Marie Gaspar Itard, em 1821, fala em acufenos verdadeiros de causa acústica, acufenos falsos, geralmente por problemas do ouvido interno, e acufenos fantásticos, que ele considera como tendo origem psíquica, referindo a possibilidade dos acufenos poderem ser mascarados por sons externos (Ballester & Geoffray, 2001). Um pouco antes, em 1801, Grappengieser tinha sugerido que o uso de uma estimulação eléctrica directa no ouvido, utilizada para tentar curar a surdez, provocaria algum alívio na percepção dos acufenos (Feldmann, 1991; Sandlin & Olsson, 2000).

Em 1854 Rayer faz referência a ruídos pulsáteis occipitais, síncronos aos batimentos cardíacos, que teriam origem em anomalias da artéria auricular posterior, em aneurismas arteriais ou em lesões valvulares cardíacas e, sensivelmente na mesma altura, Hyrtl assume a possibilidade de existir habituação aos acufenos (Ballester & Geoffray, 2001). Urbantschitsch, por volta de 1880, realiza um estudo em que utiliza diapasões para efectuar o mascaramento dos acufenos, referindo que vários sujeitos apresentam diminuição, ou mesmo desaparecimento dos acufenos, no entanto por períodos variáveis (Feldmann, 1991). Já Hipócrates em 400 AC tenta perceber porque desaparece o silvo do ouvido quando se faz um ruído (Sandlin & Olsson, 2000). Posteriormente, em 1928, Knudsen e Jones desenvolvem um instrumento que utiliza um som para procurar diminuir o incómodo causado pelos acufenos, após medirem os valores dos acufenos, particularmente em doentes com dificuldade em adormecer (Feldmann, 1991; Johnson, Griest, Press, Storter, & Lentz, 1989).

Com a Revolução Industrial e o desenvolvimento de equipamentos extremamente ruidosos, a incidência dos acufenos aumentou grandemente (Vernon, 1989).

O desenvolvimento dos primeiros equipamentos para medição da audição (audiómetros), que surgem por Fowler em 1922, veio permitir realizar medições

dos acufenos (Feldmann, 1991). Nos anos cinquenta, vários autores começam a fazer uma medição psicoacústica dos acufenos, tendo ficado admirados pela sua geralmente fraca intensidade, mesmo em pacientes com queixas muito fortes (Ballester & Geoffray, 2001). Se até esta altura o uso de prótese auditiva em doentes com acufenos estava contra-indicado, após esta altura pondera-se o seu uso para os mascarar, tendo Saltzmann e Ersner, já em 1947, utilizado esse tipo de próteses para o efeito (Feldmann; Vernon, 1989). Começam igualmente a ser usados medicamentos para tentar controlar os acufenos, particularmente os que são atribuídos a problemas vasculares, ou de tipo cócleo-vestibular, sendo igualmente usada a vitaminoterapia (Ballester & Geoffray, 2001). Começa também a utilizar-se a psicoterapia, inicialmente como complemento à terapia medicamentosa (Ballester & Geoffray).

Nos anos sessenta é estabelecida uma relação entre os acufenos e alterações do sistema nervoso autónomo, que levaria a problemas vasomotores nas células ciliadas internas (Feldmann, 1991). Jack Vernon em 1975 introduz o uso de um mascarador de acufenos portátil (Sandlin & Olsson, 2000). Feldmann em 1971, tinha verificado que existem sons mais eficazes que outros no mascaramento dos acufenos, observando a presença da inibição residual, mais tarde descrita por Vernon, salientando que não se trataria de um processo de interacção física, mas uma inibição neuronal (Johnson et al., 1989; Sandlin e Olsson).

Definição. O termo acufeno, deriva do francês “acouphène”, que por sua vez apresenta origem grega, com etimologia nas palavras “akouein” e “phainein”, podendo ser traduzido como “fenómeno auditivo” (Meyer, 2001). Na literatura anglo-saxónica, o termo que descreve acufenos é “tinnitus”, com origem latina na palavra “tinnire” (Sandlin & Olsson, 2000).

Jastreboff e Hazell (2004, p. 1) apresentam a definição de acufenos proposta pela ANSI (American National Standards Institute) em 1969, dizendo que é “a sensação de som sem estimulação externa”. Araújo e Escada (2003, p. 50) apresentam uma definição de acufenos referindo que “em função do doente, pode

definir-se como a percepção aberrante de som, sem a existência de estímulo acústico externo”. Meyer (2001, p. 4) acrescenta “que se trata de uma sensação auditiva que parece localizar-se num ou em ambos os ouvidos ou ainda na cabeça sem localização possível precisa da sua origem”.

As queixas de acufenos continuam a ser, no contexto da saúde em geral, e da Medicina em particular, de difícil abordagem, pelo desconhecimento dos mecanismos que as provocam, pela dificuldade de abordagem em termos terapêuticos e pela diferença demonstrada na valorização que os vários pacientes apresentam a queixas iguais relativamente às medições psicoacústicas efectuadas.

Se, por um lado, se encontram indivíduos (a grande maioria) que não são nada perturbados pelos acufenos, que os ignoram e a eles se habituam, noutras casos os acufenos tornam-se particularmente incómodos, eventualmente até pela presença de outros factores, que podem ser psicossomáticos (p.e., hipersensibilidade ao som, vertigens), ou outros (p.e., cefaleias, irritabilidade), ou mesmo a presença de uma doença crónica (p.e., artrite, depressão), interferindo com as suas actividades diárias, como o dormir e o ler, e que perturbam a concentração em tarefas mais complexas, e nas interacções sociais, inclusivamente com ausência ao trabalho (Dobie, 2003; Holgers et al., 2005; Kennedy et al., 2004).

Os acufenos são um sintoma otológico comum que pode causar mal-estar e interferir com as actividades diárias (Jastreboff & Jastreboff, 2003). Podem ter origem em qualquer parte do sistema auditivo, podendo inclusivamente resultar da acção de bloqueio de um mero rolhão de cerúmen, até eventuais alterações centrais desde o núcleo cóclear até ao córtex auditivo primário (Andersson, 2002a; Tonndorf, 1991). Shulman (1991a) considera-os como um sintoma de uma patologia neurotológica. Quer sejam gerados por estruturas periféricas ou centrais, o seu processamento e interpretação será sempre central (Mirz et al., 1999).

Muitas vezes, numa fase inicial, o sujeito parece ouvir um som exterior, mas do qual não reconhece a origem, e só posteriormente conclui que o som é gerado no seu organismo (Meyer, 2001). Por outro lado, não é a localização dos acufenos

que preocupa o paciente, mas é a sua percepção que o perturba e incomoda (Meyer).

Os acúfenos podem ocorrer num contínuo com dois extremos, podendo ser ocasionais, sem qualquer perturbação para o sujeito, mas podem ser relatados como um barulho intenso, devastador, que está presente as 24 horas do dia, acompanhado por um aumento da sensibilidade ao som (hiperacusia) ou por distorções do som, levando a problemas com o sono ou mesmo na realização de tarefas, particularmente as que exijam trabalho intelectual (Möller, 2003).

Um aspecto que se deve sempre ter em mente é que os acúfenos são um sintoma e não uma doença (Araújo & Escada, 2003; Vernon, 1989). Deverão pois ser entendidos como um sintoma que alerta para o facto de que algo estará fisiologicamente errado no sistema auditivo, sendo assim um sinal da existência de uma lesão (Tonndorf, 1991; Vernon). Pode-se comparar a acção dos acúfenos à que é atribuída à dor no sistema somato-sensorial, estando de algum modo sob controlo central, nomeadamente do sistema aferente (Tonndorf). A ansiedade, factores de antecipação, ou a falta de sono parecem agravar o problema, enquanto a distração ou o relaxamento o aliviam (Tonndorf).

Neste contexto, é de sublinhar que a sensação de ouvir sons não é absolutamente patológico, como o demonstram várias experiências realizadas nos anos cinquenta, em que 90% de adultos jovens, sem qualquer patologia otológica anterior, colocados dentro de uma cabina anecóica, revelaram acúfenos, em geral de tonalidade aguda, que desapareceram quando saíram da cabina (Frachet & Geoffray, 2001). Num estudo mais recente, 64% dos sujeitos referiram sentir sons nos ouvidos após 20 minutos numa cabina insonora, verificando-se uma distribuição igual entre homens e mulheres, mas uma diferença entre caucasianos e afro-americanos, com os primeiros a reportarem maior incidência da percepção dos sons, aspecto que poderá explicar a diferença de resultados entre este estudo e o anterior, realizado essencialmente com caucasianos (Tucker et al., 2005).

Classificações. O interesse das classificações prende-se com o permitirem facilitar a compreensão dos sintomas ou das doenças através do seu reagrupar de

forma homogénea, permitindo um diagnóstico, tratamento e controlo das queixas do paciente de forma mais eficaz (Meyer, 2001; Shulman, 1991b).

Du Verney, em 1683, faz uma primeira classificação científica, dividindo os acúfenos conforme a sua origem, sendo de tipo cerebral, ou de tipo otológico, podendo ser estes últimos verdadeiros ou falsos (Meyer, 2001). Itard, em 1822 desenvolve esta classificação, dividindo em acúfenos monossinápticos, muito raros, tidos como acúfenos verdadeiros, e os associados com perda auditiva, mais frequentes, os falsos acúfenos, que se dividem em primários, os sintomáticos, e os secundários, ideopáticos, também raros (Feldmann, 1991).

No início do Séc. XX, em 1924, Fowler propõe uma classificação descrevendo dois grupos de acúfenos, os vibratórios, que se dividem em subjectivos e objectivos (musculares ou vasculares), e os não-vibratórios de origem central (Meyer, 2001). Uma das classificações mais utilizadas, ainda que algo redutora, divide os acúfenos em subjectivos, que só são percebidos pelo sujeito, e em acúfenos objectivos, que podem ser ouvidos também pelo examinador (Heller, 2003; Schleuning, 1989). Estes últimos apresentam geralmente uma fonte acústica identificável, enquanto os primeiros são de tipo ideopático (Heller).

Schulman (1991b;1991c) procura avançar uma classificação baseada na fisiopatologia do problema, descrevendo os acúfenos objectivos, caracterizados por não existir comprometimento auditivo e pela possibilidade de serem ouvidos no exterior através do uso, por exemplo, do estetoscópio, sendo de causa muscular, vascular, cervical ou craniana, contrapondo-os aos acúfenos subjectivos, ideopáticos, que podem apresentar uma origem otológica, ou neurotológica, pressupondo a existência de uma unidade cócleo-vestibular. A sua classificação dos acúfenos subjectivos incluía: (a) acúfenos subjectivos auditivos ideopáticos; (b) acúfenos não auditivos; (c) acúfenos subclínicos; (d) acúfenos do ouvido médio; (e) acúfenos cocleares; (f) acúfenos vestibulares; (g) acúfenos cervicais; (h) acúfenos centrais; e (i) acúfenos contralaterais (Shulman, 1991c).

Sandlin e Olsson (2000), definem acúfenos subjectivos como sendo uma percepção de tipo acústico sem a existência de uma fonte externa ao sujeito que a

provoque e acufenos objectivos (vibratório) como uma sensação que, para além do próprio, pode ser ouvida por outros no exterior do seu corpo e eventualmente medida com rigor.

Möller (2003) acrescenta as alucinações auditivas, que são a percepção de sons interpretados ou percebidos pelo paciente como música, conversação ou outro som que ele conhece.

Holgers (2003, p. 238) define acufenos como “uma sensação sonora na ausência de uma fonte sonora externa ou estimulação eléctrica”, acrescentando que será de excluir a existência de uma fonte sonora no interior do organismo, pelo que os acufenos objectivos deixariam de ser considerados acufenos, circunscrevendo-se à sua causa. Excluindo as alucinações auditivas, os acufenos seriam pois os subjectivos, que a autora sugere descrever como acufenos genuínos.

Zenner e Pfister (1999) apresentam uma classificação sistemática dos acufenos, baseando-se em aspectos anatómicos e funcionais do sistema auditivo. Classificam assim os acufenos subjectivos em acufenos de condução, acufenos sensório-neurais e acufenos centrais. Os acufenos de condução caracterizam-se por uma vibração do ouvido médio. Os acufenos sensório-neurais, são divididos em quatro tipos, sendo os Tipo I os acufenos de tipo motor, associados ao funcionamento das células ciliadas externas, os Tipo II de transdução, associados à transdução electromecânica das células ciliadas internas, os Tipo III os que se baseiam na acção da transformação do sinal no ouvido interno e ao longo das fibras do nervo aferente e os de Tipo IV com origem nas estruturas extrasensoriais, como é o caso da estria vascular, ou de alterações osmóticas endolinfáticas. Por último, encontram-se os acufenos centrais, devidos a tumores cerebrais, esclerose múltipla, entre outros.

Holgers (2003) apresenta uma classificação para os acufenos que interferem com a capacidade de trabalho do sujeito, aplicável a homens e mulheres. Num primeiro grupo inclui os acufenos somáticos, relacionados com alguma patologia somática, ou saúde geral débil, mas igualmente devido a problemas orgânicos, como patologia cardíaca ou doença auto-imune. No

segundo grupo de acufenos estão os relacionados com depressão ou ansiedade, as patologias de tipo psiquiátrico mais comuns, não sendo de estranhar que 75% dos sujeitos que procuram algum tipo de ajuda apresentem uma dessas problemáticas e que somente 7% desses sujeitos já apresentassem acufenos antes do aparecimento desses problemas (Zöger, Svedlung & Holgers, 2001). Por último, menciona o grupo dos acufenos audiológicos, quando o problema está relacionado com alterações do ouvido interno ou outro componente do sistema auditivo (Holgers). Os dois primeiros grupos são, no entanto, os que mais interferem com a actividade profissional.

Holgers et al. (2005) sistematizam esta classificação, dividindo os acufenos em três categorias principais: acufenos somáticos, acufenos relacionados com ansiedade-depressão e acufenos audiológicos, referindo que os dois primeiros são os que apresentam maior probabilidade de se desenvolverem em acufenos incapacitantes.

Epidemiologia. Os acufenos são uma queixa muito frequente. Dauman (1997) refere que 7% dos adultos já recorreram ao médico por queixas de acufenos, valor que aumenta até aos 15,8% de prevalência na faixa etária entre os 61 e os 71 anos. Vários autores citados por Jastreboff e Hazell (2004) referem que entre 6 e 30% dos indivíduos sentem acufenos, mas que só entre 0,5 e 2% são afectados de uma forma significativa. Um dos aspectos que pode ser responsável por esta ampla variação de resultados encontrados pelos vários autores, prende-se com o uso de definições para enquadrar "acufenos perturbadores" (Andersson, Baguley, McKenna, & McFerran, 2005).

Num estudo em larga escala efectuado por Pilgramm et al. (1999), os autores concluíram que cerca de 25% da população alemã com mais de dez anos tem ou teve pelo menos uma vez a sensação de experienciar ruídos nos seus ouvidos, e 13% com uma duração superior a cinco minutos. Acrescentam que 3,9% da população apresentava acufenos na altura da investigação e que cerca de metade referia que o efeito dos acufenos seria entre o moderadamente grave ao insuportável. Sindhusake et al. (2003) verificaram que, na população acima dos

55 anos, aproximadamente 30% refere ter tido acúfenos e que para 4,8% destes seriam muito incómodos.

Os acúfenos subjectivos são os que apresentam maior prevalência (Sandlin & Olsson, 2000). A prevalência é indiferente relativamente ao sexo [alguns estudos apontam maior incidência nos homens (Heller, 2003; Meikle & Griest, 1989)], sendo mais prevalente entre os 40 e os 70 anos, com maior incidência após os 65 anos, sendo unilateral em 50% dos casos (Araújo & Escada, 2003). Sandlin e Olsson (2000), no entanto, referem que em 60% dos casos a localização dos acúfenos é bilateral, confirmando os resultados de Meikle e Griest em 1989. Pilgramm et al. (1999) refere que 53% dos acúfenos são referidos como tendo tonalidade aguda. Budd e Pugh (1995) referem que os acúfenos percebidos no ouvido esquerdo parecem ser menos graves, remetendo para outros estudos a sua explicação.

A exposição ao ruído não é um factor que influencia a prevalência dos acúfenos (Heller, 2003). Apesar de alguns autores referirem que com o tempo a intensidade dos acúfenos tende a decrescer ou a desaparecer, Vallianatou, Christodoulou, Nestoros, e Helidonis (2001) não confirmaram esse aspecto.

Relativamente à percepção da sua gravidade, Frachet e Geoffray (2001) referem que parece ser ligeiramente maior nas mulheres, facto contrariado no estudo de Vallianatou et al., (2001).

A referência à presença de acúfenos na criança é muito escassa, no entanto, a grande incidência de otites médias nesta população leva a que uma grande percentagem de crianças sinta acúfenos, porém só um número muito reduzido (3%) se queixa espontaneamente (Heller, 2003).

A grande maioria dos sujeitos com acúfenos apresenta perda auditiva sensorioneural e só 15% são normovintes (Frachet e Geoffray, 2001). Sindhusake et al. (2003) verificam na sua investigação que a audição média no melhor ouvido era de 24,7 db, ligeiramente acima dos 20 dB apontados como limiar de normalidade pelo BIAP (Anexo L). Todavia, a perda auditiva, segundo Vallianatou et al. (2001), não é um factor importante para a intervenção nos acúfenos.

1.2. Causas biológicas

Holgers (2003, p. 238) cita vários autores, afirmando que “os acúfenos são um sintoma multifactorial, que podem ser induzidos por todo o tipo de perdas auditivas, por perturbações somáticas e psiquiátricas, e também por drogas farmacológicas”.

Como já foi anteriormente referido, os acúfenos objectivos podem ser ouvidos também por um observador externo e não são mais do que a condução de um ruído gerado pelo próprio organismo, que através da condução óssea, ou da sua propagação ao ouvido médio, vai chegar à cóclea do sujeito (Araújo & Escada, 2001; Möller, 2003). O tratamento da patologia que o provoca produz igualmente uma redução nas queixas do paciente (Araújo & Escada). Entre as várias causas possíveis, encontram-se: (a) as alterações vasculares, como um aumento da pulsatilidade de vasos sanguíneos na região do ouvido, malformações artériovenosas, como tumores glómicos ou aneurismas; (b) alterações do funcionamento da articulação temporomandibular; (c) alterações neuromusculares, onde se pode encontrar contracções espontâneas dos músculos do ouvido médio, ou mioclonias palatais; (d) e ainda a disfunção da trompa de eustáquio (Araújo & Escada; Möller; Sandlin & Olsson, 2000).

Em 1991, Axelsson (citado por Holgers, 2003) apresentou um estudo, baseado no exame clínico e em questionários, em que descreve as diferentes causas dos acúfenos. Assim, 67.6% dos acúfenos eram devidos a perda auditiva sensorioneural, sendo 7.3% dos casos atribuídos a perda auditiva de transmissão, por problemas do ouvido externo ou médio; 5,8% estavam relacionados com problemas neurológicos; 3,9% com problemas ósseos, 1,5% com problemas dentários ou da articulação temporo-mandibular; 2,2% com problemas endócrino-metabólicos; 2,2% com problemas mentais; 1,0% com outro tipo de problemas; e 7,5% eram de etiologia desconhecida.

Os acúfenos subjectivos são causados por problemas no ouvido ou no sistema nervoso auditivo (Möller, 2003). São os que apresentam maior prevalência (Sandlin & Olsson, 2000). Job et al. (2004) referem que mesmo nos acúfenos gerados por alterações cócleares poderá haver alterações de tipo central

relacionadas com a componente cognitiva, emocional ou psicológica. Desregulações da inibição intracortical provocadas por alterações da cóclea ou das vias da projecção auditiva desencadeiam processos neuronais que produzem a sensação de um som fantasma (Eggermont & Roberts, 2004).

A patologia otológica, associada à perda auditiva, será uma das mais frequentes (Schleuning, 1989). Os problemas do ouvido interno, que podem provocar acufenos, são por vezes devido a agressões, como é o caso de exposição a ruídos intensos, provavelmente uma das causas principais, ou a administração de agentes farmacológicos ou drogas ototóxicas, como salicilatos e alguns diuréticos, bem como o quinino, antibióticos aminoglicosídeos e o cisplatínio, às quais se juntam a nicotina, a cafeína e o álcool, cuja acção pode piorar a sensação dos acufenos (Brummett, 1989; Möller, 2003; Vernon, 1989). Também na Doença de Ménière, será o mau funcionamento de estruturas do ouvido interno que provocam os acufenos (Möller).

Alterações na despolarização das células ciliadas externas, originando actividade ou descargas espontâneas no nervo auditivo, podem induzir os acufenos, particularmente quando no sistema nervoso central a neuroplasticidade não compensa essa percepção, que, ultrapassando os níveis do ruído de fundo, é percebida como acufenos (Sandlin & Olsson, 2000; Schwaber, 2003; Searchfield, Muñoz, Towns, & Thorne, 2002). Num ouvido com lesões das células ciliadas externas, mas com células ciliadas internas preservadas, surge um funcionamento discordante entre elas, que poderá resultar na percepção de acufenos (Sandlin & Olsson). Havendo uma relação directa entre a existência de perda auditiva, particularmente de tipo coclear, e os acufenos, será importante reduzir a sua extensão, provavelmente através da prevenção dos efeitos ototóxicos do excesso de produção de glutamato produzidos pelos receptores NMDA da cóclea (Eggermont & Roberts, 2004).

Roberts, Moffat e Bosnyak (2005) procuram sistematizar o que vários autores apresentam como explicação alternativa e sugerem que a perda auditiva induzida, por exemplo, por exposição ao ruído vai provocar uma reorganização do mapa tonotópico do córtex auditivo primário, resultando numa sobre-

representação das frequências vizinhas da área lesada. Os autores referem ainda que esta reorganização cortical parece ser uma das responsáveis pela ocorrência dos acufenos, uma vez que os neurónios que rodeiam a região da perda auditiva vão apresentar a correspondência frequencial dos seus vizinhos, levando a uma actividade neuronal que se torna percebida como acufeno.

As otoemissões acústicas (OEA) espontâneas, produzidas pela cóclea, estão presentes em cerca de 50% da população de sujeitos normo-ouvintes, podendo eventualmente ser uma das causas para a presença de acufenos, no entanto, ainda não existem estudos suficientes que permitam estabelecer relações precisas entre eles (Frachet, Soued, & Truy, 2001). A hipertensão arterial e o colesterol são elementos frequentemente associados aos acufenos (Frachet & Geoffray, 2001).

Existem acufenos de origem cervical, associados a movimentos da cabeça e pescoço, eventualmente com origem nos componentes ósseos, neuromusculares e vasculares do pescoço (Shulman, 1991d). Folmer, Griest e Martin (2002a) estudaram um grupo de sujeitos com acufenos após uma lesão traumática do pescoço, tendo comparado estes sujeitos com outros que apresentavam queixas de acufenos sem lesão traumática, verificando que era um grupo mais jovem, com melhores níveis auditivos, cefaleias mais frequentes, com maior dificuldade de concentração e de memória. Contudo, os resultados na avaliação dos acufenos, obtidos seis meses após a consulta são equivalentes em ambos os grupos, com significativa redução dos valores obtidos na escala de avaliação utilizada.

O facto de existirem indivíduos completamente surdos com acufenos, ou a quem foi cirurgicamente seccionado o VIII nervo e que continuam a sentir acufenos, permite supor que a localização anatómica das estruturas que os gera não está só no ouvido, mas também no Sistema Nervoso Central, particularmente através de interações auditivo-neurosensoriais neuronais (Eggermont & Roberts, 2004; Levine, Abel, & Cheng, 2002; Möller, 2003; Sandlin & Olsson, 2000). O comportamento aberrante do sistema eferente, o envolvimento de substâncias neurotransmissoras neste processo, ou a compressão vascular do VII

nervo craniano são outras das causas possíveis (Sandlin & Olsson).

Job et al. (2004) referem que o sistema límbico pode alterar o funcionamento da serotonina, tendo como consequência modificar as regulações de acetilcolina através da mediação do sistema aferente nas células ciliadas externas, alterando o seu normal funcionamento. Além dos acúfenos, o sujeito pode desenvolver hiperacusia, fonofobia, conjuntamente com problemas como a depressão (Möller, 2003).

Uma das hipóteses para a origem central dos acúfenos envolve os níveis de ansiedade, através duma diminuição dos mecanismos reguladores do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (Job et al., 2004).

As alucinações auditivas são raras, podendo ser causadas por tumores do lobo temporal, determinado tipo de drogas, ou patologias psiquiátricas como é o caso da esquizofrenia (Möller, 2003).

Deve-se igualmente ter presente que existem factores acústicos, físicos, emocionais, patológicos e químicos que actuam sobre o factor fisiopatológico piorando a sensação dos acúfenos (Schwaber, 2003).

Mecanismos Fisiológicos. A grande heterogeneidade associada aos acúfenos, que atravessa praticamente todas as idades, com uma progressão e gravidade muito dispares dentro da mesma população, e com acontecimentos associados igualmente muito variados, faz com que seja um fenómeno reactivo (afectado pelos processos de medição), associado a morbilidade psicológica, traduzindo-se numa grande dificuldade no que respeita à investigação associada a estes problemas, pelo que muitas vezes se torna inclusive necessário recorrer à experimentação animal, no sentido de procurar construir modelos explicativos para o problema (Bauer, 2003).

Modelo neuronal. Sendo os acúfenos um sintoma funcional ou um problema que envolve todos os componentes do sistema auditivo, desde a transmissão física do som no ouvido até as áreas associativas do córtex cerebral, os autores deste modelo apoiam-se na importância da sincronização sináptica das células ciliadas, nos mecanismos de cálcio e potássio, bem como na acção sobre

as células ciliadas externas, no sistema eferente e no nervo auditivo (Holgers, 2003). Uma lesão no nervo auditivo pode causar acúfenos, provavelmente por uma falsa sincronização da actividade espontânea em muitas fibras nervosas, eventualmente por rotura da bainha de mielina que envolve os axónios, havendo actividade neuronal de uma fibra nervosa para outra (Moller, 1989). Mirz, Mortensen, Gjedde, e Pedersen (2002), utilizando estudos de neuroimagem, como a Tomografia por Emissão de Positrões ou a Ressonância Magnética Funcional, verificam que a percepção dos acúfenos pode corresponder ao aumento dos níveis da actividade neuronal nas áreas auditivas corticais e sub-corticais e nas regiões onde se realizam os processos emocionais e de atenção. Este modelo procura albergar todas as explicações teóricas da origem neural dos acúfenos subjectivos (Holgers).

Modelo de sofrimento nos acúfenos. Apesar de frequentemente estarem associados a perda de audição, nem todos os pacientes com perda auditiva apresentam acúfenos (Holgers, 2003). O corte do nervo auditivo geralmente não tem como resultado o desaparecimento dos acúfenos, o que permite assumir o carácter central desses acúfenos (Holgers; Sandlin & Olsson, 2000). A percepção da gravidade dos acúfenos é um aspecto ainda pouco esclarecido, não se percebendo ainda o que leva um paciente com acúfenos de longa data, mas sem grandes queixas, a, repentinamente desenvolver sensibilidade face a esses acúfenos.

Modelo neurofisiológico.

Este modelo, surge como resposta às dúvidas que aparecem no modelo de sofrimento dos acúfenos. Foi desenvolvido por Jastreboff (1990), assenta no pressuposto de que o mecanismo responsável por gerar os acúfenos se centra na plasticidade do Sistema Nervoso Central, particularmente nas interações entre o sistema auditivo e os sistemas límbico (emocional) e nervoso autónomo (Jastreboff & Hazell, 2004). Alguns dados serviram de base a esta teoria: só 25% dos pacientes com acúfenos refere incómodo pela sua presença, a medição psicoacústica do acúfeno não apresenta relação com a gravidade associada pelo paciente, o sistema auditivo unicamente produz os acúfenos, sendo a acção dos

sistema límbico e do sistema nervoso autónomo em relação aos acúfenos que indicia uma resposta negativa do organismo, particularmente ao nível cerebral, o que se baseia nos estudos da plasticidade cerebral, que apresenta uma enorme capacidade de adaptação face a sinais sensoriais, e por último a presença de hiperacusia em grande parte destes doentes (Jastreboff & Hazell, 1993; 2004; Jastreboff & Jastreboff, 2003). Para Jastreboff e Hazell (2004), modificando as interacções atrás referidas, e alterando o processamento central da actividade neuronal relacionada com os acúfenos, poder-se-á fazer com que o sujeito se habitue à presença dos acúfenos.

Pode-se descrever o modelo neurofisiológico que suporta a TRT da seguinte forma (Jastreboff, 1990; Jastreboff & Hazell, 1993; Sandlin & Olsson, 2000):

- Existe uma fonte que gera os acúfenos (frequentemente na cóclea);
- Sendo o som gerado interpretado como não ameaçador, ou revelando pouca acção na redução da QDV do sujeito, ele permanece numa actividade subcortical, longe do estado de consciência;
- No entanto, se lhe for atribuída uma qualquer conotação ameaçadora, o córtex cerebral irá dar atenção à presença dos acúfenos;
- Se a percepção e avaliação dos acúfenos se tornar mais problemática, o sistema límbico (componente emocional) também irá actuar, gerando distorções cognitivas, que são comportamentos de resposta emocional negativa, que, se não forem controlados, irão dominar a vida do sujeito, comprometendo a sua QDV;
- Além das alterações comportamentais, podem surgir reacções do sistema nervoso autónomo, provocando sensações de mal-estar e desconforto no indivíduo, o que vai gerar um ciclo vicioso que torna a percepção dos acúfenos cada vez mais penosa.

Sendo um modelo globalista e multifactorial, tem sido muito divulgado (Chéry-Croze & Dauman, 2001). É, no entanto, um modelo essencialmente clínico, com uma vertente muito importante na forma como os acúfenos são abordado, através da *Tinnitus Retraining Therapy* (TRT), que mais à frente será apresentada. Não só permite perceber por que e que os acúfenos tem características flutuantes,

como é particularmente útil no sentido de desdramatizar o problema.

Modelo etiológico. Se a presença dos acúfenos for atribuída à perda auditiva, e assumindo que será a perda de células sensoriais da cóclea que os desencadearam, é provável que o paciente, sentindo que a lesão é irreversível e progressiva, espere que os seus acúfenos vão piorando, particularmente se sofrer de algum distúrbio de tipo ansioso ou depressivo (Holgers, 2003). Será pois importante determinar as características pessoais do sujeito, bem como os seus factores de risco, para a partir daí desenvolver um programa de intervenção e reabilitação. Segundo este modelo, a etiologia da gravidade dos acúfenos pode ser definida como somática se estiver relacionada com uma patologia somática, mas também se existir uma patologia orgânica específica (Holgers). Se existirem alterações psiquiátricas será definida como de relação ansiedade/depressão, e de tipo auditivo se existir uma relação com alterações do ouvido interno, ou outra área do sistema auditiva, havendo sempre a possibilidade de existir combinação entre estas etiologias (Holgers).

Sendo os acúfenos um sintoma e não uma doença, como já foi referido, não foi encontrado, na literatura consultada, qualquer referencia a consequências biológicas dos acúfenos. Ao nível psicossocial a situação parece ser bem diferente. Aliás Vallianatou et al. (2001) concluem no seu trabalho que os factores psicológicos são mais importantes que os factores orgânicos na percepção e intervenção em pacientes com acúfenos.

1.3. **Causas/consequências psicossociais.**

Quer os acúfenos objectivos, quer os subjectivos podem ser atribuídos a mecanismos fisiológicos e psicológicos (Holgers, 2003). Paralelamente, é muito difícil perceber se são os mecanismos psicológicos que afectam a percepção que o sujeito tem dos acúfenos, ou se são estes que contribuem para a evolução dos problemas psicológicos (Kennedy et al., 2004). Porém, sabe-se que as características da personalidade do sujeito estão fortemente relacionadas com a

forma como ele reage à presença dos acúfenos, com as estratégias de *coping* que vai utilizar para os combater e a reacção emocional a eles associada (Vallianatou et al., 2001).

A existência de uma grande discrepância entre as reacções à presença dos acúfenos dos vários indivíduos parece sugerir a grande importância dos factores psicológicos (Dobie, 2003). Reacções fisiológicas e psicológicas que reflectem a activação dos sistemas límbico e nervoso autónomo actuam como um reforço negativo que ajuda a perpetuar as reacções negativas aos acúfenos (Jastreboff & Jastreboff, 2003). Mirz et al. (1999, p. 142) acrescentam que “os acúfenos graves representam uma falha na habituação que mantém a activação de regiões cerebrais normalmente envolvidas na interacção com o exterior”.

Job et al. (2004) verificam que pequenas variações do estado de humor e do estado emocional do sujeito são responsáveis pela diferente reacção aos acúfenos. Verificam que, em sujeitos jovens psicologicamente normais e com audição também normal, militares sujeitos a carreira de tiro, foram os efeitos da ansiedade responsáveis pelas diferenças encontradas na valorização dos acúfenos, confirmando que, sendo gerados pela cóclea, através das alterações do funcionamento das células ciliadas externas expostas ao ruído, eram os mecanismos centrais de tipo emocional e psicológico responsáveis pela sua percepção.

A personalidade do sujeito parece desempenhar um papel importante na avaliação que o sujeito faz dos seus acúfenos, apesar de Vallianatou et al. (2001) não verificarem grandes alterações nos valores obtidos com o Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), excepto ligeiros aumentos nas escalas de humor deprimido e hipocondria relativamente às outras sete escalas do instrumento, tendo anteriormente Collet, Moussu, Disant, Ahami, e Morgon (1990) encontrado valores dentro da normalidade, excepto valores mais elevados na depressão nos homens com acúfenos.

Andersson e Vretblad (2000) verificaram não só uma significativa correlação entre a sensibilidade ansiógena do sujeito e o grau de gravidade dos acúfenos, como também que este aspecto é mais marcante nas mulheres.

A ansiedade aparece também na forma de fobia específica (fonofobia), que se trata de um medo intenso e de carácter irracional ou excessivo, que se desencadeia pela exposição ao ruído, sendo o sofrimento psicológico mais acentuado quando não pode ser evitado (Meyer & Soubielle, 2001). Associada a esta perturbação, encontra-se a fobia social, uma vez que a exposição a situações sociais leva a um reforço da hiperacusia, com conseqüente maior severidade dos acúfenos, com um aumento da ansiedade quando as situações de exposição social não podem ser evitadas.

Zöger et al. (2001) encontram alterações de tipo ansioso, de acordo com a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), em 42% dos sujeitos por eles observados, referindo que só 7% dos indivíduos que apresentam alterações de depressão e/ou ansiedade tinham os acúfenos antes do aparecimento dessas alterações.

Nos pacientes com queixas de acúfenos, é muito frequente encontrar também patologia depressiva (Dobie, 2003). Zöger et al. (2001) verificaram que 62% dos pacientes por eles observados com queixas de acúfenos apresentavam valores sugestivos de depressão ou tipo de vida depressivo na HADS. Associado à depressão encontra-se um risco acrescido de suicídio, apesar de até à data nenhum estudo confirmar a relação entre este e os acúfenos, e geralmente quando surge está associado a outro tipo de problemas e não aos acúfenos isoladamente (Andersson, 2002a; Dobie; Frachet & Geoffray, 2001).

A existência de depressão e a intensidade dos acúfenos são para Unterrainer et al. (2003, citado por Holgers et al., 2005), os melhores preditores relativamente ao grau de gravidade dos acúfenos. Zöger et al. (2002) verificam que além da estreita relação entre a gravidade dos acúfenos e a existência de uma depressão, geralmente esta ocorre antes do aparecimento dos acúfenos.

Budd e Pugh (1995) verificam uma relação entre o locus de controlo do sujeito e os acúfenos. Os que apresentavam um locus de controlo mais interno apresentavam menor ansiedade e depressão, logo menor gravidade dos seus acúfenos. Se percepcionavam maior controlo sobre os aspectos da sua vida, apresentavam menores níveis de ansiedade e menor tendência para a depressão,

tendo uma atitude mais positiva face aos acufenos.

Existem igualmente factores de ordem ambiental que podem interagir com os problemas anteriormente referidos, como é o caso de acontecimentos de vida negativos (p.e., luto, separação), isolamento afectivo, *stress* inter-familiar, dificuldades financeiras, entre muitos outros (Davis, Morgan & Sirois, 2002). Os autores acrescentam que nestes casos, os indivíduos tendem a afastar-se socialmente, sentindo-se isolados e sem o suporte necessário para resolver o problema.

Sabendo que muitos pacientes com queixas de acufenos perturbadores apresentam depressão ou elevada ansiedade, será importante determinar se existem factores predisponentes, e quais serão (Holgers et al., 2005; Langenbach, Olderog, Michel, Albus e Köhle, 2005). Langenbach et al. (2005) pretendem identificar factores psicossociais e de personalidade, que possam explicar o desenvolver de queixas de acufenos perturbadores. Utilizaram uma entrevista estruturada sobre os acufenos, além do Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) e o Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), um inventário multidimensional da personalidade desenvolvido para a língua alemã. Seis meses depois da primeira abordagem, o doente era avaliado através do Tinnitus Questionnaire (TQ). Verificaram que problemas de sono, ansiedade, satisfação com a própria vida, podem explicar 56% das perturbações vivenciadas pela presença dos acufenos, o que pode ser interpretado como indicador de que pacientes com alterações psicológicas e problemas de sono numa avaliação inicial, poderão desenvolver mais rapidamente dificuldades associadas à presença dos acufenos, algo que vai de encontro aos resultados de Folmer, Stevenson e Tran (2002) que encontraram os mesmos factores associados ao aumento da gravidade percebida dos acufenos, e de Heller (2003) que também apresenta a associação entre os problemas de sono e os acufenos como um factor que aumentará a gravidade destes últimos. Holgers et al. (2005) utilizam o Nottingham Health Profile (NHP) e o Tinnitus Severity Questionnaire, verificando elevada ansiedade e *stress* psicossocial que seriam factores que associados a valores positivos no NHP para três itens (18,32,33), seriam indicadores de eventual desenvolvimento da

gravidade dos acúfenos.

Schwaber (2003) assinala que se a queixa dos acúfenos se resume à sua presença no silêncio será de esperar que a gravidade sentida seja menor do que quando é percebido também em ambientes com ruído.

Os acúfenos podem ser a origem de graves dificuldades na vida quotidiana do sujeito, com eventual repercussão na sua QDV, quer nos aspectos profissionais, quer familiares (Frachet & Geoffray, 2001).

Stobik, Weber, Münte, Walter, e Frommer (2005) verificam que os pacientes com acúfenos “descompensados”, que serão acúfenos perturbadores, apresentavam maiores dificuldades de tipo social, eram mais propensos à depressão, e utilizavam técnicas de controlo (*coping*) dos acúfenos menos eficazes que os sujeitos com acúfenos “compensados”. Apresentam igualmente maior multi-morbilidade somática, com uma forte correlação entre os acúfenos e a presença de patologias cardiovasculares e presença de hipoacusia. D'Amelio, Archonti, Falkai, Plinkert, e Delb (2004) verificaram igualmente uma elevada correlação entre o grau de depressão, estratégias de *coping* disfuncionais que afectam mais os pacientes com maior grau de gravidade, e perturbações emocionais causadas pelos acúfenos, concluindo que uma rápida intervenção psicológica poderá saldar-se por um excelente prognóstico para estes pacientes.

Folmer, Griest e Martin (2001/2002b) procuram encontrar semelhanças entre as queixas de acúfenos crónicos e a dor crónica, concluindo que existe uma elevada correlação com a insónia, a depressão e a ansiedade em ambas as situações, além de existirem outros aspectos comuns, como a hipocondria, tendências obsessivo-compulsivas, percepção de falta de controlo nos sintomas e nos acontecimentos de vida, pensamentos catastróficos, estratégias de *coping* mal adaptadas, entre outros. Curiosamente, Isaacson, Moyer, Schuler, e Blackall (2003), apesar de verificarem uma elevada incidência de acúfenos em indivíduos com dor crónica, concluem que não é um problema significativo na vida destes sujeitos.

Verifica-se também uma diminuição da eficácia do funcionamento cognitivo em pacientes com acúfenos, particularmente nos processos de atenção e

eventualmente na retenção da informação verbal (Hallam et al., 2004). Alterações da concentração, por exemplo durante a leitura, são frequentes nestes pacientes, estando este efeito relacionado com a excessiva atenção que o sujeito coloca nos acufenos.

Oliveira e Trigueiros-Cunha (2002) utilizando o Brief Symptoms Inventory (BSI), verificam que os pacientes com acufenos, presentes numa consulta de ORL, apresentam relações estatisticamente significativas, com valores aumentados nas dimensões Somática, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo e Hostilidade, em comparação com o grupo controlo, enquanto Marciano et al. (2003), utilizando o MMPI encontram valores elevados na Depressão, Histeria e Hipocondria. Estes dados apoiam uma relação entre a percepção da gravidade dos acufenos e alterações psicopatológicas do sujeito, e, por outro lado, sugerem que a presença dos acufenos pode desencadear dificuldades em várias áreas da sua vida.

Vallianatou et al. (2001) chamam a atenção para o aspecto multidimensional do problema dos acufenos, referindo as condições climática, geográfica, social, económica e cultural, que influenciam directamente o perfil psicológico do sujeito, e que são apontadas como responsáveis pelo facto de, no seu estudo, os sujeitos avaliados, gregos da ilha de Creta, apresentarem no MMPI valores inferiores na Depressão e na Hipocondria relativamente aos participantes de estudos norte-americanos ou do norte da Europa.

Greimel, Leibetseder, e Unterrainer (1999) procuram determinar a existência de preditores relativos às dificuldades associadas aos acufenos, utilizando para tal o Tinnitus Handicap Inventory (THI), a Escala de Depressão (ADS-L) e o World Health Organization Quality of Life Assessment-Brief (WHOQOL-Brief), ao que acrescentam uma lista de queixas somáticas e uma escala para avaliação do locus de controlo. Verificam que a gravidade da depressão é o melhor preditor dos problemas emocionais e cognitivos resultantes dos acufenos, e que queixas somáticas e gerais, os domínios físico e social da QDV juntamente com a depressão, são preditores de dificuldades funcionais e comunicativas.

Pelo exposto até ao momento, percebe-se que a avaliação e o tratamento dos acúfenos não se afiguram tarefas simples.

1.4. Avaliação e tratamento

Avaliação. Sendo um sintoma subjectivo, a avaliação dos acúfenos torna-se muito difícil (Holgers et al., 2005). A única avaliação possível nos acúfenos subjectivos é aquilo que o paciente descreve (Möller, 2003). Assim, a atenção que se dá ao paciente para procurar perceber o seu problema, o seu acúfeno, é desde logo um momento terapêutico (Frachet, 2001). É importante obter a melhor informação possível, no sentido de poder encontrar um diagnóstico o mais preciso possível, e através de exames audio-vestibulares e psicoacústicos poder-se-á chegar a um diagnóstico fiável, enquadrando o processo terapêutico com uma eventual psicoterapia (Frachet, Poncet-Wallet, & Truy, 2001; Vernon & Meikle, 2003a).

Há quatro objectivos principais que devem nortear a avaliação do paciente, que são: (a) estabelecer as características do acúfeno; (b) definir as necessidades de tratamento do paciente; (c) oferecer apoio nos tratamentos específicos apresentados; e (d) obter medições quantitativas para controlar os resultados da intervenção terapêutica (Vernon & Meikle, 2003a). A sua abordagem deve ser multidisciplinar, pelo médico de família, pelo médico ORL, pelo audiólogista e pelo psiquiatra/psicólogo (Araújo & Escada, 2001).

A obtenção de uma história clínica completa é importante para determinar a ou as causas dos acúfenos (Schwaber, 2003). Da anamnese deve-se poder saber se o aparecimento dos acúfenos foi súbito, insidioso, ou intermitente, qual a sua localização, se num dos ouvidos, em ambos, ou na cabeça, qual a sua duração, se é único, ou complexo com vários tipos de sons (Araújo & Escada, 2001).

É também importante verificar se nos antecedentes pessoais é possível encontrar factores predisponentes, como sejam a exposição ao ruído, fármacos ototóxicos, eventuais traumatismos, patologias cardiovasculares, metabólicas, renais, endócrinas e imunológicas (Araújo & Escada, 2001).

A avaliação audiológica é igualmente fundamental para determinar, através da audiometria tonal, se existe perda auditiva associada, e qual o seu tipo, o que permite uma primeira abordagem à localização da lesão, que pode ser complementada com a avaliação radiológica (Frachet, Poncet-Wallet, & Truy, 2001; Schwaber, 2003).

Deve-se igualmente efectuar a acufenometria, que é uma avaliação qualitativa e quantitativa dos acufenos (Araújo & Escada, 2001; Frachet, Poncet-Wallet, & Truy, 2001). Será importante determinar a frequência do acufeno, a sua intensidade, a possibilidade de mascaramento e a inibição residual (Vernon & Meikle, 2003a). Para determinar a sua frequência, pede-se ao paciente para identificar qual o tom puro que mais se assemelha ao seu acufeno, sendo no entanto de admitir que o acufeno não corresponde a um tom puro, mas a um som composto, pelo que pode ser importante utilizar, dentro do equipamento à disposição, outro tipo de sons (Araújo & Escada, 2001). Todavia, a medição da frequência dos acufenos revelou-se particularmente flutuante, quer por aspectos psicoacústicos, quer por aspectos metodológicos da realização do teste (Goldstein, 1991).

Pede-se também para o paciente determinar a intensidade a que ouve o acufeno, no valor de frequência previamente encontrado (Araújo & Escada, 2001). De referir que os vários estudos efectuados, que procuram verificar a intensidade do acufeno, são unânimes em considerar que este se situa poucos dBs acima do valor de limiar auditivo para a frequência em causa, como Vernon (1989) verificou, apontando uma média de 4,4 dB, não reflectindo o incómodo que o paciente sente (Goldstein, 1991). De referir que a medição da intensidade dos acufenos pode ser utilizada como confirmação da queixa em situações de medicina-legal (Vernon & Meikle, 2003a). Assim, se existir consistência em várias repetições desta medição (variações não superiores a 3 dB) separadas por intervalos de tempo aceita-se a queixa como confirmada (Vernon & Meikle).

É também útil realizar as curvas de mascaramento de Feldmann, ou nível mínimo de mascaramento, que permite determinar quais os valores mínimos utilizáveis para mascarar, ou seja, fazer desaparecer o acufeno para as várias

frequências, algo que pode ser útil se o paciente vier a utilizar um gerador de som com função terapêutica nos acúfenos (Araújo & Escada, 2001; Sandlin & Olsson, 2000). A partir do valor do acúfeno, vai-se gradualmente subindo a intensidade do som até ao ponto em que o sujeito deixa de perceber o seu acúfeno (Vernon & Meikle, 2003a).

Feldmann (citado por Goldstein, 1991) apresenta uma classificação com seis tipos, que reflectem a sua causa. Será igualmente importante determinar a existência de inibição residual, que é a supressão temporária, que pode variar de poucos segundos até alguns dias, ou mesmo o desaparecimento do acúfeno após o mascaramento atrás descrito (Sandlin & Olsson, 2000).

TABELA 1. Tipos de curvas de mascaramento e correspondente processo patológico _
(Goldstein,1991)

Tipo de curva		Processo patológico
Tipo I	Convergente	Hipoacusia industrial
Tipo II	Divergente	Causa desconhecida com audição normal
Tipo III	Congruente	Doença de Ménière
Tipo IV	Distância	Presbiacusia
Tipo IVA	Dispersão	Otite média serosa
Tipo V	Persistência	Degenerescência cóclear

Será também de considerar realizar o estudo de potenciais evocados auditivos do tronco cerebral na avaliação dos acúfenos, permitindo verificar a integridade do sistema auditivo central (Shulman, 1991c). Verifica-se que nos acúfenos de origem periférica, as latências entre picos serão normais, mas a onda I dos potenciais estará ligeiramente atrasada (Shulman, 1991d). Nos acúfenos centrais, encontra-se uma onda I constante entre vários traçados, mas o restante traçado será menos consistente. Mesmo que não exista indicação óbvia do ponto de vista audiológico, o facto de se poder através do registo dos potenciais evocados auditivos do tronco cerebral assegurar ao paciente que não existe qualquer tumor na via auditiva é por si só um aspecto importante na abordagem do problema, porque se sabe que doentes que pensam que os seus acúfenos são

um primeiro sintoma de uma patologia mental ou de um tumor, apresentam uma sensação de intensidade desses acufenos superior (Hazell, 1995, citado por Vallianatou et al., 2001).

De grande utilidade na avaliação dos acufenos será o registo das OEA com Productos de Distorção, uma vez que em pacientes com audição normal e acufenos encontram-se amplitudes diminuídas, particularmente em áreas específicas da cóclea, o que permite determinar as eventuais zonas lesadas, dando consistência à teoria do funcionamento discordante das células ciliadas da cóclea (Bartnik, Rogowski, Fabijanska, Raj-Koziak, & Borawska, 2002).

O crescente interesse e preocupação com o fenómeno dos acufenos, bem como a avaliação dos efeitos da evolução do problema e dos tratamentos utilizados, tem levado à necessidade de criar um instrumento que permita quantificar as perturbações ou graus de dificuldade associados aos acufenos (Heller, 2003).

Existem questionários abertos e questionários fechados, sendo estes últimos os de uso mais frequente (Frachet, 2001). Um dos primeiros questionários a ser desenvolvido foi o *Tinnitus Handicap Questionnaire* em 1990, por Kulk et al. (Sandlin & Olsson, 2000). As 27 questões que o constituem, organizam-se em três factores: os efeitos no comportamento social, emocional e físico do sujeito, as suas capacidades auditivas, e a visão que ele tem dos acufenos (se irão ou não piorar) (Frachet, 2001).

O THI, desenvolvido em 1996, é uma medida de auto-avaliação que permite quantificar o impacto da presença dos acufenos na vida diária dos sujeitos, bem como alterações comportamentais a eles devidas (Heller, 2003; Sandlin e Olsson, 2000)¹. Actualmente, tem crescido a utilização de questionários de menor dimensão, como é o caso do Mini-TQ, com 12 questões, que não apresenta qualquer desvantagem psicométrica relativamente ao questionário completo, mas que, sendo de preenchimento mais rápido, permite uma utilização mais fácil na prática clínica diária, reservando a utilização da escala completa para efeitos de investigação (Hiller & Goebel, 2004).

Em fase de desenvolvimento encontra-se o International Tinnitus Inventory

(ITI), que apresenta oito questões e pretende ser breve, claro e facilmente comparável nas várias línguas em que se encontra traduzido, sendo psicometricamente robusto (Kennedy et al., 2005).

Alguns autores propõem o uso de instrumentos psicométricos, como o NHP e a HADS, dado a elevada correlação dos acúfenos com distúrbios de tipo emocional e psicológico (Holgers et al., 2005; Zöger, Svedlung e Holgers, 2004). A HADS revela-se, no entanto, mais útil a revelar problemas depressivos do que de ansiedade neste tipo de pacientes (Zöger et al., 2004). Andersson, Kaldo-Sandström, Ström e Strömgren (2003) propõem a utilização da HADS, pela sua rapidez e clareza, através da Internet, sendo uma ferramenta de rastreio, mas que nesta forma parece levar a um resultado ligeiramente aumentado, pelo que será indicado utilizar um instrumento específico para os acúfenos para poder controlar este aspecto (Andersson et al., 2003).

Henry, Kangas e Wilson (2001) apresentam uma entrevista estruturada com sistema de codificação, o *Psychological Impact of Tinnitus Interview* (PITI), que, segundo os autores seria utilizado para avaliar o impacto dos acúfenos no bem-estar. Referem que os estudos preliminares apresentam resultados fiáveis com relação entre os acúfenos e alterações de sono, mal-estar geral, estado de humor, suicídio e evitamento ou interferência com as actividades normais.

Uma avaliação neuropsicológica deve ser igualmente realizada, uma vez que as queixas de dificuldades de concentração são frequentes, referindo vários autores alterações do processamento cognitivo do sujeito (p.e., Andersson, 2002a).

Andersson (2002a) e Erlandsson (1998) salientam que a abordagem dos acúfenos deverá ser efectuada numa perspectiva multidisciplinar, existindo vários exemplos, como o descrito por Degive, Kos, Archinard e Guyot (2000), que descrevem uma consulta de acúfenos conjunta com especialistas da área da ORL (médico e audiologista) e da área da Psicologia (psicólogo e psicoterapeuta) no Hospital Universitário de Génève. Na consulta conjunta, é efectuada uma anamnese audiológica e conseqüente avaliação, e uma anamnese psicossocial (Degive et al.). Os pacientes raramente se confinam aos aspectos relacionados

com os acúfenos, entrando nos aspectos afectivos, sociais e profissionais (Degive et al.). É assumido que os acúfenos não têm cura, sendo feita uma reflexão em conjunto com o paciente e um trabalho psicoterapêutico, procurando que o paciente adquira competências e recursos para lidar com a situação, sem necessitar de recorrer posteriormente a outro tipo de terapia (Degive, et al.). Da avaliação efectuada por Perrin, Degive, Kos e Archinad (2000), dos pacientes que foram observados, só 22% apresentavam queixas de acúfenos isoladas, tendo os restantes 78% problemas somáticos e/ou psicológicos associados. Um elevado número de paciente (71%) não teve necessidade de voltar à consulta, nem de qualquer outro tipo de observação, o que parece demonstrar a sua adequação face ao problema.

Tratamento. Têm sido propostos vários tratamentos e tipos de intervenção muito variados, o que reflecte a falta de certezas quanto à forma como os acúfenos são gerado, não havendo consenso quanto à eficácia que apresentam essas intervenções terapêuticas, não existindo portanto um *gold standard* neste aspecto (Kennedy et al., 2004, Vallianatou et al., 2001). Andersson (2002a) refere que os acúfenos são uma sensação temporária e que se tornam crónicos, sendo resistentes à medicação ou ao tratamento cirúrgico.

Tratamento farmacológico. O uso da medicação é dirigido quer aos mecanismos fisiopatológicos dos acúfenos, quer à sintomatologia (Araújo & Escada, 2001). São usados anti-isquémicos, vasodilatadores, anti-oxidantes, complexos vitamínicos, barbitúricos, anticonvulsivantes, anestésicos, e as benzodiazepinas, cujo efeito ansiolítico parece apresentar alguma eficácia (Araújo & Escada, 2001; Bonfils, Lemoine, Londero, & Truy, 2001; Sandlin & Olsson, 2000). Os resultados não são generalizados, pelo que não existe nenhum medicamento que tenha efeito em todos os pacientes e, de uma forma geral, a sua actuação não é de longa duração (Bonfils et al., 2001). Os antidepressivos são igualmente utilizados, particularmente em sujeitos com queixas de insónia, (Dobie, 2003; Sandlin e Olsson, 2000). A utilização de corticoídes tem também sido preconizada, resultando nalguma melhoria na sensibilidade aos acúfenos em

certos doentes (Araújo & Escada , 2001).

Um resultado curioso foi obtido com o uso do alprazolam (Xanax), que, sendo um ansiolítico, apresentou resultados positivos no alívio das queixas dos acúfenos (Vernon & Meikle, 2003b).

Havendo uma alta incidência de insónia em pacientes com acúfenos, será sempre de ponderar o uso de medicação específica para melhorar este aspecto, pelo qual poderá passar a melhoria da sua saúde geral (Folmer & Griest, 2000).

A regulação do metabolismo do cálcio e a acção nos neurotransmissores, através de inibidores da acetilcolina e de agonistas dopaminérgicos, bem como o uso de inibidores da gaba-transaminase, contam-se entre as substâncias utilizadas mais recentemente (Bonfils et al., 2001).

"Tinnitus Retraining Therapy" - (TRT). Baseado no modelo neurofisiológico dos acúfenos, a TRT baseia-se na possibilidade do Sistema Nervoso Central se habituar a um sinal sensorial, neste caso os acúfenos, com carácter intrusivo para o sujeito (Jastrebof & Hazell, 1993; Jastreboff & Jastreboff, 2000; 2003). Pode-se estar na presença de um som como o bater de um relógio, ou o ruído do motor de um frigorífico, que, embora presente e audível não é percebido pelo sujeito, uma vez que o nosso organismo habitua-se a ele, ignorando-o porque não lhe atribui significado de alerta ou ameaçador (Sandlin e Olsson, 2000). Em relação aos acúfenos, o sujeito está perante um som desconhecido, como desconhecido é o que o causa, pelo que a sua atenção se foca neles com maior incidência, particularmente se tiverem existido emoções fortes e experiências traumáticas prévias (Jastreboff & Jastreboff, 2003; Sandlin & Olsson, 2000).

A TRT procura que o sujeito se habitue aos seus acúfenos, logo que passem a fazer parte do seu quotidiano, "empurrando-os" para o seu subconsciente (Jastreboff & Jastreboff, 2003). A habituação é atingida como resultado de uma modificação das conexões neuronais entre o sistema auditivo e o sistema límbico e autónomo (Jastreboff & Jastreboff, 2003).

Após a avaliação do doente, são efectuadas sessões de aconselhamento (*directive counseling*) no sentido de intervir nas reacções de medo e ansiedade

provocadas pela sensação do acufeno, controlando e diminuindo estas reacções (Jastreboff & Hazell, 2004). Há um envolvimento directo do paciente nestas sessões, explicando e desmistificando os acufenos, recorrendo frequentemente a material ilustrativo de apoio (Jastreboff & Hazell, 2004). O período de realização de sessões pode estender-se por 18 a 24 meses para ser completamente eficaz (Jastreboff & Hazell, 2004). É por vezes necessário utilizar geradores de ruído, cuja acção é permitir ao doente a percepção de um som que vai actuar como um filtro nas áreas corticais bloqueando a percepção do acufeno (Jastreboff & Hazell, 2004). A TRT, não sendo a cura para os acufenos, permite um alívio significativo no desconforto sentido pela maioria dos doentes pela presença dos acufenos, podendo ser aplicada a todos os pacientes com estas queixas (Jastreboff & Jastreboff, 2003). Os autores referem uma melhoria em 80% dos casos, não tendo qualquer efeito colateral, nem sendo necessário muitas sessões.

Terapia acústica. A lógica da terapia acústica ou mascaramento é utilizar um som ambiental amplificado, ou um ruído artificial que se irá sobrepor ao acufeno, promovendo algum alívio na sensação provocada por este (Araújo e Escada, 2001; Vernon e Meikle, 2003b). Vernon em 1976, foi o primeiro a apresentar um protocolo para o uso de mascaradores, algo que se veio a tornar muito popular e com maior sucesso no controlo dos acufenos (Johnson et al., 1989; Sandlin & Olsson, 2000). Estes podem ser próteses auditivas, em que se utiliza a amplificação dos ruídos exteriores para realizar o mascaramento dos acufenos, geradores de ruído, habitualmente de ruído branco, que, no entanto, podem utilizar bandas de ruído nas frequências que mais necessitam de mascaramento, ou ambos os sistemas, combinados num único equipamento quando é necessário intervir nos acufenos, mas igualmente melhorar a audição do sujeito, sendo a opção definida pela existência ou não de perda auditiva e pelo seu tipo (Araújo & Escada, 2003; Bizaguet, Ohresser, & Bischoff, 2000; Johnson et al; Sandlin & Olsson; Vernon & Meikle).

A intensidade a que estes instrumentos devem ser usados deve ser suficientemente baixa para não se tornarem um incómodo, mas suficientemente alto para se sobrepor ao acufeno (Bizaguet et al., 2000). O mascarador pode ser

útil em situações de dificuldade em adormecer (Vernon & Meikle, 2003b). Nesta situação deverá optar-se por um dispositivo intracanal, ou eventualmente por soluções como um gerador de ruído de mesinha de cabeceira, ou mesmo uma almofada com um dispositivo gerador de ruído (Vernon & Meikle). As próteses auditivas apresentam a vantagem de amplificarem o som ambiente e a própria conversação, pelo que o uso destes sons como mascarador é melhor tolerado e socialmente mais útil para o indivíduo (Bizaguet et al.).

Os acúfenos de origem periférica, nomeadamente coclear, são mais fáceis de mascarar do que os de origem central, que frequentemente não permitem o uso do mascaramento (Tonndorf, 1991).

Folmer e Carroll (2006) verificam, em pacientes que integravam um programa de intervenção nos acúfenos, entre 6 e 48 meses após a entrevista inicial, que o uso de geradores de ruído ou de próteses auditivas era benéfico nos resultados da intervenção, tendo estes sujeitos uma melhoria maior que os que não utilizaram qualquer instrumento, pelo que, concluem que para além da redução da percepção dos acúfenos, eles ajudam na sua habituação.

Adicionalmente, El Refaie et al. (2004) verificam que as famílias de pacientes a quem foi prescrito o gerador de ruído apresentam melhor resultado global no Quality of Family Life questionnaire (QoFL).

Em pacientes com perda auditiva profunda que não podem beneficiar de um sistema convencional, poderá colocar-se a hipótese de um implante coclear, apesar dos resultados não serem consistentes, uma vez que há doentes que referem um grande alívio, ou mesmo desaparecimento dos acúfenos, mas outros não apresentam qualquer alteração ou podem mesmo sentir um aumento do desconforto pelo uso do implante coclear (Vernon & Meikle, 2003b).

Estimulação eléctrica. A estimulação eléctrica tem sido usada no tratamento de processos inflamatórios, dor, edema, disfunções articulares e problemas de coluna (Steenerson & Cronin, 2003). Utilizada desde os anos 70 do séc. XX para tratamento de perdas auditivas profundas de tipo sensorineural, verificou-se que a estimulação eléctrica da cóclea teria igualmente resultado na redução dos acúfenos (Araújo & Escada, 2001; Steenerson & Cronin).

Particularmente em pacientes sem audição do lado afectado, a estimulação eléctrica da cóclea poderá ter algum interesse (Hazell, Meertom e Ryan, 1989).

A estimulação eléctrica pode ser efectuada através da colocação de um eléctrodo transtimpânico que atravessa a membrana do tímpano, utilizando um eléctrodo semelhante aos usados para medição dos potenciais de acção cóclear e microfónico cóclear (Steenerson & Cronin, 2003). A colocação de eléctrodos externos, numa configuração particular, desencadeia uma corrente eléctrica com resultados nas queixas dos acufenos (Steenerson & Cronin).

Os resultados encontrados em vários trabalhos publicados sobre este tipo de tratamento são muito diversos, variando entre 33% e 82% os doentes que referem alguma melhoria (Steenerson & Cronin, 2003).

Presentemente são utilizados unicamente eléctrodos externos, colocados no pavilhão auricular, sendo utilizados processos de relaxamento, ou terapia cognitivo-comportamental como complemento à terapia, que, todavia, parece estar em desuso (Meyer, 2001b; Steenerson e Cronin, 2003).

Ainda mais recentemente, têm sido utilizados implantes cócleares com a função de controlar os acufenos, apesar de serem utilizados principalmente para melhorar a função auditiva (Meyer, 2001b; Steenerson & Cronin, 2003). São equipamentos desenvolvidos inicialmente para surdos profundos, com uma parte interna (feixe de eléctrodos implantada na cóclea) e uma parte externa que funciona como receptor/estimulador (Waltzman & Shapiro, 2000).

Num trabalho publicado por Hazell et al em 1995 (citados por Miyamoto & Bichey, 2003), os autores referem que 50% dos sujeitos com implante cóclear apresentavam acufenos e que destes 42% referem melhoria na sua supressão durante o uso do implante. Mirz et al. (2002) confirmam através, do uso de sistemas de imagem computadorizados, que a estimulação eléctrica do sistema auditivo através do uso de implantes cócleares pode levar à supressão dos acufenos, sendo necessário verificar quais os mecanismos neurofisiológicos envolvidos neste resultado.

Dadas as limitações do uso do implante coclear, e os resultados pouco animadores da estimulação externa, De Ridder, Verlooy e Van de Heyning (2002),

colocam a hipótese de realizar uma estimulação eléctrica ao nível do tronco cerebral ou do córtex auditivo para controlo dos acufenos, algo que, no entanto, ainda se encontra em fase experimental.

Biofeedback. Assumindo que é a reacção psicológica e não a intensidade dos acufenos que definem o seu grau de gravidade, a técnica de *biofeedback* em que se procura um controlo das reacções do sujeito, será um bom método terapêutico para estas queixas (Araújo & Escada, 2001). É comumente aceite que num estado de relaxamento será mais difícil experienciar momentos de ansiedade e isto pode tornar-se numa forma de controlar os acufenos (Sandlin & Olsson, 2000).

Através da monitorização de sinais visuais ou auditivos, pretende-se que o sujeito seja capaz de controlar algumas das suas funções fisiológicas, controlando as suas reacções e mantendo o relaxamento (Araújo & Escada, 2001). Os autores acrescentam que progressivamente será retirado ao sujeito os sistemas de monitorização para que ele consiga controlar as suas reacções unicamente através do uso de técnicas de relaxamento. No entanto, o relaxamento e a diminuição do *stress* nem sempre levam à redução da sensação subjectiva do acufeno (Sandlin e Olsson, 2000).

Tratamento cirúrgico. Sendo muito raro utilizar a cirurgia como forma de terapia dos acufenos, a sua utilização restringe-se a acufenos pulsáteis, ou em eventuais neoplasias, fístulas perilinfáticas ou contacto vículo-nervoso (Araújo & Escada, 2001).

Terapia laser. Sendo o laser uma fonte de calor, a lógica que suporta o uso deste método é que o calor directamente na cóclea produziria algum alívio nos acufenos (Sandlin & Olsson, 2000). Contudo, os resultados da investigação clínica até agora efectuada não confirmam esta teoria (Sandlin & Olsson).

Psicoterapia. Como já foi anteriormente referido, nos acufenos subjectivos é frequentemente necessário recorrer a programas de intervenção com origem na Psicologia (Sandlin & Olsson, 2000). D'Amelio et al. (2004) referem que os pacientes com acufenos crónicos podem ser distinguidos pelo desconforto e pelo atingimento psicológico causados pelos sintomas, sugerindo uma reacção

imediate quando os resultados da avaliação confirmam essas dificuldades, propondo uma intervenção psicológica imediata.

De facto, o conhecimento precoce das situações de mal-estar psicológico e de insuficiências psicossociais podem ser favoráveis para uma intervenção mais eficaz na resolução do problema, mesmo que a sua causa orgânica seja desconhecida (Erlandsson, 1998).

A psicoterapia será útil nestes doentes, tendo em atenção a componente psicossomática dos acufenos, e através de estratégias para melhorar as suas técnicas de *coping* (Dobie, 2003; Meyer & Soubielle, 2001; Stobik et al., 2005).

Um dos aspectos a trabalhar são os pensamentos negativos ou distorções cognitivas associados à problemática dos acufenos, o que permitirá melhorar a forma de lidar com estes (Erlandsson, 1998). Terapeuta e paciente trabalham conjuntamente para identificar essas distorções cognitivas, para que o paciente lhes atribua um significado mais lógico (Erlandsson).

A terapia cognitiva-comportamental é uma entre várias intervenções de tipo psicológico a serem usadas, referindo Andersson (2002a), citando vários autores, que apresenta excelentes resultados na abordagem dos acufenos. Esta terapia requer um total envolvimento do terapeuta e do paciente e sempre que possível, dos membros da sua família, podendo mesmo utilizar-se sessões de terapia de grupo (Sweetow, 1989).

A terapia cognitiva é um processo através do qual o paciente vai aprender a reinterpretar os acontecimentos que lhe ocorrem e, através disso, melhorar a forma como se sente (Sandlin & Olsson, 2000). O sujeito tem de estar motivado para alterar hábitos e comportamentos (Andersson, 2002a). A terapia cognitiva apresenta quatro objectivos. A melhoria rápida dos sintomas, a percepção daquilo que o perturba, o autocontrolo através de estratégias de *coping*, e por último a fase de prevenção e de crescimento pessoal através do reajustamento dos valores e das atitudes.

Peignard (2001) apresenta um protocolo terapêutico que foca as características dos estímulos, o ambiente, a significação atribuída, o grau de sensibilidade ao *stress* e os hábitos de reacção às informações sensoriais.

A terapia cognitivo-comportamental pode também ser adaptada para o uso em idosos, apresentando bons resultados no longo prazo e, se for utilizada em grupo, com uma excelente relação custo-eficácia (Andersson, Porsaeus, Wiklund, Kaldo & Larsen, 2005).

Como na terapia cognitivo-comportamental existe um elevado número de abandonos, Kaldo-Sandstrom e Andersson (2002) propõem um modelo de auto-ajuda baseado nesta terapia, administrado via Internet, concluindo que os sujeitos apresentam melhoria significativa do seu quadro clínico no *follow-up* após três meses.

Será também importante, no que concerne às dificuldades que perturbem a QDV do sujeito, utilizar uma abordagem comportamental através da interação biopsicosocial no sentido de abordar especificamente aquilo que perturba o sujeito (Kennedy et al., 2004).

Andersson e Lyttkens (1999) procuram avaliar a eficácia de vários métodos de tratamento utilizados nos acúfenos, onde, além da terapia cognitivo-comportamental, incluem o relaxamento, métodos de informação/educação, hipnose, *biofeedback* e estratégias de resolução de problemas e gestão do *stress*, tendo verificado uma grande variabilidade dos resultados, desde efeitos moderados a melhorias significativas na sensação dos acúfenos. Encontraram resultados pobres na intensidade, na medição do afecto negativo e nos problemas do sono. As análises exploratórias efectuadas pelos autores permitem concluir que a terapia cognitivo-comportamental era mais eficaz relativamente aos níveis de desconforto associados aos acúfenos. Andersson (2002a) conclui que apesar da eficácia que os tratamentos psicológicos apresentam nos acúfenos, problemas como a depressão ou de sono, necessitam uma abordagem mais aprofundada ou específica. Contudo, os resultados obtidos após a utilização da psicoterapia apontam para uma redução do mal-estar associado aos acúfenos, conjuntamente com uma tolerância aumentada aos mesmos (Andersson, Vretlab, Larsen, & Lyttkens, 2001).

Andersson (2002b) assinala que em problemas de concentração associados há excessiva atenção que o sujeito presta aos acúfenos, a utilização

de efeitos de distração será benéfica para tentar controlar o problema.

Folmer et al. (2001; 2002b) preocupados com o insucesso das intervenções nos acúfenos, propõem que o tratamento dos acúfenos deveria ser semelhante ao usado na dor crónica, e que não se devia limitar a informar o doente que não tem cura e que tem que aprender a viver com o problema.

Outros tratamentos. A acupunctura tem sido utilizada em pacientes com acúfenos com algum resultado no seu alívio (Bonfils, Londero, & Truy, 2001). A sua acção centra-se sobretudo numa procura de reequilibrar o sistema nervoso vegetativo, com conseqüente melhoria mais rápida do mal-estar provocado pelo problema, diminuindo a ansiedade, o que permite reduzir o uso dos ansiolíticos (Ohresser & Jeannin, 2000). No entanto, há autores que referem que não existe qualquer benefício desta terapêutica, que por si só não traduz qualquer melhoria nos pacientes com acúfenos (Andersson & Lyttkens, 1996; Park, White, & Ernst, 2000).

A homeopatia tem igualmente sido utilizada em numerosos casos de acúfenos, recorrendo a múltiplos produtos, no entanto, num estudo efectuado em 1998 por Simpson et al. (citados por Bonfils, Londero, & Truy, 2001), verificou-se que os resultados obtidos eram idênticos aos obtidos através do uso de placebo.

A hipnose tem sido igualmente sugerida como um método a utilizar em pacientes com acúfenos, particularmente como complemento de outras técnicas, como o TRT, com efeito a longo prazo (Harasymczuk, 2002).

Folmer (2002a) conclui, após um estudo em 300 pacientes durante 3 meses, que nos acúfenos os melhores resultados são obtidos através de programas de intervenção individualizados, controlados através do uso de questionários. A identificação e intervenção em áreas como a ansiedade, a insónia ou a depressão são vitais para o sucesso da intervenção, utilizando a terapia acústica como coadjuvante na psicoterapia, importante na redução do nível de gravidade dos acúfenos.

2. Qualidade de Vida

2.1. Definição

História. Vários autores remetem para os filósofos gregos, entre os quais Aristóteles, as primeiras preocupações relacionadas com a QDV, sendo no entanto difícil precisar quando surgem pela primeira vez (Bowling, 2001). Ribeiro (2005) cita vários autores que referem que QDV foi um conceito inicialmente utilizado nos anos vinte do séc. XX e que se reportava às condições de trabalho e às suas consequências no bem-estar do trabalhador. Com o rápido desenvolvimento das economias do pós-guerra, muito particularmente nos EUA, o conceito desenvolveu-se também conotando-se mais com uma melhoria do bem-estar material (Guterres & Ribeiro, 2002).

O aumento da esperança de vida no mundo desenvolvido levou a um maior interesse pela QDV (Bowling, 2001). Todavia, a definição teórica do conceito, particularmente a distinção entre este e conceitos como felicidade, satisfação com a vida, bem-estar, ou "boa vida" tem sido controversa e confusa (Bowling).

Cada vez mais se ouve falar de QDV quando se referem aos mais variados aspectos da vida quotidiana, sendo que, a partir da década de 80 do séc. XX o conceito foi integrado na lógica do senso comum; ora esta popularidade do conceito parece ser um obstáculo à sua cientificidade (Bowling, 2001; Ribeiro, 2005; Seidl & Zannon, 2004). Para Ribeiro (2005) a QDV começou por ser um objecto de estudo das ciências sociais, surgindo posteriormente nas ciências humanas e biológicas um movimento "no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida" (Fleck, Leal et al., 1999; p. 20). Está particularmente associado a indicadores subjectivos já atrás mencionados, tais como satisfação, felicidade, e "boa vida" nos adultos e nos idosos, sendo cada vez mais importante nesta faixa etária, essencialmente devido ao aumento da esperança de vida da população e da expectativa de uma vida sem morbilidade nestas idades mais avançadas (Bowling).

Até ao séc. XX a QDV era entendida pelos políticos, filósofos e académicos como o resultado de um conjunto de actividades que procuravam o

desenvolvimento equilibrado da sociedade e o direito universal à vida (Guterres & Ribeiro, 2002). Contudo, a preocupação dominante passou a ser em todo o mundo a procura do crescimento económico, traduzindo-se numa perspectiva quantitativa do desenvolvimento, particularmente de aquisição de bens materiais, com pouca preocupação pelas implicações sociais e aspectos relativos à equidade, preservação do ambiente, emprego e coesão social [Comissão Independente População e Qualidade de Vida (CIPQV), 1998].

Já em 1964 o Presidente norte-americano Lyndon Johnson refere que não é o saldo da conta bancária que deve medir os objectivos, mas sim através da QDV que as pessoas têm, e que seria através da construção de estruturas sociais e ambientais que esses objectivos seriam alcançados implicando aspectos como o bem-estar económico, material e psicológico, e as dimensões sócio-política, médica e psicológica (Bech, citado por Meneses, 2005; Fleck, Leal, et al., 1999; Guterres & Ribeiro, 2002; Ribeiro, 2005). De salientar que a realidade humana é multidimensional, não se reduzindo à dimensão económica, pelo que o objectivo que deve nortear o desenvolvimento global deverá ser a melhoria sustentável da QDV (CIPQV, 1998).

A QDV está também cada vez mais presente na investigação científica, seja no âmbito da Economia, Sociologia, Política, Geografia e também em contextos de saúde, desde a Medicina, à Enfermagem, passando obviamente pela Psicologia (Bowling, 2001; Seidl & Zannon, 2004). A QDV pode pois ser estudada nos seus mais singulares aspectos, podendo assim aparecer a QDV na família, em contexto de trabalho, ou aquela que interessa no presente estudo: a QDV na saúde (Ribeiro, 2005). Vários dados apontam para a integração da QDV na epidemiologia, em ensaios clínicos, na prática clínica em geral, na economia da saúde, na política, ambientalismo e em publicidade (Meneses, 2005). Este parece ser um constructo particularmente útil nas patologias psiquiátricas, onde a avaliação da QDV se mostra por vezes difícil, mas que permite encontrar importantes informações relativas ao paciente e aos seus aspectos afectivo, cognitivo e mesma uma eventual distorção da realidade, como ocorre, por exemplo, na esquizofrenia (Becchi, Rucci, Placentino, Neri e Girolamo, 2004)

Na década de 70 do séc. XX começam a surgir estudos e publicações referentes à QDV, tendo publicado Liu (1975; citado por Guterres & Ribeiro, 2002; e por Meneses, 2005) um artigo exploratório em que apresenta um conjunto de variáveis, que constituiriam vários indicadores, e essas variáveis deveriam ser: (a) universais para poderem ser generalizadas à população correspondente; (b) facilmente compreensíveis (consensuais quanto à sua selecção); (c) de grande flexibilidade abrangendo diferentes espaços e momentos; (d) adaptáveis à dinâmica da sociedade, através das mudanças nas condições sociais, económicas, políticas e físicas; e (e) verificáveis pelo uso de princípios científicos estabelecidos. O autor considera que a QDV apresentava dois componentes principais, que seriam o subjectivo (ou psicológico), mais qualitativo e não mensurável na época, e o objectivo (ou social, económico, político e ambiental), mais quantitativo, passível de medições e agregações, pelo que recorreu no seu estudo a variáveis objectivas que retirou dos censos nacionais de 50 estados norte-americanos.

Campbell et al. (1976, citados por Guterres & Ribeiro, 2002; e por Meneses, 2005) num estudo que consiste numa importante referência no que se refere à medição dos componentes subjectivos da QDV, identificaram 12 domínios que representariam a QDV: saúde, casamento, vida familiar, governo, amizades, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira e participação em organizações, sendo que o da saúde era o que apresentava uma maior correlação com o resultado global.

Posteriormente, Flanagan (1982, citado por Guterres & Ribeiro, 2002; e por Meneses 2005), estabelece vários domínios de QDV, que seriam: bem-estar físico, social e material, relacionamento interpessoal, desenvolvimento e relações pessoais, comunidade e actividades cívicas e recreação, num estudo em que recorreu à técnica dos incidentes críticos através de situações hipotéticas.

Na década de 80 do séc. XX, a QDV passou a ser um conceito de interesse geral e de senso comum, surgindo desde então, várias definições sobre o que seria a QDV.

Na área da tecnologia da saúde, os indicadores fornecidos pela QDV, e

respectivas avaliações são utilizados como factor de decisão (Meneses, 2005).

Definição. Segundo Hörnquist (1982, citado por Bowling, 2001), a QDV parece alicerçar-se nas necessidades humanas de tipo físico, psicológico, social, estrutural, de actividade, sendo o grau de satisfação do sujeito nessas necessidades que constituem a sua QDV. Num outro nível, uma vez que os seres humanos se interligam através de uma sociedade estruturada, essas necessidades podem ser individuais ou colectivas (CIPQV, 1998). A QDV pode ser conceptualizada como um constructo multidimensional, incluindo as percepções do indivíduo (dimensões subjectivas), e/ou as componentes externas observáveis (dimensões objectivas) (McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002).

Como consequência do vasto interesse que a rodeia, existem múltiplas definições de QDV, o que contribui para uma conceptualização pouco consistente (Meneses, 2005). Ainda que a definição de QDV se mantenha controversa, a maior parte dos autores concorda que existem vários domínios ou dimensões que a caracterizam, inter-relacionando-se (Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003).

A QDV é influenciada pela experiência passada, pelas condições do presente e pelas expectativas relativamente ao futuro, que por sua vez se inserem no contexto sócio-demográfico do indivíduo (Bowling, 2001; 2005). Bowling (2001, p. 5) conclui ainda que "a percepção e obtenção de QDV está dependente das preferências e prioridades do indivíduo na vida". Colman (1987, citado por Guterres & Ribeiro, 2002) já se tinha referido a estes aspectos, referindo que essas preferências e prioridades têm que ser realistas, mas que é de esperar que se modifiquem com o decorrer do tempo. Refere alguns aspectos importantes na QDV, como o ser específica ao sujeito e abarcar todas as áreas da vida, enfatizar o crescimento e desenvolvimento pessoal. Estamos perante um juízo subjectivo do indivíduo em relação ao grau de satisfação relativamente às suas necessidades nos vários domínios da vida (Guterres & Ribeiro).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que:

QDV é a percepção que um indivíduo tem do seu posicionamento na vida no contexto de uma cultura e sistemas de valores onde

vive, em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e pelo relacionamento com os aspectos marcantes do seu meio.

(WHOQOL, 1995; p. 1403).

Daqui se conclui que as componentes do modelo da OMS para a QDV passem pela inter-relação do meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 1999; WHOQOL, 1995). Isto caracteriza a natureza multidimensional do constructo, havendo quatro dimensões principais, que são a percepção do indivíduo sobre a sua condição física, sobre a sua condição psicológica, afectiva e cognitiva, os relacionamentos e papéis sociais, e ainda sobre aspectos relativos ao meio ambiente onde se insere (Seidl & Zannon, 2004; WHOQOL, 1998). A subjectividade e a multidimensionalidade são duas características deste conceito de QDV, acrescentando-se uma terceira que é a presença de elementos de avaliação quer de carácter positivo (por exemplo, mobilidade), quer negativo (por exemplo., dor) (Fleck, Louzada, et al., 1999).

Ruggeri, Warner, Bisoffi e Fontecedro (2001) referem que esta definição de QDV enfatiza os seus aspectos subjectivos, não incluindo indicadores objectivos da saúde, de habitação e outras circunstâncias materiais que estão presentes noutros constructos teóricos de QDV.

Ainda relativamente ao constructo de QDV da OMS, são posteriormente acrescentadas as componentes de religiosidade e espiritualidade, que são aspectos algo negligenciados pela medicina ocidental, mas muito marcantes no binómio saúde/doença da medicina oriental (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003; WHOQOL, 1998).

Fallowfield (1994, cit. por Meneses, 2005) define QDV como um conjunto operacional de funcionamentos satisfatórios no domínio psicológico (depressão, ansiedade e ajustamento à doença), domínio social (relações pessoais, interesse

sexual, actividades sociais e de lazer), domínio ocupacional (capacidade e vontade de ter uma actividade remunerada e de lidar com as tarefas domésticas) e no domínio físico (dor, mobilidade, sono, apetite e função sexual). Ribeiro (2005) fala da multifactorialidade da QDV, acrescentando aos aspectos atrás referidos as dimensões económica e o próprio ambiente político.

Bowling (2001) refere que a estes aspectos deve-se acrescentar igualmente aspectos relativos às actividades de lazer, às artes, ao domicílio, aos meios de transporte, incluindo a saúde naquilo a que chama a “temperatura social”.

Meneses (2005) acrescenta que "o número de domínios/componentes considerados na QDV é variável, habitualmente extenso, dependente da concepção subjacente e dos objectivos e nível de análise pretendidos". Existem vários modelos de QDV que reflectem estes aspectos (Meneses; Ribeiro, 2005).

Ruggeri et al. (1999, citado por Guterres & Ribeiro, 2002) procura sistematizar estes aspectos apresentando três indicadores de QDV que seriam: (a) os indicadores económicos, (b) os indicadores sociais, e (c) os indicadores subjectivos, essencialmente relacionados com aspectos cognitivos.

A saúde e a doença são aspectos importantes na QDV do indivíduo. McIntyre et al. (2002) referem que o impacto de uma doença na QDV terá outros indicadores para além dos fornecidos pela avaliação médica. Muldoon, Barger, Flory e Manuck (1998) apontam para a necessidade de uma avaliação cuidadosa de factores psicossociais, como é o caso da dor, do comprometimento motor, ou outras dificuldades funcionais, bem como a diminuição da actividade cognitiva. Este aspecto consubstancia uma área de investigação dentro da QDV, que é conhecida como "qualidade de vida relacionada com a saúde" (QDVRS), e que será seguidamente abordada, sendo o contexto que interessa no âmbito deste estudo (McIntyre et al., 2002).

Ribeiro (2005, p. 99) afirma que “a QDV é um conceito recente e que, principalmente no campo da saúde, ainda está numa fase de clarificação, de aceitação e de integração”.

Talvez devido à definição de Hipócrates (460 a.C. – 377 a.C.) do que deveria ser a prestação de cuidados de saúde, e quais os seus objectivos, que a

avaliação dos resultados obtidos pelas intervenções clínicas seja algo utilizado desde há longa data nos cuidados de saúde, ainda que tenha sido por volta da década de 40 do séc. XX que se iniciaram as primeiras investigações que exploravam a QDV de portadores de patologias crónicas (Bowling, 2005; Carona, 2005; Meneses, 2005).

Em contextos de saúde, as visões subjacentes às práticas e mesmo à componente política que norteia a sua estruturação, têm posto em evidência a necessidade de enfatizar a melhoria da QDV, particularmente no sentido de promover a saúde e de prevenir as doenças (Seidl & Zannon, 2004). Este aspecto surge na sequência da definição de saúde que a OMS apresentou em 1948, como sendo “o completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de enfermidade” (Carona, 2005).

Nos anos sessenta começa a enfatizar-se os aspectos ligados às necessidades do doente, passando este a ser o elemento central do sistema e dos cuidados de saúde, surgindo a expressão “cuidados centrados no paciente”, que implicaria a necessidade de avaliar a sua QDV (Ribeiro, 2005).

Como refere Bowling (2001), “a concepção médica de saúde prende-se com a ausência de doença e de anormalidades, sendo o ponto de vista sociológico definido em termos de o sujeito possuir níveis aceitáveis de enquadramento mental e físico de forma a poder desempenhar o seu papel na sociedade”. Heyrman e van Hoeck (1993, citados por Bowling) associam à QDV uma visão humanista, que se prende com componentes como a autonomia óptima, auto-conhecimento e a percepção positiva da vida. É o que posteriormente Bowling (2005) define como saúde positiva, que procura contrariar a tendência normal de medir não o estado de saúde, mas a saúde na doença, ou a ausência de saúde e doença.

Teoricamente está-se perante um conceito distinto de QDV, mas que é uma parte importante desta, pela elevada valorização que os sujeitos habitualmente dão à sua saúde (Bowling, 2001). No entanto, o sujeito pode sentir-se "doente" apesar de não apresentar necessariamente uma doença, ou sensação de dor, mas sensação de desconforto, com alterações funcionais, não detectáveis pela

ciência médica, como será o caso dos acúfenos.

Inicialmente, vários autores definiram a QDV em saúde como reportando-se à diferença entre a realidade (ou a sua percepção), e as expectativas criadas pelo sujeito (Bowling, 2001; Solovieva, Santavirta, Santavirta e Konttinen, 2004). A QDVRS refere-se ao bem-estar social, emocional e físico, durante a realização de um tratamento, bem como o impacto desse tratamento e da doença respectiva no funcionamento diário do indivíduo, o que se traduz em aspectos positivos que são contrapostos a outros negativos desse bem-estar, com consequências na saúde física, psicológica e social, constituindo um conceito dinâmico e pessoal (Bowling).

Muldoon et al. (1998) propõem a divisão de saúde em domínios físico e mental, de forma a permitir uma melhor compreensão dos efeitos do estado de saúde na QDV. Para esses autores o funcionamento físico será similar à avaliação da incapacidade física, estando o funcionamento mental relacionado com a capacidade do indivíduo atingir desafios cognitivos e sociais que se lhe deparam, desde tarefas específicas simples, até complexas interações sociais.

Quando é o próprio sujeito que avalia a sua QDV e o seu estado de saúde e refere-se aos aspectos não médicos do seu contexto de vida, estamos mais uma vez perante a subjectividade da QDV (Seidl & Zannon, 2004; WHOQOL, 1995). Um aspecto relativo à QDV, actualmente consensual, é que esta deve ser abordada através da percepção do próprio sujeito, preferencialmente através da auto-administração (Ribeiro, 2005; Seidl & Zannon).

A noção de QDV e de estado de saúde estão muito próximas, sendo por vezes confundidas (Seidl & Zannon, 2004). São, no entanto, constructos diferentes e Bradley (2002, citado por Silva et al., 2003), refere que o estado de saúde está mais associado à percepção que o sujeito faz da sua saúde, sendo a QDV a avaliação que faz da sua vida. Paralelamente, Seidl e Zannon referem que a QDV é mais influenciada pela saúde mental e bem-estar psicológico, enquanto que o preditor mais importante da percepção do estado de saúde parece ser o funcionamento físico, onde se incluem aspectos como a dor, a fadiga, entre outros. Outros autores, como Fries e Spitz (1990, citados por Meneses, 2005) defendem porém que estes conceitos, da forma como são usualmente utilizados

se sobrepõem quanto ao seu significado.

Alguns modelos clássicos de QDV assentam no bem-estar subjectivo, felicidade, satisfação com a vida (Bowling, 2005). Distinguem na QDV o nível funcional ou de comportamento, e a percepção individual do nível de saúde ou bem-estar (Muldoon et al., 1998). Assumindo a subjectividade do conceito, quando falamos de bem-estar subjectivo ultrapassamos a ausência de problemas de saúde física e mental ou eventual morbidade psicológica, encontrando dimensões como a felicidade, satisfação com a vida, auto-estima e sentido de coerência, enfatizando aspectos como o crescimento pessoal, autonomia e auto-eficácia, num conceito mais positivo (Bowling)

Bowling (2001) refere que existem vários factores não biológicos, como as expectativas do paciente, auto-estima, as suas competências, a motivação, a adesão à terapia, o estatuto sócio-económico, a disponibilidade dos cuidados de saúde, suporte social e crenças culturais individuais e comportamentos de saúde, que podem influenciar ou mediar a recuperação do paciente.

Guterres e Ribeiro (2002) distinguem a QDVRS da QDV Específica ligada à Doença. Para os autores, a QDVRS apresenta uma perspectiva geral, aplicada a várias doenças de tipo orgânico ou psíquico, debruçando-se sobre a influência que essa doença terá sobre a QDV do indivíduo, numa perspectiva física, psíquica e social. A QDV Específica ligada à Doença representa uma abordagem mais limitada que a anterior, centrando-se no impacto que os sintomas e os efeitos da terapia de uma determinada doença terão na QDV (Guterres & Ribeiro). Esta última abordagem não permite generalizar resultados, nem comparações com outro tipo de doentes.

Bowling (2005) cita vários autores para se referir ao conceito de saúde social, que distingue de saúde física e mental, aparecendo ligado ao correcto funcionamento do sujeito como membro de uma comunidade. Para a autora, será de supor que sujeitos socialmente saudáveis apresentem melhores resultados nas tarefas diárias e na execução dos papéis sociais a que estão expostos. É esta a base da Psicologia Positiva, que procura estudar os aspectos que possibilitam ao sujeito o seu bem-estar, quer na componente física, quer na social (Fonte & Freire,

2006). Assim, se soubermos quais as actividades que permitem experiências óptimas ao indivíduo, poderemos elaborar intervenções mais eficazes para a promoção e desenvolvimento do indivíduo e mesmo das sociedades em que se insere.

2.2. Factores associados à qualidade de vida

A QDV é influenciada pela experiência passada, pelas condições do presente e pelas expectativas relativamente ao futuro, que por sua vez se inserem no contexto socio-demográfico do indivíduo (Bowling, 2001; 2005).

Não havendo unanimidade quanto à conceptualização da QDV, é importante tentar determinar os factores que a determinam (Meneses, 2005). Existem alguns modelos que procuram dar uma perspectiva integradora da investigação que tem sido desenvolvida.

Schumacher, Anderson e Czajkowski (1990, citados por Meneses, 2005) apresentam um modelo genérico e referem que os factores que influenciam a QDV podem ser divididos em três categorias: a contextual, onde se inserem aspectos sócio-culturais; a interpessoal, com incidência no apoio social e nos vários focos de *stress*; e a intrapessoal, onde se encontram as características da personalidade do sujeito, a saúde física, entre outros aspectos.

Spilker (1990, citado por Meneses, 2005; e por Ribeiro, 2005) apresenta um modelo específico que relaciona os valores e crenças dos doentes com os aspectos clínicos da intervenção terapêutica e outros como a segurança dessa intervenção, existência de reacções adversas, a relação benefícios-custos, etc.. O indivíduo vai comparar os resultados que obteve na intervenção a que foi sujeito com os eventuais benefícios ou problemas que também experimentou durante a mesma e com tratamentos anteriores. Assim, não são unicamente os benefícios ou eventuais reacções adversas da parte clínica, mas a forma como os valores e crenças do doente os vão filtrar, que influenciam a forma como a QDV é afectada.

Wilson e Cleary (1995, citados por Meneses, 2005; e por Ribeiro, 2005) apresentam um modelo com cinco níveis que se vão sucedendo em

complexidade. O primeiro nível diz respeito aos factores fisiológicos e biológicos, centrando-se no processo de diagnóstico, focando no órgão ou sistema de órgãos em causa. Segue-se a avaliação dos sintomas, que já percebe o organismo como um todo, sendo influenciado pelos factores demográficos e culturais de pertença do sujeito, importantes na esquematização de uma intervenção eficaz no alívio dos sintomas. O nível seguinte, remete para as percepções de saúde em geral, que se encontram influenciadas pelo funcionamento, pelas características individuais do sujeito e do meio em que se insere. Estas características influenciam igualmente a QDV global, que é o nível seguinte, às quais se juntam factores não médicos. De uma forma transversal a todos os níveis, encontra-se a influência das preferências e valores, bem como dos factores emocionais ou psicológicos intrínsecos ao sujeito, aos quais se juntam características do ambiente, como o suporte social, ou características da componente económica.

Leventhal e Colman (1997, citado por Meneses, 2005; e por Ribeiro, 2005) criticam o modelo referido anteriormente, afirmando que as avaliações são feitas sobre o desempenho, o aspecto afectivo e a componente cognitiva, ficando as medidas de QDV para a forma como o próprio sujeito avalia esses efeitos e a representação que ele próprio faz da doença, que actua como inibidor ou motivador do pensamento e da acção.

Além destes aspectos, abordados pelos vários modelos, deve-se acrescentar a eventual influência da cultura, entre outros aspectos, como é o caso do bem-estar espiritual (Meneses, 2005).

Verifica-se que existem diferenças na percepção da QDV relativamente ao género, apresentando os homens melhor QDV para as suas várias dimensões, encontrando-se igualmente diferenças relativamente ao grupo etário, com valores mais elevados para os sujeitos mais jovens, particularmente nas dimensões associadas à função física (Ferreira & Santana, 2003). Os autores encontram igualmente diferenças no que se refere aos aspectos relativos à actividade profissional, com os trabalhadores de actividades manuais a apresentarem valores de QDV inferiores aos obtidos pelos trabalhadores não manuais, e quanto ao estado marital, entendido como percepção de eventual isolamento, os solteiros

apresentavam valores superiores de QDV. No que concerne ao nível de instrução, os resultados apresentados pelos autores demonstram que os indivíduos com mais instrução são os que referem uma visão mais positiva da sua QDV, e quanto ao local de residência, os residentes em meios urbanos eram os que revelavam uma QDV mais elevada.

Morgado et al. (1991, citado por McIntire et al., 2002) refere que indivíduos com alterações de humor ou perturbações psicossomáticas avaliam o seu bem-estar, ou o estado de saúde em geral de uma forma pior do que indivíduos com outras patologias. McIntire et al. referem vários estudos que apontam para que patologias físicas como a artrite, diabetes ou disfunções pulmonares apresentam uma percepção do estado de saúde menos reduzido do que as encontradas nas perturbações de humor ou psicossomáticas, o que poderá ser atribuído a eventuais factores de personalidade que poderão condicionar as respostas dos vários grupos de diagnóstico. Acrescentam ainda que indivíduos portadores de perturbações mentais demonstram em vários estudos efectuados uma menor satisfação com a vida do que a população geral ou indivíduos com outras patologias de tipo não mental, correspondendo a défices na sua QDV. No caso concreto da depressão, verifica-se que em praticamente todas as dimensões da QDV existem implicações associadas à presença da patologia (McIntire et al.)

A componente cognitiva irá igualmente influenciar a forma como o sujeito percebe a sua QDV uma vez que interfere com conceitos intrínsecos ao indivíduo, como a auto-eficácia, auto-estima e o controlo sobre a vida, entre outros (Bowling, 2005).

Seidl e Zennon (2004) referem que as dimensões físicas e psicológicas são as que mais contribuem para a percepção da QDV, e de uma forma menos premente as dimensões do ambiente e do relacionamento social.

Numa análise efectuada através do recurso a indivíduos com várias patologias somáticas crónicas, Rijken, Kerkhof, Dekker, e Schellevis (2005) verificam que a QDV destes pacientes está globalmente comprometida, no entanto tal só se verifica na componente física, não havendo grandes alterações na componente mental.

2.3. Avaliação da qualidade de vida

Quando é avaliada a QDV de uma população, pode-se comparar grupos entre si, por exemplo, em função de diferentes condições de saúde, zonas geográficas, níveis sociais e económicos, níveis etários ou em função do sexo (Ferreira e Santana, 2003).

O conceito de QDV apresenta características específicas que o tornam distinto das variáveis habitualmente encontradas na área da saúde, e que são, o ser multifactorial, ser uma medida de percepção pessoal, ser variável ao longo do tempo, e ser subjectivo (Schipper, Clinch, & Powell, 1990, citados por Meneses, 2005).

Devemos dar igualmente relevo ao facto de existir uma variação temporal relativamente à QDV, pelo que será importante verificar quais os momentos de avaliação e eventuais intervalos nas medições efectuadas, por exemplo, durante um determinado tratamento, sendo a calendarização das avaliações um aspecto central na interpretação dos resultados obtidos (Meneses, 2005; Ribeiro, 2005).

Segundo Meneses (2005), existem vários obstáculos na avaliação da QDV, entre os quais a ausência de consenso na sua definição, e por consequência, na forma como deve ser avaliada, a dificuldade em realizar comparações entre os resultados obtidos e a proliferação de modelos de avaliação.

Tradicionalmente, as intervenções de tipo médico eram avaliadas relativamente à morbidade, progressão da doença ou readmissão hospitalar, ao que se juntaram testes bioquímicos, existência de complicações ou recomeço da actividade profissional, bem como a capacidade funcional, particularmente para realizar actividades da vida diária (Bennett, 2000/2002; Bowling, 2005). Para efectuar avaliações da saúde, assumia-se uma perspectiva negativa de saúde como ausência de doença, e uma definição inespecífica da OMS que enquadrava saúde como bem-estar total relativamente aos aspectos físicos, mentais e sociais, levando a questionar com frequência, o que medir para avaliar o resultado das intervenções efectuadas (Bowling, 2005).

É comumente aceite que uma das primeiras escalas de medição de QDV terá sido a Karnofsky Performance Status, desenvolvida no final dos anos 40 do séc. XX, que se baseava sobretudo nos aspectos funcionais físicos observados pelo clínico que acompanhava o doente (Ribeiro, 2005). Foi sobretudo utilizada em oncologia clínica (Bowling, 2001). No final da mesma década, Merrell e Reed propõem a utilização de uma escala que permita avaliar a saúde num *continuum* desde os aspectos positivos aos aspectos negativos, classificando os sujeitos relativamente à saúde desde o "excelente" ao "muito pobre" (Bowling, 2005).

Como já foi referido anteriormente, a medição da QDVRS refere-se à percepção do próprio indivíduo sobre estes aspectos num momento anterior da sua vida, e às prioridades que persegue em determinado momento (Bowling, 2001). São os resultados de um doente, e inclusive a sua perspectiva sobre esses resultados, e a forma como afectam a sua funcionalidade ou o seu bem-estar que serão tidos em conta (Ferreira, 2000a).

Também utilizado, no que diz respeito à avaliação de resultados nos cuidados de saúde, temos o conceito de capacidade funcional, medido sobretudo nas actividades do dia-a-dia (Bowling, 2005). Procura determinar a existência de algum tipo de dependência no sujeito, quanto à realização de tarefas, ou à persecução de necessidades, numa dinâmica funcional entre os aspectos relativos à saúde, ao ambiente e aos factores pessoais.

Seidl e Zannon (2004) referem que as formas mais usuais de medição de QDV são os questionários, administrados em forma de entrevista ou por auto-administração. Esta última forma parece ser a mais eficaz, por ser a menos dispendiosa relativamente ao tempo consumido e por permitir que o sujeito tenha um ritmo próprio de preenchimento do instrumento (Bowling, 2005; Seidl & Zannon). Pressupõem igualmente que existem aspectos da QDV que só podem ser avaliados pelo próprio (Ribeiro, 2005).

No caso de o questionário ser administrado em forma de entrevista, isto implica que o seja feito por alguém treinado (Bowling, 2001).

A medição da QDV é cada vez mais importante, particularmente na prática clínica, bem como na produção de conhecimento científico, com especial

evidência em ensaios clínicos na área da saúde, uma vez que acrescenta aos aspectos biomédicos outros de natureza socio-económica, psicológica e mesmo cultural, sendo igualmente importante em avaliações de política de saúde e mesmo em inquéritos à população em geral (Ferreira, 2000a; Seidl & Zannon, 2004).

Em sujeitos portadores de problemas crónicos, onde a comorbilidade é elevada, a avaliação da QDV é importante, no sentido de verificar o impacto da doença no seu funcionamento mental e físico, e na percepção do seu bem-estar, incluindo determinadas complicações ou sintomas associados ao seu problema, cuja acção na percepção da QDV pode ser mais importante do que as próprias alterações provocadas pela sua doença (Cunningham, Nakazono, Tsai, & Hays, 2003; Rijken et al., 2005). É igualmente importante na avaliação da eficácia de uma determinada intervenção, permitindo mesmo avaliar os custos associados a essa eficácia (Schoenbaum, Sherbourne, & Wells, 2005).

A procura de resultados sobre a QDVRS representa um paradigma no sentido de operacionalizar e medir as intervenções nos contextos de saúde (Bowling, 2001). Meneses (2005) cita vários autores que referem que o que deve ser medido é a forma como uma determinada condição e os tratamentos a ela dirigidos interferem no funcionamento e bem-estar físico, social e psicológico, concentrando-se na individualidade do doente. Esses autores acrescentam às medidas de QDV uma perspectiva subjectiva, com uma operacionalização e capacidade de medição quantitativa pobre, que associadas às medições objectivas tradicionais em contextos de saúde, e fortemente correlacionadas com o funcionamento físico, permitem obter indicadores baseados no funcionamento geral do paciente. Isto permite justificar o uso de determinadas intervenções que, não sendo curativas, ou aumentativas da sua sobrevivência, vão promover a QDV dos indivíduos (Bowling).

Muitas escalas foram elaboradas através do ponto de vista do pessoal médico ou de outros significativos ou cuidadores e não através da perspectiva do paciente (Bowling, 2001). A perspectiva mais recente vai no entanto ao encontro da necessidade de obter o ponto de vista do paciente, que sendo mais subjectivo

permite perceber o seu bem-estar nas várias dimensões da QDV como consequência de determinada intervenção, ou da própria acção da patologia (Bowling). Muldoon et al. (1998) acrescentam que para conhecer a verdadeira dimensão da doença, além da medição do seu estado, deverão ser considerados factores da QDV, como sejam a dor, humor deprimido e dificuldades funcionais.

A existência de diferentes definições de QDV, reflecte-se na adopção de escalas de avaliação diferentes, conforme o modelo de QDV adoptado (Ribeiro, 2005). O grupo WHOQOL (1995; 1998) procura uma perspectiva abrangente da acção da doença nos vários aspectos da QDV do sujeito, avaliando-a relativamente aos aspectos físicos, onde inclui dor, mobilidade, sono, funcionamento sexual, e apetite e náusea, psicológicos, como a depressão, ansiedade, e adaptação à doença, sociais, nos quais se inserem as relações pessoais e sexuais, e o envolvimento nas actividades sociais e de lazer, e os ocupacionais, que são a capacidade para levar a cabo um emprego pago, e a capacidade para realizar tarefas caseiras, perspectivando uma acção dinâmica entre esses aspectos nos aspectos funcional e de incapacidade, preocupando-se com a validade transcultural da abordagem (Bennett, 2000/2002).

Vários autores referem a tendência que começou a surgir para se utilizar nos estudos instrumentos de medida genéricos que permitem avaliar as características gerais da QDV do indivíduo, aos quais se acrescentam instrumentos específicos de um determinado problema ou patologia a investigar completando os achados clínicos com impactos negativos ou positivos da intervenção (Bennett, 2000/2002; Bowling, 2001; Meneses, 2005). Estes últimos são mais sensíveis às alterações de processos clínicos particulares, ou de uma determinada população, sendo os primeiros mais úteis na medição de aspectos gerais da QDV, como a satisfação com a vida, o humor ou o suporte social, permitindo a comparação entre diferentes tipos de pacientes, e mesmo com sujeitos sem qualquer patologia (Bowling). Daí que alguns autores, como Bennett ou Bowling, sugeriram o uso de instrumentos que combinem as duas vertentes, considerando igualmente útil em determinadas situações o uso simultâneo de instrumentos dos dois tipos.

Nos instrumentos específicos de QDV relativos aos acúfenos, encontram-se algumas escalas que permitem avaliar as consequências funcionais, físicas e psicológicas da presença dos acúfenos, como é o caso do Tinnitus Effects Questionnaire, do Tinnitus Handicap Questionnaire, da Tinnitus Severity Scale, do Tinnitus Handicap Inventory e do Tinnitus Coping Style Questionnaire (Schwaber, 2003).

Bowling (2005), acrescenta que na escolha do instrumento deve-se ter em atenção outros indicadores, como a fidelidade, validade e sensibilidade da escala, bem como a sua adequação à população em estudo. O rigor científico que é exigido às medições de QDV fazem com que a sua padronização seja equivalente, ou nalguns casos mesmo melhor que a de medidas médicas tradicionais (Meneses, 2005).

Stewart et al. (1989) referem que a utilidade clínica dos instrumentos de avaliação da QDV é definida pelo interesse para o doente que se retira dos seus resultados e pela sua rapidez e facilidade de administração; que os indivíduos que apresentam patologia crónica deverão obter valores inferiores que os sujeitos que as não apresentam, constatando contudo, que tal não acontecia sempre na prática; que os valores obtidos nas diferentes áreas da saúde devem reflectir a especificidade de cada patologia; que os valores obtidos devem variar consoante a gravidade da patologia, variação que se estende ao longo do tempo, sendo que os instrumentos deverão ser sensíveis à melhoria ou eventual agravamento da situação pela acção da intervenção terapêutica.

Instrumentos de medição da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde. Os economistas da saúde desenvolveram instrumentos de avaliação que permitiam através de avaliação da QDV associada ao estado de saúde, facilitar a comparação entre os vários estudos relativos ao custo-eficácia de tratamentos. Entre estes conta-se o *Quality Adjusted Life Years* (QALY), que permite avaliar a QDVRS durante um ano, na vertente de determinado benefício decorrente de uma intervenção médica (Bowling, 2001; Ribeiro, 2005).

Outro exemplo deste tipo de instrumentos é o *Rosser Index of Disability*, desenvolvido inicialmente como indicador de desempenho hospitalar, tendo os seus autores desenvolvido posteriormente o *Questionário de Medição da Saúde*, desenvolvido para recolher dados do paciente através de auto-administração, e que se inseria nas categorias de dificuldades previamente definidas (Bowling, 2001).

O *Kaplan's Index of Well-being Scale*, desenvolvido por Kaplan et al. (1976, citado por Bowling, 2001), foi utilizado na medição do estado de saúde, sendo a base de frequentes decisões relativas a cuidados de saúde prestados a determinado doente, tendo sempre presente as alterações que esses cuidados de saúde ou eventuais tratamentos a que o indivíduo fosse sujeito provocariam na sua QDV. Baseava-se nos valores referentes à mobilidade, actividade física, actividade social e na classificação dos sintomas ou problemas de saúde numa determinada ocasião.

O *Euroqol*, apesar de frequentemente criticado pela sua fraca sensibilidade e pelo enviesamento obtido nalguns estudos, é também um instrumento utilizado para descrever a QDVRS, apresentando questões sobre o funcionamento físico, saúde mental e dor, ao que acrescenta uma escala de auto-avaliação da saúde (Bowling, 2001). Apesar de poder ser utilizado em auto-administração, a inconsistência dos resultados obtidos parece sugerir que será demasiado difícil para alguns tipos de população (Carr-Hill, 1992, citado por Bowling).

Um dos instrumentos genéricos mais utilizado e com grande número de referências é o *Short-Form 36 (SF-36)*¹, sendo utilizado em situações de comparação entre grupos pós-cirurgia, entre indivíduos de diferentes faixas etárias com uma determinada situação patológica, ou submetidos a diferentes intervenções terapêuticas, e entre pacientes com diferentes tipos de queixas ou patologias, sendo considerado eficaz na medição da QDVRS (Bennett, 2000/2002; Cunningham et al., 2003).

O grupo WHOQOL desenvolve um instrumento de medida em que avalia os domínios físico, psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o ambiente e os aspectos espirituais/ religião/ crenças pessoais na sua avaliação de

QDV (WHOQOL 1998; Fleck, Leal, et al., 1999). A sua utilização seria, na prática clínica para melhorar a relação médico doente, avaliar os resultados obtidos através da utilização de várias intervenções terapêuticas e de uma forma mais global, avaliar os serviços de saúde e as próprias políticas de saúde (Fleck, Leal et al.). Posteriormente foi criada uma versão mais curta do instrumento para ser usado em estudos epidemiológicos mais extensos (Fleck, 2000).

Os instrumentos gerais de QDV são úteis na comparação entre intervenções terapêuticas ou patologias diferentes, podendo utilizar-se escalas de domínio específico quando uma determinada área deve ser investigada por ser relevante para o estudo em causa, sendo negligenciada quer pelas escalas gerais quer pelas específicas de determinada patologia, sendo por exemplo, áreas da QDV como o funcionamento social (Bowling, 2001).

Estas últimas, sendo mais específicas, são mais sensíveis às alterações clínicas da própria patologia, mas geralmente não abordam aspectos gerais como o suporte social, o *coping* entre outros (Bennett, 2000/2002). São particularmente utilizadas na medição da QDV em pacientes com cancro, na patologia cardiovascular, na função respiratória, na dor, na função neurológica, etc. (Bennett; Bowling, 2001). Para além destas utilizam-se medidas de emoções com instrumentos como o Beck Depression Inventory, ou o HADS, ao que se podem juntar instrumentos específicos para a avaliação da memória, de alterações psiquiátricas e morbilidade psicológica (Bennett; Bowling).

2.4. Qualidade de vida em indivíduos com acufenos

As patologias crónicas, nas quais se podem incluir os acufenos, são consideradas como uma das principais ameaças para a QDV na população ocidental (Rijken et al., 2005). Estes autores referem que na Holanda, cerca de 10% da população deverá ter uma patologia crónica e que, com o envelhecimento da população, uma grande parte dos idosos terá mais do que uma situação crónica.

O impacto dessas patologias na QDV tende a ser grande, dependendo da

patologia em causa, ainda que dentro do grupo exista uma grande variabilidade no funcionamento e bem-estar, ainda por explicar, pelo que se deve atentar a sua comorbilidade (Stewart et al., 1989). No caso das patologias crónicas, a avaliação deverá ser efectuada no sentido promover a melhoria na QDV do sujeito em termos das componentes social, psicológica, além da física (Bowling, 2005). Contrariamente, Silva et al. (2003) referem que é possível ter uma doença crónica e manter uma boa QDV.

A perda auditiva é um dos problemas crónicos mais comuns nas sociedades ocidentais, particularmente entre os idosos (Joore, Potjewijd, Timmerman, & Anteunis, 2002). Chamada de presbiacusia, esta perda auditiva deve-se unicamente a factores relacionados com o envelhecimento, apesar de se pensar existir uma base genética que a pode agravar (Bess, Hedley-Williams, & Lichtenstein, 2001). Associado a este fenómeno, existem dificuldades de comunicação, que levam ao isolamento do sujeito, e, por consequência, a eventual depressão, frustração, ansiedade e solidão, com comprometimento do bem-estar social e emocional, o que também acontece com sujeitos com perda auditiva por exposição ao ruído, outro dos factores que poderá provocar os acufenos (Bess et al.; Kennedy et al., 2004). Daí a necessidade de avaliar a QDV destes sujeitos.

Frachet e Geoffroy (2001) referem que cerca de 75% dos indivíduos com queixas de acufenos apresentam perda auditiva, apontando Herraiz, Hernandez-Calvin, Plaza e De los Santos (2002) para valores ainda superiores (86%), perda auditiva que com a idade pode evoluir numa presbiacusia, pelo que mais premente se torna a avaliação da sua QDV. Por outro lado, com a idade vai surgindo o declínio não só das funções sensoriais, mas também cognitivas, pelo que os idosos com acufenos parecem sofrer mais que os mais jovens e aparentemente recebendo menos apoio que eles (Andersson, Porsaeus, Wiklund, Kaldo, & Larsen, 2005).

Dificuldades auditivas são causa de dificuldade cognitiva, pelo que a acção dos acufenos vai igualmente introduzir dificuldades semelhantes nestes sujeitos, com eventual perturbação da QDV (Hallam et al., 2004)

Davis e Roberts (1996), num trabalho efectuado no Reino Unido, verificaram que os resultados do SF-36 estavam reduzidos em todas as subescalas nos pacientes com acufenos e que quanto maior era a gravidade dos acufenos maior era a diferença entre os resultados obtidos nos doentes e na população em geral. Um trabalho semelhante foi efectuado por Wilson et al. (2002), numa clínica de acufenos, tendo-se encontrado valores semelhantes aos dos autores anteriormente referidos, verificando-se que os resultados eram piores nas subescalas de Funcionamento Social, Dor Física, Desempenho Físico e Desempenho Emocional. Os resultados onde a diferença para a população geral era menor referiam-se à subescala Saúde Geral. Os autores verificaram que a QDV inferior que eles apresentavam, era comparável à de sujeitos com dores na região lombar. Outros grupos de pacientes, com úlcera péptica, menorragia e varizes, apresentam resultados ligeiramente melhores. Dos resultados atrás referidos, os autores concluem que a diminuição da QDV (SF-36) aponta para uma interferência nas actividades sociais normais.

El Refai et al. (2004) pretenderam verificar os resultados obtidos pela intervenção terapêutica na clínica de acufenos de Nottingham e para isso avaliaram a QDV dos pacientes e seus familiares. Utilizaram um questionário para medir o grau de gravidade dos acufenos, o SF-36 e o Quality of Family Life, preenchidos pela família directa do sujeito, e que, além da informação sobre o funcionamento da família, permite verificar as alterações resultantes do processo terapêutico instituído, bem como o seu ponto de vista relativamente ao mesmo. Verificou-se uma significativa melhoria na dimensão Saúde Geral, bem como nas componentes física e mental, mas de uma forma menos evidente. No que concerne à QDV da família, o aspecto que sofreu maior alteração foi a confiança no futuro, revelando que o maior conhecimento sobre a problemática dos acufenos permite encarar melhor a sua evolução. No que se refere ao funcionamento familiar em geral, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os valores pré e pós intervenção.

Härter, Maurischat, Weske, Laszig e Berger (2004) utilizaram a HADS e o SF-36 em pacientes com acufenos, a quem foi igualmente ministrado o TQ para

aferir o grau de gravidade dos acufenos dos sujeitos. Obtiveram uma elevada correlação entre a QDV, a ansiedade e a depressão, e verificam que no SF-36, com excepção da dimensão da Função Física, todas as outras apresentam diferenças discriminativas entre os grupos extremos do TQ.

Erlandsson e Hallberg (2000) procuraram associar a QDV com factores associados aos acufenos (psicológicos, psicossomáticos e audiológicos). Na análise de regressão utilizada, verificaram que 6 das 13 variáveis utilizadas explicavam 65% da variância da QDV. Estas eram as dificuldades de concentração, sensação de estar deprimido e a percepção de atitudes negativas, dentro dos factores psicológicos, e a hipersensibilidade ao som, o nível auditivo e a duração dos acufenos, nos factores audiológicos. No entanto, os três factores psicológicos são os preditores mais significativos. Referem também que ao contrário do que seria de esperar, o facto de serem acufenos intermitentes, existirem queixas de vertigem, cefaleias ou a percepção do suporte social não são preditores significativos na regressão.

Kennedy et al. (2004) dizem que os aspectos da QDV afectados pela percepção dos acufenos variam entre indivíduos, mas que os aspectos psicológicos, particularmente os emocionais, além do impacto no estilo de vida, problemas relacionados com o sono e alterações auditivas e na saúde são os mais comuns. Sabendo que a escolha do modelo de avaliação poderá interferir com o projectar de uma potencial reabilitação, procuram determinar quais as medições que poderão ser mais eficazes para este aspecto. O SF-36 será uma boa medida genérica de QDV em sujeitos com acufenos, pela sua grande sensibilidade a pequenos níveis de morbilidade, o que se torna igualmente importante na avaliação da eficácia das intervenções utilizadas (Ware & Kosinsky, 2001; Kennedy et al.).

Davis, Morgan e Sirois (2002) procuram avaliar a QDV de sujeitos com acufenos utilizando medidas de bem-estar baseadas num questionário desenvolvido por Ryff et al. na Universidade de Winsconsin, combinando-os com escalas de depressão, tendo verificado a existência de uma forte correlação entre ambos, com sentidos opostos, em que valores elevados de depressão teriam

associados valores baixos de bem-estar.

Holgers et al., (2005) utilizam o NHP como instrumento clínico para verificar a existência de depressão ou ansiedade, factores de predisposição para desenvolver acufenos de grau severo.

O NHP foi igualmente utilizado em outros estudos, no entanto, Kennedy et al. (2004) referem que o SF-36 será mais sensível às alterações da QDV, particularmente com populações específicas e com idosos. A utilização prévia do SF-36 noutros estudos da QDV em pacientes com acufenos é um indicador que permite estabelecer algumas comparações dos resultados obtidos.

Existem muitos elementos de avaliação específica dos acufenos que permitem efectuar uma avaliação dos efeitos dos acufenos na QDV do sujeito, apesar de não terem sido construídos especificamente para tal (Kennedy et al., 2004). Os autores categorizam as questões dos vários questionários de forma a encontrarem aspectos comuns que permitam a comparação entre eles. Dividem-nas na categoria psicológica, impacto no estilo de vida, percepção auditiva, efeitos na saúde, e mesmo questões mais específicas, como sobre o sono. Dos sete instrumentos analisados, os autores verificam que o THI e o Tinnitus Reaction Questionnaire são os que apresentam uma melhor relação com os aspectos psicológicos, particularmente de tipo emocional, bem como no impacto no estilo de vida.

Da avaliação efectuada, os autores concluíram que os efeitos da presença dos acufenos percebidos pelos pacientes teriam um impacto acentuado em várias dimensões da sua vida, logo, afectando a sua QDV (Kennedy et al, 2004). Acrescentam ainda que abordagens específicas como a que é utilizada em indivíduos com dor crónica, pode ser útil para compreender e estabelecer intervenções de tipo comportamental, inclusivamente através de intervenções biopsicossociais estruturadas para as dificuldades de cada paciente com acufenos.

As variáveis psicossociais mais comprometidas são a concentração, a irritabilidade e problemas de sono, que podem estar ligadas a alterações do humor ou ser decorrentes da presença de acontecimentos de vida negativos (Kennedy et

al., 2004). A estes aspectos tem de se acrescentar a falta de explicação sobre o que causa o problema, a inexistência de cura na grande maioria das situações, que não desaparece, o medo de enlouquecer manifestado por vários pacientes, aspectos que podem desenvolver a percepção da presença dos acufenos em queixas graves dos acufenos (Kennedy et al.). Sendo as atitudes e as avaliações que o sujeito faz relativas à sua saúde, aos acufenos e, em última instância, à própria vida que fazem a diferença no que se refere à valorização da presença dos acufenos, não se deve esquecer que estes factores são, pelo menos potencialmente, alteráveis (Davis, Morgan, & Sirois, 2002).

A existência de hiperacusia afecta as actividades diárias do sujeito, sendo uma queixa com maior incidência nas mulheres e em indivíduos normoouvintes (Herraiz et al, 2002)

Andersson (2000) verifica que, com o tempo, existe uma deterioração relativamente à componente ocupacional dos sujeitos com acufenos, verificando que diminui o número de empregados a tempo inteiro, com o conseqüente aumento de sujeitos reformados, mas também que muitos desses sujeitos passam a realizar somente trabalho temporário. Curiosamente, o número de desempregados diminui ao longo do estudo.

2.5. Qualidade de vida percebida por outros significativos dos doentes

As primeiras avaliações relativas à QDV, particularmente na relacionada com a saúde, eram efectuadas pelos clínicos que acompanhavam o paciente (Ribeiro, 2005). Só posteriormente foram administrados instrumentos de avaliação em auto-administração (Ribeiro). Contudo, a concordância entre os valores da avaliação da QDV efectuada pelo próprio sujeito, e a que é percebida pelos que lhe são próximos (outros significativos), ou pelos profissionais de saúde ou cuidadores é baixa (Bechi et al., 2004; Ribeiro, 2005; Seidl & Zannon, 2004). Neste sentido verifica-se que a auto-administração é uma característica operacional que acompanha a QDV (Ribeiro, 2005).

Sendo assumido que a fonte de informação mais apropriada para recolher dados sobre a QDV de um sujeito é o próprio, este processo é geralmente demorado e exigente para ele, pelo que nem sempre é possível obter a sua cooperação, particularmente quando está debaixo de forte distúrbio emocional, perturbação cognitiva, ou pela existência de alguma barreira linguística (Wilson, Dowling, Abdolell e Tannock, 2000).

Assim, os seus acompanhantes, familiares ou outros significativos, podem ser a fonte da informação relativa ao paciente, podendo fazê-lo, provavelmente, de uma forma mais correcta que os profissionais de saúde (Wilson et al., 2000). Parece existir uma concordância entre os valores de QDV obtidos pelos pacientes e pelos seus cuidadores nas dimensões observáveis e concretas, como é o caso do funcionamento físico, existindo menor concordância nas dimensões subjectivas, como é o caso da saúde mental (Sprangers & Aaronson, 1992; citados por Wilson et al).

Outros estudos referem que os acompanhantes tendem a ter uma visão mais pessimista, ou subvalorizada da QDV dos pacientes, particularmente nos domínios psicossociais (Trail, Nelson, Van, Appel, & Lai, 2003; Wilson et al, 2000). No entanto, os resultados da avaliação da QDV dos pacientes obtidos através da percepção dos acompanhantes são mais concordantes do que os obtidos pelas respostas dos seus clínicos ou outros profissionais de saúde (Ribeiro, 2005).

Gil, Abergel, Spektor, Khafifi e Fliss (2004) realizam um estudo em pacientes após cirurgia da base do cérebro, verificando que a concordância global entre os resultados obtidos pelas respostas dos pacientes e dos seus cuidadores era significativa, mas menor na componente emocional, não havendo concordância relativamente à dor. No que concerne a percepção dos cirurgiões, não existia qualquer concordância entre esta e a dos pacientes. Assim, deve-se reservar a utilização da avaliação da QDV dos pacientes através das informações prestadas pelos seus cuidadores para as situações em que o paciente não pode colaborar na avaliação por se encontrar muito débil, ou não apresentar capacidades cognitivas para o fazer (Bechi et al., 2004; Gil et al.).

Num estudo realizado em pacientes com demência, Snow et al. (2005)

verificam que a depressão pode desempenhar um papel importante na QDV, algo já anteriormente referido, uma vez que os pacientes que apresentavam menor tendência depressiva apresentavam maiores resultados de QDV, e que a percepção da QDV dos pacientes avaliada pelos seus acompanhantes era maior quando estes tinham menores valores de depressão e o estado funcional dos pacientes era mais elevado.

Neste contexto, é de sublinhar que não parece existir correlação entre a QDV dos pacientes e dos seus cuidadores, verificando Lo Coco et al. (2005) que uma melhor QDV do cuidador não influencia a QDV do paciente.

Kennedy et al. (2004) verificam que os indivíduos com acúfenos que têm a sensação de que os outros significativos não lhe prestam suficiente atenção, ou que banalizam os seus acúfenos, podem exacerbar a sensação e as queixas dos acúfenos devido a este facto, penalizando a sua QDV. Por outro lado, muitos doentes não têm o apoio de que necessitam, sentem-se sós e afastam-se socialmente (Davis et al., 2002).

Esta relação entre a percepção que os significativos têm do problema, mas sobretudo da QDV do paciente, será um aspecto que se pretende explorar neste estudo.

3. CONTRIBUTO EMPÍRICO

3.1. Objectivos, hipóteses e variáveis do estudo

Com base em reflexões clínicas apresentadas na Introdução, e nos resultados da pesquisa bibliográfica que se lhe seguiu, e que foi anteriormente apresentada, delinearão-se os objectivos do presente estudo que se seguem:

1. Conhecer a QDV de indivíduos portugueses com queixas de acufenos, seguidos em Consulta de ORL de Hospitais públicos portugueses;
2. Comparar a QDV desses indivíduos com a da população geral Portuguesa;
3. Explorar as relações entre a QDV e variáveis sócio-demográficas;
4. Explorar as relações entre a QDV e variáveis clínicas;
5. Procurar os melhores preditores sócio-demográficos e clínicos da QDV nesses indivíduos;
6. Explorar a relação entre a QDV percebida pelo doente e pelo seu acompanhante;

Com base nestes objectivos foram elaboradas as seguintes hipóteses:

1. Os sujeitos com acufenos devem apresentar pior QDV do que a população geral (Davis & Roberts, 1996; Wilson et al., 2002);
2. A existência de hiperacusia é um dos preditores da QDV dos sujeitos com acufenos (Erlandsson & Hallberg, 2000);
3. O nível médio da audição é um dos preditores da QDV dos sujeitos com acufenos, piorando com a diminuição do nível de audição (Erlandsson & Hallberg, 2000);
4. A duração dos acufenos é um dos preditores da QDV, melhorando com o decorrer do tempo (Erlandsson & Hallberg, 2000);
5. A percepção de QDV dos sujeitos com acufenos será inferior à percepção que os seus significativos revelam (Kennedy et al., 2004).

Da revisão bibliográfica efectuada, e dos dados empíricos decorrentes do contacto com os sujeitos com queixas de acufenos que são regularmente observados no âmbito da consulta de ORL, a hipótese que se coloca, é de que eles terão uma QDV menor do que os sujeitos da população portuguesa.

A variável principal neste estudo é a QDV de sujeitos com queixas de acufenos, avaliada através do SF-36 (doente e acompanhante) e do THI (doente).

As variáveis secundárias são variáveis sócio-demográficas e variáveis clínicas (cf. Anexo A). As variáveis sócio-demográficas são: sexo, idade, estado civil, profissão, situação profissional e escolaridade, as variáveis clínicas, a duração dos acúfenos, tipo de acúfenos (permanentes ou intermitentes), localização dos acúfenos, presença de sensação de hiperacusia (sensibilidade aumentada ao ruído), presença de desequilíbrio e de algum *problema nervoso*. Aos sujeitos que referem apresentar algum *problema nervoso*, são colocadas questões adicionais, que correspondem a outras tantas variáveis: relação entre o *problema nervoso* e os acúfenos, recurso a consulta ou medicação para o problema, manutenção do *problema nervoso* e da terapia/medicação. Outra variável clínica em estudo é o nível de audição dos sujeitos, medido através do exame audiométrico.

3.2. Método

3.2.1. Participantes

Participaram no presente estudo 74 indivíduos com queixas de acúfenos que frequentavam a Consulta de ORL de vários hospitais públicos do país (amostra clínica) e 19 dos seus acompanhantes (amostra de acompanhantes). A Tabela 2 apresenta os hospitais de proveniência dos participantes.

Tabela 2 - Hospitais de proveniência dos participantes

Hospitais¹

Amostra

	Clínica	acompanhantes
Hospital Militar Regional Nº1 - Porto	37	12
Hospital Geral de S.to António - Porto	10	1
Centro Hospitalar de Gaia	2	1
Hospital de Padre Américo - Penafiel	1	1
Hospital Distrital de Faro	3	1
Hospital dos Covões – C. H. de Coimbra	11	3
Hospital de São Sebastião – S.ta M. ^a da Feira	4	-
Hospital de Pedro Hispano - Matosinhos	6	-
Total	74	19

¹Foram contactados unicamente os hospitais acima indicados por existirem relações anteriores de trabalho e/ou pessoais com os Audiologistas e os Directores do Serviço de ORL respectivos, o que facilitou e agilizou a obtenção da autorização para a realização do trabalho, tendo permitido um substancial ganho de tempo na obtenção das resposta às solicitações efectuadas.

Os critérios de exclusão da amostra clínica foram: existência de deficiência mental, perturbação de linguagem, ou antecedentes de doença psiquiátrica grave, que impedisse a recolha de dados, ou que pudesse de alguma forma interferir com os resultados a obter, ou alterações cognitivas ou espacio-temporais que limitassem a capacidade de colaboração do sujeito. Foi igualmente tido como factor de exclusão a existência de patologia do ouvido médio que fosse a causa dos acufenos e que tivesse tratamento terapêutico ou cirúrgico. Todos os indivíduos (ambas as amostras) tinham de apresentar capacidade suficiente para poderem preencher ou colaborar no preenchimento dos questionários.

Dos 74 elementos da amostra clínica, metade dos sujeitos ($n=37$) era do sexo masculino, maioritariamente casados ($n=56$), apresentando uma média de idades de 55,63 anos (DP=13,65; 18-79) e uma escolaridade média de 7,08 anos (DP=4,54; 1-20). Na amostra de acompanhantes 10 sujeitos eram do sexo masculino, maioritariamente casados ($n=15$), com uma idade média de 51,5 anos (DP=17,8; 26-78), e uma escolaridade média de 8,42 anos (DP=4,54; 4-18). A caracterização sócio-demográfica das amostras está apresentada na Tabela 2.

Relativamente à profissão, foi utilizada a Classificação Nacional de Profissões, tendo-se verificado uma grande dispersão entre as várias categorias.

No entanto, os grupos onde se incluem vendedores e agentes de segurança, com 25,6%, e o dos operários, com 23,3% foram os que apresentaram maior frequência de sujeitos (Anexo M), enquanto que nos acompanhantes foram também os vendedores e agentes de segurança (31,6%), seguidos pelo grupo do pessoal administrativo (21,1%) as profissões mais frequentes (Anexo N).

Tabela 3 - Caracterização sócio-demográficas das amostras

Variáveis sócio-demográficas	Sujeitos com acufenos <i>n</i> (%)	Acompanhantes <i>n</i> (%)
Sexo		
Masculino	37 (50%)	10 (52,6%)
Feminino	37 (50%)	9 (47,4%)
Estado Civil		
Casado/União de Facto	56 (75,7%)	15 (78,9%)
Divorciado	6 (8,1%)	-
Solteiro	5 (6,8%)	4 (21,1%)
Viúvo	6 (8,1%)	-
Situação profissional		
Tempo inteiro	24 (32,9%)	7 (36,8%)
Tempo parcial	1 (1,4%)	-
Reforma antecipada	4 (5,5%)	-
Reforma não antecipada	13 (17,8%)	5 (26,3%)
Pensão de invalidez	4 (5,5%)	1 (5,3%)
Desempregado	6 (8,2%)	2 (10,5%)
Doméstica	17 (23,3%)	2 (10,5%)
Estudante	3 (4,1%)	-
Trabalhador-Estudante	1 (1,4%)	2 (2,7%)

Na Tabela 3 encontra-se igualmente representada a amostra de acompanhantes em termos de características sócio-demográficas, verificando-se que a sua distribuição relativamente ao sexo é equilibrada (10 Homens / 9 mulheres), sendo maioritariamente sujeitos casados ou em união de facto (78,9%), com uma distribuição profissional onde o maior número de sujeitos pertencia ao grupo dos vendedores e agentes de segurança, seguidos pelos sujeitos do grupo do pessoal administrativo. Relativamente à situação profissional, o grupo mais

numerosos era o dos trabalhadores a tempo inteiro, seguido pelos reformados (reforma não antecipada). Todos os acompanhantes eram familiares do sujeito alvo da avaliação. Destes, nove referem que passam todo o dia com o paciente, dois passam entre 8 e 12 horas, dois entre 4 e 8 horas, e seis menos de 4 horas.

A caracterização clínica da amostra clínica está presente na Tabela 4. Verifica-se que a duração média dos acúfenos era de 8,72 anos (DP=9,55; 1-46). Estamos perante uma amostra com sujeitos que apresentam sobretudo acúfenos desde há longa data, sendo pois crónicos, e provavelmente resistentes à medicação.

Mais de dois terços dos sujeitos referem ter sensação permanente dos acúfenos, com uma localização bilateral e unilateral equivalente. A sensação de hiperacusia é igualmente muito frequente nos elementos da amostra.

Tabela 4 - Caracterização clínica da amostra

Variáveis clínicas	Sujeitos com acúfenos (n=74) n (%)
Tipo de acúfenos	
Permanentes	51 (68,9%)
Intermitentes	23 (31,1%)
Localização dos acúfenos:	
Ouvido Direito	9 (12,2%)
Ouvido Esquerdo	17 (23,0%)
Nos dois ouvidos	26 (35,1%)
Cabeça	11 (14,9%)
Cabeça e ouvidos	11 (14,9%)
Sensação de hiperacusia:	
Com incómodo	58 (78,4%)
Sem incómodo	16 (21,6%)
Problemas de equilíbrio:	
Sim	41 (55,4%)
Não	33 (44,6%)

No questionário era igualmente pedido ao sujeito algumas informações sobre a eventual existência de problemas nervosos ou emocionais. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 - Descrição da amostra para as questões relativas à eventual existência de problemas nervosos ou emocionais

Variáveis clínicas	Sujeitos com acúfenos
Problemas nervosos (n=73):	
Sim	46 (63%)
Não	27 (37%)
Relação com acúfenos (n=46):	
Sim	17 (37,2%)
Não	29 (62,8%)
Mantém-se o problema nervoso (n=22):	
Sim	19 (86,4%)
Não	3 (13,6%)
Teve consulta ou fez medicação para esse problema (n=22)	
Sim	19 (86,4%)
Não	3 (13,6%)
Mantém a terapia (n=20):	
Sim	13 (65%)
Não	7 (35%)

O nível de audição médio foi de 30,87 dB (4,1-72,6) com DP=14,67, com uma distribuição relativa aos seus graus de gravidade como se demonstra na Tabela 6.

Tabela 6 - Perda auditiva segundo a classificação BIAP 02/01

Nível de Perda Auditiva (n=74)	Sujeitos com queixas de acúfenos
Audição normal	20 (27%)

Deficiência auditiva ligeira	34 (45,9%)
Deficiência auditiva média (grau I)	17 (23%)
Deficiência auditiva média (grau II)	2 (2,7%)
Deficiência auditiva severa (grau I)	1 (1,4%)

3.2.2. Material

Questionário Sócio-demográfico e Clínico. No sentido de facilitar a recolha dos dados relativos ao doente, foi construído um Questionário Sócio-demográfico e Clínico para a recolha deste tipo de dados (Anexo A). Com o mesmo propósito, foi igualmente criado um Questionário Sócio-demográfico para o acompanhante (Anexo B).

Doente - Uma vez que nem sempre era possível ter acesso ao processo clínico do doente, e que em muitos casos este era omissivo relativamente a dados tidos como importantes para a sua caracterização (mesmo referentes à presença dos acúfenos), elaborou-se um questionário a ser preenchido pelo próprio.

O Questionário referente ao paciente inclui questões relativas à sua caracterização sócio-demográfica como o sexo, a idade, o estado civil, a profissão e respectiva situação profissional, e a escolaridade em número de anos concluídos, ou último ano frequentado. Procura-se igualmente fazer uma caracterização clínica dos indivíduos, incluindo-se questões relativas à duração dos acúfenos, seu tipo, localização, incómodo provocado por ruídos fortes ou ambientes com elevado ruído e queixas de desequilíbrio ou vertigem, aspectos importantes, segundo Araújo e Escada (2003), na anamnese destes sujeitos. Incluem-se igualmente questões que permitem averiguar um eventual problema psicológico, percepção da relação entre este e a presença dos acúfenos e gestão do mesmo.

Acompanhante - O Questionário Sócio-Demográfico do acompanhante resumia-se à sua caracterização com dados referentes ao sexo, à idade, estado civil, profissão e respectiva situação profissional, bem como os anos de escolaridade, pedindo-se também para indicar qual a afinidade com o paciente e quantas horas eram passadas diariamente com ele.

Qualidade de Vida. Para a avaliação da QDV foi utilizada a versão 2 do SF-36 (Anexo C), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ferreira (2000a, 2000b; Ferreira & Santana, 2003). Este é um questionário conciso, com robustez psicométrica, constituído por 36 questões com escalas de resposta de tipo Likert, com três, cinco ou seis opções, dependendo das questões, agrupáveis em oito escalas: Função Física, que mede o impacto das limitações físicas na QDV; Desempenho Físico, que mede o impacto das limitações devido a problemas físicos no que se refere ao tipo e quantidade de trabalho executado na QDV do sujeito; Dor Física, que se focaliza na intensidade, desconforto e relativa interferência no trabalho normal, pela presença de dor; Saúde em Geral, que representa a percepção global da saúde; Vitalidade, com os níveis de energia e fadiga; Saúde Mental, onde são focados a ansiedade, depressão e bem-estar psicológico; Desempenho Emocional, que mede o impacto na QDV devido a problemas emocionais relativamente ao tipo e quantidade de trabalho realizado; e Função Social, que se centra nas actividades sociais, quanto à sua qualidade e quantidade, e de que forma os problemas físicos e emocionais interferem com essas actividades, retirando-se ainda um indicador de Mudança de Saúde – item 2; pode-se obter das oito escalas a Componente Física e a Componente Mental da QDV do sujeito, num total de 11 indicadores de QDV (Bowling, 2005; Ferreira, 2000a; Ferreira & Santana, 2003; Ware, Kosinski, & Gandek, 2005).

Relativamente às suas propriedades psicométricas, verifica-se que nos testes de validade possibilita a distinção entre grupos com morbilidades físicas, sendo a sub-escala funcional a que apresenta melhores resultados, enquanto que nas morbilidades de saúde mental é a sub-escala de saúde mental que melhor se comporta a esse nível (Bennett, 2000/2002; Bowling, 2001). São inúmeros os exemplos, um pouco por todo o lado que confirmam a boa capacidade psicométrica do instrumento (Bowling). Os resultados obtidos por Ware (citado por Bennett; e por Bowling) apontam para níveis de teste/reteste entre 0,43 e 0,90, níveis de consistência interna entre 0,62 e 0,94, e uma consistência interna entre as várias dimensões com alfas de Cronbach a variarem entre os 0,76 e 0,90.

A opção pela utilização do SF-36v2 deveu-se, por um lado, ao facto de ser

um instrumento genérico para a avaliação da QDV, utilizado em quase todo o mundo, desde os Estados Unidos da América, onde continua a ser desenvolvido (Ware et al., 2005), a Portugal, onde ambas as versões já se encontram validadas (Ferreira, 2000a; 2000b; Ferreira & Santana, 2003; Ribeiro, 2005), até áreas mais distantes do globo, e tradicionalmente com menor produção científica nesta área, como o caso do Irão (Eshagi, Ramezani, Shahsanaee, & Pooya, 2006), sendo utilizado frequentemente em conjunto com medidas específicas numa determinada área ou patologia (Bowling, 2001; Meneses, 2005; Stansfeld, Roberts, & Foot, 1997; Ware & Kosinski, 2001a).

Entre estas encontra-se a avaliação da condição respiratória (Bowling, 2001), da diabetes (Silva et al., 2003), da função neurológica (Bowling), onde se incluem patologias como a epilepsia (Jacoby, Baker, Steen, & Buck, 1999; Meneses, 2005), ou a Doença de Parkinson (Hobson & Meara, 1997), bem como, entre outras, patologias da coagulação sanguínea (Solovieva et al., 2004).

Adicionalmente, o SF-36v2 parece ser mais sensível a menores níveis de morbidade do que outros instrumentos de QDV frequentemente citados na literatura, como, por exemplo, o EuroQol (Brazier, Walters, Nicoll, & Kohler, 1996). Alguns estudos, demonstram que apresenta uma elevada percentagem de ausência de respostas, tendo como consequência resultados incompletos em algumas dimensões, particularmente em sujeitos com mais de 65 anos (Bowling, 2005). Ficou também demonstrado que a existência de limitações cognitivas leva a uma diminuição dos níveis de confiança associados ao teste.

No entanto, tem sido utilizado também em estudos relativos à presença de acúfenos, o que permite uma comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os de outros estudos (Davis & Roberts, 1996; El Rafaie et al., 1999; Kennedy et al., 2004; Wilson et al., 2002).

Por outro lado, o SF-36v2 pode ser utilizado em estudos prospectivos em larga escala, particularmente em patologias crónicas, o que poderá ser útil em reavaliações posteriores (Myint et al., 2005). Permite igualmente verificar o resultado das intervenções utilizadas para a patologia ou queixa em causa (Wilson et al., 2002).

Será no entanto, útil, completar os resultados através de uma medida específica que permita identificar eventuais efeitos nefastos que surgem especificamente pela presença dos acufenos (Bowling, 2001; Kennedy et al., 2004; Meneses, 2005; Stansfeld et al., 1997; Ware & Kosinski, 2001a).

Uma das formas de tentar obter informações relativas aos acufenos, particularmente na avaliação do seu grau de gravidade e das dificuldades que o sujeito apresenta pela sua presença é recorrendo a questionários ou entrevistas (McCombe et al., 2001; Sandlin & Olsson, 2000). Têm sido cada vez mais utilizados na medição do grau de gravidade dos acufenos e seu efeito nas áreas social, de saúde e psicológica do indivíduo, particularmente nesta última área, já que diversos autores, como foi anteriormente referido, verificaram a associação entre altos níveis de ansiedade e depressão e as queixas de acufenos (por exemplo, Kennedy et al., 2004; McCombe et al.; Oliveira & Trigueiros-Cunha, 2002). Se por um lado, devido a esta associação, é frequente a inclusão de escalas de medição psicológica, particularmente da depressão e da ansiedade, os instrumentos específicos podem ser importantes no planeamento de estratégias de reabilitação e na avaliação da sua eficácia (Kennedy et al.; Oliveira & Meneses, 2006a).

Existem vários instrumentos de tipo questionário, sendo o THI (Anexo D) um desses instrumentos específicos para a avaliação dos acufenos, sendo largamente utilizado em vários contextos, e traduzido e adaptado em várias línguas (Aksoy, Firat, & Alpar, 2006; Andersson, Baguley et al., 2005; Ferreira, Cunha, Onishi, Branco-Barreiro, & Ganança, 2005; Herráiz, Hernández-Calvín, Plaza, Tapia, & de los Santos, 2001; Newman et al., 1996; Zachariae et al., 2000).

O THI é composto por 25 questões directamente relacionadas com a presença dos acufenos, para as quais o sujeito tem três alternativas de resposta, que na versão original em Inglês norte-americano são *Yes*, *Sometimes* e *No*, e na versão portuguesa *Sempre*, *Por Vezes* e *Nunca* (Newman et al., 1996, Oliveira & Meneses, 2006b; Oliveira & Meneses, 2006c).

Apresenta algumas vantagens, destacando-se o ser breve e fácil de administrar (podendo ser de auto-administração), apresentando igualmente uma

cotação fácil e rápida de realizar, sendo os seus resultados também fáceis de interpretar (Heller, 2003; Newman et al., 1996). A estes aspectos, acrescenta-se o facto de ser psicometricamente robusto, permitindo quantificar o impacto dos acufenos na vida diária do indivíduo, dando particular importância às alterações de tipo comportamental que daí podem surgir (Newman et al.). Apresenta validade convergente ($r=.78$ $p<.001$) para o Tinnitus Handicap Questionnaire, validade de constructo e fidelidade teste-reteste satisfatórias (McCombe et al., 2001; Newman et al.). O alfa de Cronbach para os 25 itens da escala original foi de 0,93, variando entre 0,56 e 0,87 nas respectivas sub-escalas (Tabela 8).

Se a estes aspectos se acrescentar que a validade de constructo foi calculada com recurso ao Beck Depression Inventory, ao Modified Somatic Perception Questionnaire e à escala de classificação de sintomas (incómodo, perturbação do sono, depressão e concentração), só apresentando correlação significativa com estes últimos, pode-se considerar que se está perante um instrumento de QDV específico, uma vez que "se apresenta direccionado para o impacto da condição e tratamento no funcionamento emocional e físico do paciente e seu estilo de vida", no caso concreto os acufenos (Bowling, 2001; Heller, 2003).

Nos resultados obtidos por Newman et al. (1996) verificaram-se amplos desvios-padrão, semelhantes aos encontrados para o SF-36v2 (Ferreira & Santana, 2003), que são interpretados como sendo inerentes às múltiplas e variadas reacções individuais aos acufenos. Os autores fazem referência ao mal-estar provocado nos pacientes pelas alterações do sono, depressão e dificuldades de concentração. O THI apresenta como principal crítica o facto de se centrar particularmente na medição de reacções psicológicas à presença dos acufenos, negligenciando outras áreas (Andersson, Baguley, et al., 2005). Daí a necessidade de recorrer a um outro instrumento (SF-36v2).

O THI apresenta 3 subescalas que são a funcional, a emocional, e a catastrófica (Newman et al., 1996). A subescala funcional avalia os aspectos de concentração, particularmente na leitura, dificuldades nas actividades sociolaborais, a acuidade auditiva e o sono, avaliando a subescala emocional os

aspectos ligados às respostas afectivas, de que fazem parte a frustração, ansiedade, nervosismo, depressão, insegurança, e eventuais dificuldades que surjam no relacionamento familiar ou com os amigos, referindo-se a subescala catastrófica ao nível de desespero e de incapacidade para enfrentar o problema, ou outras sensações negativas a ele associadas (Ferreira et al., 2005; Herraíz et al., 2001; Oliveira & Meneses, 2006b).

Um dos aspectos que torna o THI como um dos instrumentos mais úteis e pertinentes para a avaliação dos acúfenos prende-se com a recomendação feita por um grupo de trabalho criado em 1999 pela Associação Britânica de Otorrinolaringologistas e Cirurgiões de Cabeça e Pescoço, no sentido de encontrar referências para quantificar o grau de gravidade dos acúfenos (McCombe et al., 2001). Estes autores sugeriram o uso do THI para este efeito, sendo recomendada a sua utilização para propósitos de investigação, e construída uma escala que pretende quantificar a gravidade dos acúfenos em cinco pontos: reduzido, ligeiro, moderado, severo e catastrófico, devendo estes dois últimos ser, por definição epidemiológica, muito raros (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - *Grau de Gravidade dos Acúfenos (McCombe et al., 2001)*

Grau de gravidade dos Acúfenos	Descrição
Grau I (0-16) - Reduzido	Só perceptível em ambientes sem ruído. Sem perturbações evidentes.

Grau II (18-36) - Ligeiro	Facilmente mascarado pelos ruídos ambiente, e esquecido com as actividades diárias. Pode eventualmente interferir com o sono.
Grau III (38-56) - Moderado	Perceptível até em ambientes com algum ruído. As tarefas diárias não são perturbadas, interferindo com o sono e com actividades realizadas em silêncio.
Grau IV (58-76) - Severo	Interferência com quase todas as actividades diárias, particularmente com as que decorrem em ambientes sossegados.
Grau V (78-100) - Catastrófico	Todos os sintomas associados aos acufenos estão presentes, sendo de prever uma eventual presença de psicopatologia associada.

Não havendo, à data de início da presente investigação, qualquer versão Portuguesa padronizada (e autorizada) deste instrumento, considerou-se pertinente iniciar o processo da sua adaptação (Oliveira & Meneses, 2006b; Oliveira e Meneses, 2006c). Assim, foi pedida autorização para a realização de uma adaptação, e conseqüente versão portuguesa, ao autor da versão original (americana), processo que foi desenvolvido na fase inicial da investigação (Anexo E). Posteriormente, verificou-se a existência de uma adaptação do THI para o Português Brasileiro (Ferreira et al., 2005).

Foram tidas em conta as directrizes de Ribeiro (1999) no processo de adaptação, que passou por várias fases. Mais concretamente, foram efectuadas duas traduções do THI, uma por um perito na problemática dos acufenos e outra por um perito em traduções da língua inglesa, particularmente na área da saúde. Ambas as traduções foram administradas a dois sujeitos com queixas de acufenos, para determinar eventuais dificuldades práticas, particularmente de interpretação. O tempo de preenchimento oscilou entre os 6 e os 10 minutos.

Destas duas traduções, foram efectuadas retroversões por um técnico de saúde, não especialista na matéria, mas com bom domínio das línguas em causa. Finalmente, foi realizada uma versão de consenso por outro indivíduo com domínio das línguas em questão e de técnicas de adaptação de instrumentos psicossociais. Também esta versão foi “testada” em dois sujeitos.

Foram efectuadas algumas alterações na estrutura do THI, autorizadas pelo autor, no sentido de facilitarem a sua utilização em auto-administração. Apesar da sua utilização em auto-administração, o seu preenchimento não suscitou grandes dificuldades, mesmo em sujeitos de baixa escolaridade, tendo-se verificado largos desvios-padrão nos primeiros resultados obtidos, conforme na versão original (Oliveira & Meneses, 2006c).

De referir que, nos primeiros resultados ($n=55$) obtidos com a versão Portuguesa do THI, não se verificaram correlações estatisticamente significativas (Spearman) entre o THI-Total e: a idade, perda auditiva ou escolaridade (Oliveira & Meneses, 2006b; Oliveira e Meneses, 2006c), o que vai de encontro ao estudo de Newman, et al. (1996). Inversamente, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o THI-Total e a duração dos acufenos ($r(55)=.310$, $p=.021$), sendo que os indivíduos com acufenos há mais tempo apresentavam maior incapacidade, algo que não é referido na literatura consultada. Verificaram-se ainda diferenças em função do género: as mulheres ($M=55,04$) relataram mais incapacidade do que os homens ($M=39,93$), de acordo com o THI-total ($t(2)=-.307$, $p=.022$), como referem Frchet e Geoffray (2001). No entanto, com o aumento do efectivo as relações alteraram (cf. Capítulo 4).

A versão portuguesa do THI apresentou boa consistência interna, com valores semelhantes aos encontrados quer na versão original, quer nas traduções analisadas (cf. Tabela 8) (Oliveira & Meneses, 2006b; Oliveira e Meneses, 2006c). Na Tabela 9 é apresentada uma comparação das médias dos resultados obtidos em vários trabalhos efectuados onde foi utilizado o THI. Relativamente aos valores do estudo original encontramos valores médios aumentados nas outras traduções, sendo tal facto justificado por estarmos perante amostras de tipo diferente (Zachariae et al, 2000).

Tabela 8 - *Consistência Interna (alpha de Cronbach) da Versão Original e de Várias Traduções*

THI	Original	Dinamarca	Espanha	Portugal <i>n=55</i>	Portugal <i>n=74</i>
Total	0,93	0,93	0,90	0,86	0,94
Funcional	0,86	0,87	0,85	0,83	0,87

Emocional	0,87	0,88	0,85	0,79	0,89
Catastrófica	0,68	0,74	0,42	0,53	0,72

Tabela 9 - Médias da Versão Original e de Várias Traduções

THI	Original	Dinamarca	Espanha	Portugal n=55	Portugal n=74
Total	25,4	40,0	44,0	46,8	47,6
Funcional	11,0	19,8	?	20,6	20,6
Emocional	8,2	9,6	?	16,6	17,2
Catastrófica	6,1	8,5	?	9,7	9,8

Avaliação auditiva. A avaliação auditiva é possível recorrendo a vários testes, dependendo do protocolo adoptado por cada Serviço de ORL dos hospitais que aceitaram colaborar na recolha dos dados do presente estudo.

Para a medição dos níveis de audição de cada sujeito, foi decidido utilizar o audiograma tonal, incluído no protocolo de rotina de todos os hospitais, e que é considerada a prova inicial e a base da avaliação audiométrica (Courtat, Elbaz, François, Ohresser, & Leca, 1995; Roeser, Buckley, & Stickney, 2000; Yantis, 1999). Além da quantificação do nível auditivo, o audiograma tonal permite realizar uma abordagem qualitativa, no sentido de permitir um diagnóstico diferencial entre patologia de transmissão, localizada nos Ouvidos Externo e/ou Médio e patologia neurosensorial, de origem no Ouvido Interno ou em estruturas retrococleares da audição (Courtat et al.; Portmann & Portmann, 1979; Roeser et al.). É com base nos resultados da audiometria tonal que será decidido que testes supralimiais deverão ser utilizados, bem como os níveis de intensidade a que serão realizados, permitindo igualmente verificar qual a evolução da sua audição (Courtat et al.).

A audiometria tonal é realizada com tons puros de frequência única, sendo a estimulação normalmente intermitente, para facilitar a sua percepção (Yantis, 1999). O nível mínimo de audição é encontrado para cada frequência (entre os 126, e os 8192 Hz), com aumentos de uma oitava, no valor que representa 50% de estimulações percebidas pelo sujeito, pressupondo-se que são efectuadas várias repetições de um mesmo tom (Courtat et al., 1995; Yantis). Os valores obtidos são registados num gráfico, construindo-se uma curva audiométrica para

cada um dos ouvidos em cada sujeito (Medrano & Medrano, 2003). Obtém-se pois um gráfico de dupla entrada, com as frequências em Hz, no eixo horizontal, e as intensidades, expressas em decibéis (dB), no eixo vertical (Anexo F).

Sempre que necessário, são utilizadas técnicas de mascaramento, que servem para evitar a transposição transcraniana do som, que pode ocorrer em situação de assimetria do nível auditivo, que terá como consequência que um sujeito com uma perda auditiva muito acentuada num ouvido percepcione o som emitido nesse ouvido na cóclea do ouvido oposto, através da vibração dos ossos cranianos, pelo que se irá colocar um som de intensidade elevada no ouvido que não está a ser testado, de forma a que não seja possível que o som contralateral se sobreponha a esse som de máscara (Roeser & Clark, 2000; Legent, Bordure, Calais, & Ferri-Launay, 1998; Portmann & Portmann, 1979).

A avaliação auditiva realizada por rotina em situações de queixas de acúfenos, foi efectuada antes da administração do protocolo de avaliação do presente estudo, sendo o seu registo efectuado numa check-list que incluía um gráfico para esse efeito (Anexo F). Os exames foram sempre efectuados em cabine audiométrica, para evitar a interferência de sons exteriores, que eventualmente podem perturbar a audição mínima do estímulo sonoro (Portmann & Portmann, 1979). Os equipamentos de audiometria (audiómetros) utilizados foram os dos respectivos Serviços, pelo que foi assumido que estavam aferidos e calibrados, respeitando as normas ISO em vigor.

3.3. Procedimento

Recolha de dados. Após a selecção dos instrumentos mais adequados para alcançar os objectivos do presente estudo (de acordo com a literatura consultada), foi solicitada (e obtida) a autorização dos autores do THI e da versão Portuguesa do SF-36v2 para a sua utilização (Anexo G). Foram ainda elaborados os Questionários Sócio-demográficos e Clínicos, a Checklist e o formulários de Consentimento Informado (Anexo H).

Posteriormente, contactou-se com um conjunto alargado de hospitais públicos Portugueses. Após a obtenção da devida autorização para recolher

dados (Anexo I), reuniu-se com os Audiologistas responsáveis pela mesma, procedendo ao treino da administração, conforme preconiza Bowling (2005), de modo a padronizar o procedimento de recolha de dados e proceder ao esclarecimento de alguma dúvida que pudesse surgir. Foi-lhes ainda facultada uma folha com as recomendações tidas como mais importantes (Anexo J).

Em todos os hospitais envolvidos na recolha de dados, o utente chega ao gabinete de Audiologia depois de ter sido sujeito a uma Consulta de ORL. A avaliação auditiva segue um protocolo, fazendo parte de uma rotina na avaliação de doentes com acúfenos. Após a realização do exame audiométrico pelo Audiologista, exame que pode ser realizado no mesmo dia da consulta, ou em data posterior, dependendo do hospital em causa, era solicitada a sua colaboração (pelo Audiologista). Era-lhe explicado oralmente o que se pretendia com o preenchimento dos vários questionários e de que forma era necessária a sua colaboração, salientando o anonimato e confidencialidade do estudo. É de sublinhar que era solicitado o acesso aos dados da acuidade auditiva do doente. Caso o doente aceitasse participar, era-lhe dada uma folha em que estas informações estavam impressas, como introdução ao consentimento informado.

Caso o sujeito viesse acompanhado, era igualmente solicitado ao acompanhante a sua participação no estudo. O procedimento era o mesmo que foi descrito anteriormente, sendo igualmente fornecida uma folha com as informações relativas ao estudo, englobadas no consentimento informado do acompanhante. Era sublinhado ao indivíduo que devia preencher o SF-36v2 na óptica do doente.

Quando não era possível a auto-administração, tinha lugar a administração assistida. Assim, os questionários foram auto-administrados com algumas exceções, que se prendiam com aspectos como o sujeito não ter levado os óculos, não podendo, portanto, ler com facilidade, ter dificuldade em perceber algumas das questões, ou ter dificuldades de leitura. Excluindo estas exceções, os questionários eram preenchidos através de auto-administração, pelo que o sujeito era encaminhado para um local onde poderia proceder ao seu preenchimento.

O acompanhante era dirigido para outra sala, ou, se tal não fosse possível,

preenchia os questionários após o doente ter terminado de preencher os seus, para que não pudesse haver contacto entre os dois durante os respectivos preenchimentos.

Os questionários estavam todos agrafados, pelo que a ordem de preenchimento dos mesmos estava padronizada. O doente começava por preencher o Questionário Sócio-demográfico e Clínico, passando depois para o preenchimento do SF-36v2. Os autores deste último (Ferreira, 2000a; Ware & Kosinski, 2001b) referem que este deveria ser preenchido antes de qualquer outro, no entanto, o Questionário Sócio-demográfico e Clínico é mais fácil e rápido de preencher, pelo que foi considerado que seria mais fácil para o doente começar por este, até por ser menos exigente do ponto de vista de interpretação das questões, e por incluir questões relativas aos acufenos, que era o problema que o tinha levado à consulta; este procedimento não é raro nas investigações em que é usado o SF-36 (cf. Meneses, 2005). Por último era preenchido o THI. O mesmo procedimento estava reservado para os acompanhantes, exceptuando que não lhes era pedido o preenchimento do THI.

Durante o próprio preenchimento, ou no seu final, eram retiradas eventuais dúvidas que surgissem, quer ao sujeito, quer ao acompanhante. O apoio era dado pelos Audiologistas dos respectivos Serviços. Estes efectuavam uma verificação de todos os questionários, no sentido de verificar se estavam todos devidamente preenchidos. Após a recolha dos questionários, eram copiados os resultados do audiograma para a Checklist, sendo atribuído um código a cada protocolo preenchido. A Checklist e os questionários eram colocados num envelope, e num envelope à parte era colocado o consentimento informado, sem qualquer referência ao código mencionado.

Casos de omissão ou de dúvida no Questionário Sócio-demográfico e Clínico eram completados através da consulta da ficha clínica do paciente ou, se possível, com o auxílio do seu médico assistente.

Cotação do material. Questionário Sócio-demográfico e Clínico. A sua cotação é directa, com base na numeração atribuída no próprio Questionário.

Relativamente à cotação das profissões, foi efectuada através do recurso à Classificação Nacional de Profissões - Versão 1994 (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2005).

SF-36v2. O SF36v2 foi cotado de acordo com os procedimentos constantes no manual deste instrumento, nomeadamente ao nível do tratamento dos dados omissos (Ware, Kosinski, & Dewey, 2000). Das 36 questões que o compõem, foi possível obter, após a respectiva transformação, valores referentes às oito escalas, que variam entre 0 e 100, bem como os valores relativos ao item 2 (Mudança de Saúde) que varia entre 1 e 5, sendo o valor mais elevado correspondente a um estado geral de saúde muito pior do que há um ano atrás. A um valor mais elevado corresponde uma melhor avaliação da QDV (Ware & Kosinski, 2001a).

THI. Para cada item do THI o sujeito tem três alternativas de resposta: *Sempre, Por Vezes e Nunca*, a que correspondem valores de 4, 2 e 0, respectivamente; os dados omissos são cotados com 0 (Newman et al., 1996, Oliveira & Meneses, 2006b; Oliveira & Meneses, 2006c).

Os resultados obtidos nessas 25 questões, que oscilam entre 0 e 100 na escala global, permitem calcular valores para três subescalas referentes às Reacções de Resposta Funcional (11 itens; com um valor que oscila entre 0 e 44), Emocional (9 itens; com um valor que oscila entre 0 e 36) e Catastrófica (5 itens; com um valor que oscila entre 0 e 20), o que permite verificar qual o aspecto mais atingido e qual o tipo de intervenção que deverá ser utilizado (Newman et al., 1996). Um valor mais elevado corresponde a um maior impacto dos acufenos na vida diária do sujeito e a uma maior necessidade de intervenção (Heller, 2003; Newman et al.).

Audição. O audiograma, gráfico representativo do nível de audição do sujeito, foi interpretado de acordo com a recomendação 02/1 do BIAP (Anexo L). É calculada a perda auditiva média (PTA – Perda Tonal Aérea) para cada ouvido,

utilizando os valores das frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 4000Hz, que são somados e divididos por quatro. Os valores obtidos são multiplicados por sete para o melhor ouvido e por três para o pior, dividindo a soma destes dois valores por dez. O resultado obtido é o nível médio de audição do sujeito.

Este valor permite, de acordo com a mesma recomendação, criar subgrupos em função da sua perda auditiva, de acordo com o que está representado na Tabela 10.

Tabela 10 - *Classificação Audiométrica das Deficiências Auditivas (Recomendação BIAP 02/1)*

Perda Tonal Aérea	Descrição
I. Audição normal ou subnormal PTA < 20 dB	Sem incidência social.
II. Deficiência auditiva ligeira 21 < PTA < 40	Difícil percepção da voz baixa ou sussurrada. A maior parte dos ruídos familiares são percebidos.
III. Deficiência auditiva média 41 < PTA < 55 (1º grau) 56 < PTA < 70 (2º grau)	É necessário elevar a voz para perceber as palavras. Compreende melhor olhando para o interlocutor. Alguns ruídos familiares ainda são percebidos.
IV. Deficiência auditiva severa 71 < PTA < 80 (1º grau) 81 < PTA < 90 (2º grau)	As palavras são percebidas se forem ditas perto do ouvido e com voz forte. Os ruídos fortes são percebidos.
V. Deficiência auditiva profunda 91 < PTA < 100 (1º grau) 101 < PTA < 110 (2º grau) 111 < PTA < 119 (3º grau)	Nenhuma percepção das palavras. Só os ruídos muito fortes são ouvidos.
VI. Deficiência auditiva total PTA > 120 dB	Sem qualquer audição.

4. Apresentação e discussão dos resultados

Antes de apresentar e discutir os resultados do estudo, são de referir algumas considerações relacionadas com a amostra clínica. Assim, a amostra é uniforme quanto ao sexo, confirmando as referências de Araújo e Escada (2000), apesar de outras referências apresentarem os homens como tendo maior percentagem de queixas de acufenos (Heller, 2003; Meikle & Griest, 1989).

A idade média da amostra parece confirmar o que foi referido por Araújo e Escada (2000): existe uma maior prevalência de acúfenos acima dos 40 anos. Esta faixa etária mais elevada ajuda a justificar o elevado número de pensionista e reformados que fazem parte da amostra.

O baixo nível de escolaridade pode dever-se, por um lado, ao facto da amostra ser unicamente constituída por indivíduos provenientes de hospitais públicos, à partida provenientes de estratos sócio-económicos e culturais mais baixos, e, por outro lado pela média de idades ser mais elevada, numa altura em que a escolaridade obrigatória se resumia muitas vezes a quatro anos.

Mais de dois terços dos indivíduos referem ter sensação permanente dos acúfenos, podendo estes ser mais problemáticos do que os acúfenos intermitentes (Frachet & Geoffray, 2001).

Relativamente à localização dos acúfenos, os resultados são concordantes com os de Araújo e Escada (2000), uma vez referem localização unilateral dos acúfenos em 50% dos casos.

A associação frequente entre acúfenos e a hiperacusia (sensibilidade aumentada aos ruídos) referida por Möller (2003) está bem demonstrada na amostra, em que mais de três quartos dos indivíduos referem esse aumento de sensibilidade. Igualmente presente em mais de metade dos indivíduos, encontram-se queixas de desequilíbrio, o que deixa pressupor um quadro de patologia cócleo-vestibular (Möller).

O facto de se encontrar na amostra uma percentagem elevada de indivíduos com referência à existência de *problemas nervosos*, vem de encontro às muitas referências sobre este aspecto (Andersson & Vretblad, 2000; D'Amelio, et al., 2004; Dobie, 2003; Holgers, 2003; Marciano et al., 2003; Oliveira & Trigueiros-Cunha, 2002; Zöger et al., 2001; Zöger et al., 2002).

O facto de só 37% dos indivíduos percepcionarem uma relação entre os acúfenos e a existência desse *problema nervoso*, permite especular que na maioria dos casos não são os acúfenos a origem do problema, mas será esse problema que vai desencadear a resposta negativa aos acúfenos (Dobie, 2003; Holgers, 2003; Job et al., 2004; Stobik et al., 2005; Zöger et al., 2002).

O número de normo-ouvintes (Grau I) da amostra é superior ao que é indicado por Frachet e Geoffray (2001). No entanto, a perda média da amostra é superior ao que Sindhusake et al. (2003) obtiveram no seu estudo, o que se pode relacionar com o facto de a sua amostra ser com indivíduos sem queixas, apesar de só contar com sujeitos com mais de 55 anos.

Todas estas particularidades da amostra devem ser tidas em conta, bem como o seu reduzido tamanho, de modo a não se generalizarem os resultados obtidos.

4.1. QDV de indivíduos portugueses com acufenos

No que toca o objectivo 1, os resultados obtidos no SF-36v2 estão patentes na Tabela 11.

Tabela 11 - *Resultados obtidos no SF-36v2*

Dimensão do SF-36v2	Indivíduos com queixas de acufenos (N=74)		
	Média	DP	Amplitude
Função Física	67,43	24,60	10-100
Desempenho Físico	61,49	31,80	0-100
Dor Física	51,82	26,64	0-100
Saúde em Geral	42,72	19,29	10-100
Vitalidade	45,21	23,79	6-94
Função Social	58,73	28,16	0-100
Desempenho Emocional	63,47	31,51	0-100
Saúde Mental	51,60	23,91	5-100

Os valores mais elevados são obtidos para a Função Física, Desempenho Emocional e Desempenho Físico, que constituem dimensões relacionadas com as actividades físicas e com a realização de trabalho. Os valores mais baixos encontram-se na Saúde em Geral, Vitalidade, bem como na Saúde Mental e Dor Física, o que se traduz numa percepção diminuída da sua saúde, menor energia, bem como interferência de aspectos psicológicos e da presença de dor na percepção da QDV.

Na Tabela 12 encontram-se os valores referentes ao THI.

Tabela 12 - *Resultados obtidos no THI*

THI	Amostra (N=74)			
	Nº de itens	Média	DP	Amplitude
Subescala Funcional	12	20,57	10,03	2-44
Subescala Emocional	8	17,24	9,21	2-36
Subescala Catastrófica	5	9,81	5,08	0-20
THI-Total	25	47,62	22,76	8-100

Daqui se pode concluir que a média da amostra apresenta um grau moderado de gravidade dos acufenos (cf. Cap. 3 – Tabela 4), o que em traços gerais pode ser interpretado como sendo, em média, perceptíveis já em ambientes com algum ruído, interferindo com as actividades em silêncio e com o sono, mas sem perturbar as tarefas diárias. A subescala funcional é a que apresenta valor mais elevado, mas é também a que apresenta maior número de itens, verificando-se que a subescala emocional, relativamente ao número de itens será a que apresenta valores mais elevados, estando de acordo com o que foi obtido no SF-36v2, em que os aspectos psicológicos e de percepção da saúde são os que apresentam valores mais baixos.

No que toca ao objectivo 2, dos resultados apresentados verifica-se que todos eles são inferiores aos obtidos por Ferreira e Santana (2003) para as normas portuguesas, e que apresentam elevados desvios-padrão, que, no entanto, são semelhantes aos obtidos por estes autores.

Para se analisar se as diferenças tinham valor estatístico, e quais as dimensões onde se verificavam maiores desvios relativamente à norma, procedeu-se à realização do teste de significância, pretendendo confirmar a hipótese de que a QDV dos indivíduos com acufenos revelava valores diferentes dos da norma portuguesa, utilizando-se para tal o teste do z (Poeschl, 2006). Os valores obtidos são apresentados na tabela 13.

Tabela 13 - *Score z para comparação da amostra clínica com a norma portuguesa*

Dimensão do SF-36	Score z
Função Física	-2,52
Desempenho Físico	-3,24
Dor Física	-3,92
Saúde em Geral	-5,99
Vitalidade	-4,41
Função Social	-6,07
Desempenho Emocional	-3,50
Saúde Mental	-4,62

Sendo todos os valores inferiores a -1,96, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias, e o sinal negativo do Score z confirma que os valores são inferiores na amostra para todas as dimensões, sendo mais evidentes para as dimensões Função Social, o que parece indicar uma redução na quantidade e qualidade das interacções sociais destes indivíduos, e Saúde em Geral, que pode originar uma diminuição da percepção global da saúde, não só da saúde actual, mas da dinâmica da resistência à doença. A Vitalidade e a Saúde Mental foram outras duas dimensões com Score z elevado, indicando níveis de energia e de fadiga diminuídos, e incidência de ansiedade e depressão, com eventual perda de controlo comportamental ou emocional e eventual comprometimento do bem-estar psicológico. Estes resultados confirmam a hipótese 1 que se baseia nos dados de Davis e Roberts (1996) e de Wilson et al. (2002).

No que se refere ao item de Transição de Saúde (item 2), verifica-se que nenhum sujeito respondeu que o seu estado geral actual de saúde estava “Muito melhor”, 10,8% responderam que se encontravam “Com algumas melhoras”, 43,2% “Aproximadamente igual”, 36,5% “Um pouco pior” e 9,5% das respostas foram “Muito pior”. Estes resultados são compatíveis com os que foram acima descritos para a dimensão Saúde em Geral, podendo reflectir uma percepção negativa da própria saúde.

Os resultados obtidos com os THI (Tabela 14) são comparados aos obtidos noutros trabalhos que utilizaram o mesmo instrumento e amostras semelhantes,

como é o caso de Zachariae et al. (2000).

Tabela 14 - *Resultados obtidos do THI, e respectiva comparação com os valores obtidos por Zachariae et al. (2000)*

THI	Amostra (N=74)			Zachariae et al (N=50)		
	Média	DP	Amplitude	Média	DP	Amplitude
Subescala Funcional	20,57	10,03	2-44	19,8	13,3	0-44
Subescala Emocional	17,24	9,21	2-36	9,6	8,0	0-26
Subescala Catastrófica	9,81	5,08	0-20	8,5	5,0	0-18
THI-Total	47,62	22,76	8-100	40,0	22,3	4-82

Dos resultados apresentados observa-se que a amostra apresenta valores aumentados no THI-Total, "à custa" das respostas na Subescala Emocional. Sendo esta uma escala para avaliar aspectos da resposta afectiva, como a frustração, a irritabilidade, a insegurança, a ansiedade e a depressão, verifica-se que estes são aspectos que estão mais perturbados nos elementos da amostra, o que está de acordo com os resultados obtidos no SF-36v2. Os desvios-padrão obtidos são relativamente elevados, à semelhança dos descritos por Zachariae et al. (2000), e que está de acordo com o referido por Newman et al. (1996), que referem que tal facto se deve à grande variabilidade inerente à presença dos acufenos.

4.2. Relação entre QDV e variáveis socio-demográficas em indivíduos portugueses com acufenos

Para explorar as relações entre a QDV e variáveis sócio-demográficas que constituem o objectivo 3, procedeu-se ao reagrupamento de algumas variáveis, permitindo assim contornar a dificuldade encontrada de que algumas delas apresentam itens com poucos elementos. No que concerne ao Estado Civil (cf. Cap. 3-Tabela 2), optou-se por agrupar num só grupo os divorciados, solteiros e viúvos, criando dois grupos, este e o dos casados. Em relação à Situação Profissional (cf. Cap. 3-Tabela 2), agrupou-se os que apresentavam alguma actividade, que são os empregados a tempo inteiro, empregados a tempo parcial, domésticas (considerando-se como realizando tarefas, implicando a existência de

actividade) e o trabalhador-estudante, ficando no grupo dos considerados sem ocupação os indivíduos com reforma não antecipada, pensão de invalidez, desempregados e estudantes, retirando-se os indivíduos com reforma antecipada por alguns terem uma actividade profissional.

Da aplicação dos testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), conclui-se que todos os grupos para as várias variáveis apresentam distribuição normal, procedendo-se de seguida à realização das análises estatísticas, tendo-se utilizado o teste *t* para as variáveis nominais Sexo, Estado Civil e Situação Profissional, e o *R* de Pearson para as variáveis ordinais Idade e Escolaridade (Pestana e Gageiro, 2003).

Foram encontradas várias relações estatisticamente significativas entre as variáveis socio-demográficas escolhidas e os instrumentos de medida da QDV utilizados. Na Tabela 15 são apresentados os resultados obtidos relativamente à presença de relações entre essas variáveis e o SF-36v2.

Tabela 15 - *Relação entre as variáveis socio-demográficas e as dimensões do SF-36v2*

Variáveis socio-demográficas	Dimensão do SF-36							
	FF	DF	Dor	SG	VT	FS	DE	SM
Sexo	*	*	*		*	*	*	*
Idade	*							
Estado Civil								
Situação profissional	*	*						
Escolaridade	*			*				

FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; Dor – Dor Física; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade;
FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental

Dos resultados obtidos, verifica-se que o sexo é uma variável que está relacionada com praticamente todas as dimensões do SF-36, com excepção da Saúde Geral. Em todas as dimensões verificou-se que as mulheres apresentam valores inferiores de QDV, aspecto verificado por Ferreira e Santana (2003) e Meneses (2005):

Função Física – $t(72)=-2,986$, $p=0,004$, $M_{\text{feminino}}=59,35$, $M_{\text{masculino}}=75,54$;

Desempenho Físico – $t(72)=-2,304$, $p=0,024$, $M_{\text{feminino}}=53,21$, $M_{\text{masculino}}=69,76$;

Dor Física – $t(70)=-3,522$, $p=0,001$, $M_{\text{feminino}}=41,56$, $M_{\text{masculino}}=62,08$;

Vitalidade – $t(71)=-3,854$, $p=0,000$, $M_{\text{feminino}}=35,24$, $M_{\text{masculino}}=54,90$;

Função Social – $t(71)=-2,112$, $p=0,038$, $M_{\text{feminino}}=52,03$, $M_{\text{masculino}}=65,63$;

Desempenho Emocional – $t(71)=-2,036$, $p=0,045$, $M_{\text{feminino}}=56,02$, $M_{\text{masculino}}=70,72$;

Saúde Mental – $t(70)=-4,099$, $p=0,000$, $M_{\text{feminino}}=40,86$, $M_{\text{masculino}}=61,76$;

A idade está correlacionada estatisticamente com a Função Física ($r(74)=-0,51$, $p<0,01$), indicando o sinal negativo que os indivíduos mais jovens apresentam valores mais elevados de QDV algo também referido por Ferreira e Santana (2003) e Meneses (2005).

O Estado Civil não apresenta relação com nenhuma das dimensões do SF-36v2 na amostra considerada, logo viver só ou acompanhado não parece ser factor determinante nas queixas de acufenos.

A Situação Profissional apresenta relações com as dimensões de QDV do SF-36v2 na Função Física, onde se verifica que os indivíduos sem ocupação apresentam valores inferiores em relação aos indivíduos que apresentam actividade profissional, ou realizam qualquer tipo de tarefa ($t(67)=2,081$, $p=0,041$, $M_{\text{Actividade profissional}}=71,28$, $M_{\text{sem ocupação}}=59,23$). Relativamente ao Desempenho Físico, encontramos igualmente resultados mais baixos nos indivíduos sem ocupação ($t(67)=2,020$, $p=0,047$, $M_{\text{Actividade profissional}}=65,70$, $M_{\text{sem ocupação}}=50,48$).

A Escolaridade apresenta correlações estatisticamente significativas com a Função Física ($r(73)=0,41$, ($p<0,01$) e com a Saúde Geral ($r(73)=0,26$, $p<0,05$), e que a uma maior escolaridade corresponde uma maior QDV, como de resto

também é apontado por Ferreira e Santana (2003) e Meneses (2005).

Assim, verifica-se que a Função Física destes indivíduos é melhor nos homens, diminui com a idade, aumenta com a escolaridade e depende também da situação profissional, sendo os indivíduos activos profissionalmente os que apresentam valores mais altos.

O Desempenho Físico está relacionado com o sexo, apresentando igualmente os homens melhor desempenho, e também com a situação profissional com valores mais elevados para os indivíduos com alguma actividade.

A Dor Física apresenta relação com a QDV penalizando mais as mulheres, que apresentam valores inferiores.

A Saúde Geral só está estatisticamente relacionada com a escolaridade, de forma directa, ou seja a uma maior escolaridade correspondem valores mais elevados nesta dimensão de QDV.

A Vitalidade depende igualmente do sexo, com os homens a terem valores mais elevados, logo apresentando maior energia, e menor fadiga.

A Função Social da QDV destes indivíduos só está relacionada com o sexo, mais uma vez sendo as mulheres as que apresentam valores inferiores.

São também as mulheres que apresentam valores inferiores na QDV associada ao Desempenho Emocional, e à Saúde Mental.

Quando se analisa este tipo de relações entre as variáveis socio-demográficas e a QDV medida através do THI, só se encontram relações estatisticamente significativas em função do sexo, com as mulheres a terem igualmente piores valores face aos homens na Escala Total, na subescala Funcional e na subescala Emocional, não havendo correlação com a subescala Catastrófica:

THI Total – $t(72)=2,336$, $p=0,022$, $M_{feminino}=53,62$, $M_{masculino}=41,62$;

THI Funcional – $t(72)=2,213$, $p=0,030$, $M_{feminino}=23,08$, $M_{masculino}=18,05$;

THI Emocional – $t(72)=-2,682$, $p=0,009$, $M_{feminino}=20,00$, $M_{masculino}=14,49$;

Em resumo, verifica-se que o sexo é a variável sócio-demográfica que mais se relaciona com a QDV de indivíduos com acufenos, apresentando as mulheres medições de QDV mais baixa, parecendo ser igualmente quem apresenta maiores

dificuldades associadas à presença dos acúfenos.

4.3. Relação entre as variáveis clínicas e a QDV em indivíduos portugueses com acúfenos

Procedeu-se igualmente ao reagrupamento da variável localização dos acúfenos (cf. Cap. 3 – Tabela 3). Foi assumido que a localização dos acúfenos na cabeça seria unilateral, pelo que se criou o item unilateral que agrupou este item e a localização dos acúfenos no ouvido direito ou esquerdo, criando um segundo item para a localização bilateral dos acúfenos, e para os acúfenos percebidos na cabeça e nos ouvidos simultaneamente, permitindo assim a utilização do teste *t* (Pestana & Gageiro, 2003). Quando se pretendeu explorar relações entre as variáveis clínicas e as dimensões do SF-36, objectivo 4 do estudo, foram encontradas as relações indicadas na tabela 16.

Tabela 16 - Relação entre as variáveis clínicas e as dimensões do SF-36v2

Variáveis clínicas	Dimensão do SF-36							
	FF	DF	Dor	SG	VT	FS	DE	SM
Tempo com acúfenos								
Tipo de acúfenos								
Localização dos acúfenos								
Presença de hiperacusia					*			*
Desequilíbrios	*	*		*	*		*	
Existência de problemas nervosos					*	*	*	*
Nível de audição	*							

FF – Função Física; DF – Desempenho Físico; Dor – Dor Física; SG – Saúde Geral; VT – Vitalidade;
FS – Função Social; DE – Desempenho Emocional; SM – Saúde Mental

Verifica-se que o facto do sujeito ter os acufenos há mais ou menos tempo não tem qualquer relação com a sua percepção de QDV (medida pelo SF-36v), o mesmo se passando com o facto de eles serem permanentes ou intermitentes, bem como com a sua localização.

No que se refere à Hiperacusia, verifica-se que a presença de queixas de hiperacusia apresentam relação com a Vitalidade ($t(71)=-2,824$, $p=0,006$, $M_{\text{Com hiperacusia}}=41,23$, $M_{\text{Sem hiperacusia}}=59,38$), e com a Saúde Mental ($t(70)=-2,183$, $p=0,032$, $M_{\text{Com hiperacusia}}=48,39$, $M_{\text{Sem hiperacusia}}=62,81$), com valores estatisticamente inferiores para os indivíduos que a apresentam. Estes valores vão de encontro aos apresentados por Erlandsson e Hallberg (2000), que sugeriram que a hipersensibilidade ao som seria um dos preditores para a QDV destes indivíduos.

A presença de Desequilíbrios é também um factor que se relaciona com várias dimensões da QDV. Os indivíduos com queixas de desequilíbrios apresentam valores inferiores estatisticamente significativos na Função Física ($t(72)=-2,562$, $p=0,013$, $M_{\text{Com desequilibrios}}=61,10$, $M_{\text{Sem desequilibrios}}=75,30$), no Desempenho Físico ($t(72)=-3,822$, $p=0,000$, $M_{\text{Com desequilibrios}}=49,85$, $M_{\text{Sem desequilibrios}}=75,95$), na Saúde em Geral ($t(72)=-2,439$, $p=0,017$, $M_{\text{Com desequilibrios}}=37,98$, $M_{\text{Sem desequilibrios}}=48,61$), na Vitalidade ($t(71)=-2,448$, $p=0,017$, $M_{\text{Com desequilibrios}}=39,22$, $M_{\text{Sem desequilibrios}}=52,46$), e no Desempenho Emocional ($t(71)=-2,828$, $p=0,006$, $M_{\text{Com desequilibrios}}=54,67$, $M_{\text{Sem desequilibrios}}=74,74$). Estes resultados confirmam a associação entre a existência de acufenos e desequilíbrios referida por Shulman (1991d), e a existência em conjunto destes dois aspectos poderá contribuir para piorar a QDV desses indivíduos.

No que se refere à existência de algum Problema Nervoso, verifica-se que existe relação com as dimensões da Componente Mental, em que os indivíduos que respondem afirmativamente apresentam valores inferiores nas dimensões de QDV Vitalidade ($t(70)=-2,529$, $p=0,014$, $M_{\text{Com problemas nervosos}}=39,67$, $M_{\text{Sem problemas nervosos}}=53,85$), na Função Social ($t(70)=-3,036$, $p=0,003$, $M_{\text{Com problemas nervosos}}=50,83$, $M_{\text{Sem problemas nervosos}}=70,37$), no Desempenho Emocional ($t(70)=-2,919$, $p=0,005$, $M_{\text{Com problemas nervosos}}=55,00$, $M_{\text{Sem problemas nervosos}}=76,23$), e na Saúde

Mental ($t(69)=-4,335$, $p=0,000$, $M_{\text{Com problemas nervosos}}=42,78$, $M_{\text{Sem problemas nervosos}}=65,19$). Daqui pode-se considerar que os problemas nervosos, frequentemente associados aos acúfenos, particularmente a depressão e a ansiedade, além de vários outros problemas emocionais, contribuem para que a QDV em indivíduos com acúfenos seja inferior (Erlandsson & Hallberg, 2000; Härter et al., 2004; Kennedy et al., 2004).

Com a utilização do R de Pearson, verifica-se que o Nível de Audição apresenta correlação com a Função Física ($r(74)=-0,401$, $p=,000$), sendo que, quanto pior for o nível de audição pior será a QDV do indivíduo. Estes valores confirmam trabalhos anteriores que referem que eventuais perturbações de comunicação associadas à perda auditiva levam a uma pior QDV desses indivíduos, no entanto seria de esperar correlação com a Função Social, o que no entanto não se verifica (Bess et al., 2001; Frchet & Geiffroy, 2001; Hallam et al., 2004). Será de considerar, nas intervenções terapêuticas propostas ao paciente, sempre que necessário procurar melhorar o seu nível auditivo, procurando assim melhorar a sua QDV.

A Função Física só está relacionada com a existência de queixas de desequilíbrios, e nível de audição, o Desempenho Físico e a Saúde Geral apresentam relação com a presença de desequilíbrios, não havendo qualquer correlação entre as variáveis em estudo e a Dor Física, o que não é inesperado porque não existe associação entre o sintoma e queixas de dor, apresentando a Vitalidade valores inferiores da QDV nos sujeitos com hiperacusia, com desequilíbrios e com a existência de Problemas Nervosos, estando a presença destes últimos relacionada com a diminuição dos valores recolhidos na Função Social, no Desempenho Emocional, onde igualmente verificamos que a presença de Desequilíbrios diminui os resultados da QDV dos sujeitos com acúfenos, estando a dimensão Saúde Mental diminuída pela existência de Hiperacusia e de *problemas nervosos* associados à presença dos acúfenos.

A relação da QDV dos sujeitos com queixas de acúfenos entre as variáveis clínicas estudadas e os valores obtidos no THI está apresentada na tabela 17.

Tabela 17 - *Relação entre as variáveis clínicas e o THI*

Variáveis clínicas	THI (subescalas)			
	Total	Funcional	Emocional	Catastrófica
Tempo com acufenos				
Tipo de acufenos	*			*
Localização dos acufenos				
Presença de hiperacusia	*	*		
Desequilíbrios				
Existência de problemas nervosos	*		*	
Nível de audição				

Mais uma vez não se encontra qualquer relação entre o instrumento utilizado e o Tempo com os acufenos, a sua Localização, e não se tendo obtido também nenhuma relação com a presença de Desequilíbrios, nem com o Nível de audição. Encontram-se relações estatísticas entre o Tipo de acufenos e o THI total ($t(72)=2,044$, $p=0,045$, $M_{Permanentes}=51,18$, $M_{Intermitentes}=39,74$), o mesmo se passando para a subescala catastrófica ($t(72)=2,773$, $p=0,007$, $M_{Permanentes}=10,86$, $M_{Intermitentes}=7,48$), apresentando os indivíduos com acufenos permanentes pior QDV, associada a um maior nível de desespero e de incapacidade de lidar com o problema, factos associados aos valores obtidos pela subescala Catastrófica.

A sensação de Hiperacusia, relaciona-se, por sua vez, com a subescala Funcional ($t(72)=2,353$, $p=0,021$, $M_{Com\ hiperacusia}=21,97$, $M_{Sem\ hiperacusia}=15,50$), e com o THI-Total ($t(72)=2,080$, $p=0,041$, $M_{Com\ hiperacusia}=50,45$, $M_{Sem\ hiperacusia}=37,38$), apresentando os indivíduos com queixas de hiperacusia valores mais elevados de THI, logo pior QDV, pelas dificuldades nas acções funcionais, como a concentração ou até nas actividades laborais, o que está de acordo com os resultados obtidos no SF36v2 para esta variável.

A existência de *Problemas Nervosos* está estatisticamente relacionada com a subescala Emocional ($t(71)=2,975$, $p=0,004$, $M_{Com\ problemas\ nervosos}=19,74$, $M_{Sem\ problemas\ nervosos}=13,48$), e o THI-Total ($t(71)=2,276$, $p=0,026$, $M_{Com\ problemas\ nervosos}=52,52$, $M_{Sem\ problemas\ nervosos}=40,37$), apresentando os indivíduos que referem um eventual problema de origem nervosa valores mais elevados do THI, com

consequente menor QDV associada a problemas afectivos, onde se podem incluir a ansiedade, a depressão ou mesmo perturbações no relacionamento familiar ou com os amigos..

O THI total apresenta relação com o Tipo de acufenos, presença de Hiperacusia e existência de Problemas Nervosos, estando a subescala Funcional relacionada com a presença de Hiperacusia, a sub-escala Emocional com a existência de Problemas Nervosos, e a subescala Catastrófica com o Tipo de acufenos.

Em resumo, verifica-se que a presença de Desequilíbrios, e de *Problemas Nervosos*, são as variáveis clínicas que apresentam maior relação com a QDV de indivíduos com acufenos, implicando uma menor QDV pela sua acção.

Contrariamente ao encontrado na literatura, não se obtiveram relações entre o Tempo com Acufenos, e a QDV dos indivíduos com essa sintomatologia.

4.4. Preditores sócio-demográficos e clínicos da QDV de indivíduos portugueses com acufenos

Tendo-se verificado a existência de várias relações estatisticamente significativas entre a QDV e várias das variáveis socio-demográficas e clínicas seleccionadas, procurou-se encontrar os melhores preditores da QDV dos sujeitos da amostra clínica (Objectivo 5). Foi utilizado o método estatístico de regressão *stepwise* (Pestana e Gageiro, 2003), com os resultados que seguidamente se apresentam (Tabela 18):

Tabela 18 – *Preditores sociodemográficos e clínicos da QDV em indivíduos com acufenos*

Dimensões SF-36	Regressão	β
Função Física	– Idade, Sexo ($R^2_a=0,304$)	,478 / ,258
Função Física	– Idade ($R^2_a=0,247$)	-,507
Desempenho Física	– Desequilíbrios ($R^2_a=0,148$)	,400
Dor Física	– Sexo ($R^2_a=0,138$)	,388

Saúde Geral	– Desequilíbrios ($R^2_a=0,063$)	,276
Vitalidade	– Sexo ($R^2_a=0,153$)	,406
Função Social	– Existência de Problemas Nervosos ($R^2_a=0,104$)	,341
Desempenho Emocional	– Problemas Nervosos, Desequilíbrios ($R^2_a=0,166$)	,279 / ,289
Desempenho Emocional	– Desequilíbrios ($R^2_a=0,101$)	,338
Saúde Mental	– Problemas Nervosos, Sexo ($R^2_a=0,252$)	,274/ ,338
Saúde Mental	– Problemas Nervosos ($R^2_a=0,203$)	,463
THI Total	– Existência de Problemas Nervosos, Tipo de acufenos ($R^2_a=0,102$)	-,254/- ,242
THI Total	– Existência de Problemas Nervosos ($R^2_a=0,055$)	-,261
THI Funcional	– Hiperacusia ($R^2_a=0,059$)	-,267
THI Emocional	– Existência de Problemas Nervosos ($R^2_a=0,098$)	-,333
THI Catastrófico	–Tipo de acufenos ($R^2_a=0,084$)	-,310

Os resultados obtidos relativamente aos preditores de QDV revelam que a Idade, o Sexo, a presença de Desequilíbrios e de *Problemas Nervosos* são os que apresentam maior valor preditivo, e o Tipo de Acufenos e a existência de Hiperacusia são variáveis com algum valor preditivo, no entanto mais reduzido.

Pelas relações anteriormente apontadas, verifica-se que ser do sexo feminino, ter um nível etário superior, apresentar desequilíbrios e problemas nervosos, parecem ser os melhores preditores para a QDV destes sujeitos, juntando-se ainda a existência de hiperacusia e a percepção permanente dos

acufenos, apesar de estas variáveis apresentarem valores mais reduzidos no teste de Regressão utilizado. Relativamente às hipóteses formuladas, verifica-se que a hipótese 2 pode ser considerada como confirmada, sendo a existência de hiperacusia um dos preditores da QDV dos indivíduos com acufenos, conforme Erlandsson & Hallberg (2000). No entanto tal só se verifica no THI sub-escala Emocional, e com um valor relativamente reduzido, pelo que será de considerar a sua reavaliação num estudo futuro. O nível médio da audição, e a duração dos acufenos não apresentam valores preditivos pelo que as hipóteses 3 e 4 são infirmadas.

4.5. Relação entre a QDV percebida pelo doente vs. acompanhante

Um dos aspectos que se pretendia analisar era a relação entre a QDV percebida pelos sujeitos e pelos seus acompanhantes (Objectivo 6). O grupo dos acompanhantes é relativamente reduzido ($n=19$), tendo contribuído para tal vários factores, como o facto dos sujeitos irem sozinhos por não apresentarem grandes limitações físicas ou mentais que obrigasse a serem acompanhados por outra pessoa e porque em alguns serviços o doente entra sozinho na consulta ou no gabinete de exames, pelo que o Audiologista não tinha possibilidade de contactar o acompanhante se eventualmente este existisse. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se no Cap. 3 (Tabela 3).

Com um grupo de acompanhantes tão reduzido não é possível extrair conclusões. Em estudo futuro, será necessário recorrer a outro tipo de abordagem dos acompanhantes, para que o efectivo desta amostra possa ser maior, no sentido de encontrar resultados estatisticamente mais relevantes.

Ao efectuar uma comparação utilizando o item de Mudança de Saúde (item 2) do SF-36, os resultados obtidos mostram que a percepção de transição de saúde nos 19 indivíduos com acufenos é pior do que a percebida pelos respectivos acompanhantes, com 63.2% destes indivíduos a responderem que a sua saúde estava um pouco pior do que o que se passava há um ano, quando só 38,9% dos acompanhantes manifestava essa resposta.

Na tabela 19 é apresentada a comparação dos resultados obtidos pelos dois grupos em resposta ao SF-36v2. De referir, uma vez mais, que era solicitado ao acompanhante que respondesse em função da percepção que tinha da QDV de quem acompanhava.

Tabela 19 - *Estatística descritiva das dimensões do SF-36 comparando os valores obtidos pelos sujeitos com queixas de acufenos e que foram acompanhados (Grupo 1), com os resultados dos seus acompanhantes (Grupo 2)*

Dimensão do SF-36	Grupo 1 (N=19)	Grupo 2 (N=19)
Função Física	49,47 (10-95) (DP=25,05)	53,95 (15-100) (DP=24,64)
Desempenho Físico	41,45 (0-100) (DP=28,96)	59,56 (25-100) (DP=26,53)
Dor Física	42,17 (0-100) (DP=24,09)	44,74 (22-100) (DP=21,85)
Saúde em Geral	35,63 (15-72) (DP=16,31)	42,28 (5-85) (DP=21,75)
Vitalidade	32,64 (6-88) (DP=21,50)	39,58 (22-100) (DP=21,65)
Função Social	44,08 (13-100) (DP=27,12)	61,84 (13-100) (DP=23,74)
Desempenho Emocional	48,68 (0-100) (DP=31,21)	63,54 (25-100) (DP=25,25)
Saúde Mental	41,18 (5-100) (DP=24,85)	44,17 (5-95) (DP=21,75)

Destes resultados, podemos constatar que a percepção dos próprios sujeitos sobre a sua QDV é menor que a que os seus acompanhantes indicam em todas as dimensões da QDV. No entanto, a diferença parece ser mais evidente nos Desempenhos Físico e Emocional, e na Função Social, exacerbando o sujeito as suas limitações, ou não as percepcionando o acompanhante como tão limitantes. Estes resultados parecem corresponder às afirmações de Kennedy et al (2004), que afirmam “as crenças negativas podem ser reforçadas pela percepção dos acufenos pelos outros significativos ou por si próprio que pode ser aumentada pela sensação de que os acufenos são triviais se não houver apoio de outros significativos”.

No sentido de confirmar estatisticamente estes resultados, foi utilizado o teste *t* com os valores que estão apresentados na Tabela 20 (Poeschl, 2006).

Tabela 20 - Resultados do Teste t para comparação de médias das dimensões do SF-36 comparando os valores obtidos pelos sujeitos com queixas de acúfenos e que foram acompanhados (Grupo 1), com os resultados dos seus acompanhantes (Grupo 2)

Dimensão do SF-36	Teste T
Função Física	$t(18)=8,61, p=0,000, M_{FF1}=49,47, M_{FF2}=53,95$
Desempenho Físico	$t(16)=6,51, p=0,000, M_{DF1}=44,85, M_{DF2}=59,56$
Dor Física	$t(17)=7,43, p=0,000, M_{Dor1}=42,17, M_{Dor2}=44,74$
Saúde em Geral	$t(17)=8,25, p=0,000, M_{SG1}=35,39, M_{SG2}=42,28$
Vitalidade	$t(16)=7,10, p=0,000, M_{VT1}=29,41, M_{VT2}=40,44$
Função Social	$t(18)=7,08, p=0,000, M_{FS1}=44,08, M_{FS2}=61,84$
Desempenho Emocional	$t(15)=7,79, p=0,000, M_{DE1}=55,21, M_{DE2}=63,54$
Saúde Mental	$t(15)=6,72, p=0,000, M_{SM1}=37,50, M_{FF2}=41,56$

Daqui se pode verificar que todas as dimensões de QDV apresentam diferenças estatisticamente significativas, pelo que os resultados apontam no sentido de que os indivíduos com acúfenos têm uma percepção da sua QDV diminuída.

Este será pois um aspecto a ter em conta em futuras investigações, sendo até pertinente realizar estudos no sentido de verificar se o envolvimento desses outros significativos do sujeito no processo terapêutico poderá ser uma mais-valia para o mesmo.

Conclusão

Dos resultados obtidos verifica-se que a QDV dos indivíduos Portugueses com acúfenos, medida através do SF-36v2 estão diminuídos em relação à norma Portuguesa para todas as dimensões, e que relativamente ao THI, não existindo valores normativos, os resultados encontrados são semelhantes aos de outros estudos, com excepção para a subescala Emocional onde estão aumentados.

Estes resultados vão de encontro aos resultados publicados por Wilson et al. (2002), que referem que os valores obtidos por indivíduos com acúfenos nas

várias dimensões do SF36 são inferiores aos da média da população geral. Comparativamente à média da população portuguesa, verifica-se que tal acontece igualmente para todas as dimensões, com maior incidência na Função Social, indicando maior dificuldade nas interações sociais, na Saúde em Geral, sugerindo uma percepção de saúde diminuída, na Saúde Mental, confirmando o que é apontado por Anderson e Vretblad (2000), Budd e Pugh (1995), Holgers et al. (2005), Job et al. (2004), Langenbach et al. (2005), Oliveira e Trigueiros-Cunha (2002), Zöger et al. (2001), etc., e na Vitalidade, indicando menor energia, maior fadiga, logo uma maior dificuldade em realizar tarefas da vida diária.

Os resultados obtidos no THI apontam igualmente para que as maiores dificuldades apresentadas por esta amostra se centram na subescala Emocional, sendo de prever que estes sujeitos apresentem maior frustração, irritabilidade, insegurança e mesmo aspectos psicopatológicos como a ansiedade e depressão. Mais de 50% referem perturbação na sua vida social e alterações no relacionamento familiar e com os amigos e dois terços referem problemas na realização de tarefas de âmbito profissional ou doméstico.

Será, porventura importante em trabalho futuros sobre esta temática, procurar investigar de uma forma mais aprofundada estas dificuldades de tipo psicossocial que se encontram presentes nos sujeitos com acufenos, para melhorar os cuidados (biopsicossociais) a prestar. Em estudos futuros na população Portuguesa, seria interessante verificar se os resultados apontados por estudos feitos noutras populações relativamente à relação entre a ansiedade, a depressão e outros aspectos da Psicologia, seriam replicáveis.

Os valores de QDV medidos através do SF-36v2, confirmam os resultados referidos por Frachet e Geoffroy (2001), que apontam para uma maior gravidade dos acufenos nas mulheres, com conseqüente menor QDV.

Verifica-se igualmente, que os sujeitos que mantêm algum tipo de actividade têm valores de QDV mais elevados do que os que não a apresentam nas dimensões Função Física e Desempenho Físico. Será importante determinar, de que forma, alguma actividade profissional ou de outro tipo pode interferir com a QDV e bem-estar do sujeito, aspecto que poderá ser tema de um estudo mais

aprofundado neste aspecto.

Dos resultados obtidos no THI, verifica-se que os sujeitos com acúfenos permanentes, com sensibilidade acrescida ao ruído (hiperacusia), desequilíbrios, e problemas nervosos apresentam valores de QDV diminuída pelo menos em algumas dimensões do SF-36v2 ou subescalas do THI.

Um dos objectivos do estudo era encontrar preditores da QDV de entre as várias variáveis sócio-demográficas e clínicas analisadas. Não havendo resultados de predição muito elevados, verifica-se, no entanto, que o sexo, a idade, a existência de desequilíbrios e problemas nervosos, além da existência de hiperacusia e o tipo de acúfenos são preditores de menor QDV em sujeitos com acúfenos.

Relativamente ao objectivo que se centrava na procura de relação entre a QDV percebida pelos indivíduos com acúfenos e a que era percebida pelos seus acompanhantes, este aspecto revelou-se como uma das maiores limitações deste estudo, uma vez que o acesso aos acompanhantes ou outros significativos dos doentes, directamente na consulta, se revelou difícil, pelo que a amostra conseguida é reduzida, não permitindo grandes conclusões. Será pois de esperar, no futuro, a realização de outros estudos que possam confirmar os resultados obtidos. Quando se procedeu à comparação dos resultados, verificou-se que os acompanhantes apresentavam uma melhor percepção de QDV, o que poderá ir de encontro ao que Kennedy et al. (2004) afirmam, apontando para o facto dos acompanhantes, ou outros significativos não valorizarem suficientemente as queixas dos sujeitos com acúfenos, e que este aspecto pode levar o sujeito a desenvolver ainda mais as crenças negativas subjacentes ao seu problema.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao facto da nossa amostra estar limitada a indivíduos frequentadores da consulta de ORL de vários Hospitais Públicos, sendo desejável que numa abordagem futura se possa apresentar uma amostra mais variada, particularmente no que se refere a variáveis como a idade, escolaridade e actividade profissional.

A problemática dos acúfenos parece ser multidimensional, existindo vários factores que contribuem para o desenvolvimento da sua gravidade e,

consequentemente, para a diminuição da QDV destes sujeitos. O facto de não ser uma alteração física, visível, pode contribuir para que nem sempre seja dada a devida atenção ao sujeito e que as intervenções terapêuticas, de uma forma geral, não se preocupem com os aspectos biopsicossociais de QDV, deixando o sujeito “entregue a si próprio” com as suas dificuldades, particularmente quando a terapêutica medicamentosa não resolve a situação e o clínico que o acompanha não lhe propõe alternativas. Será uma abordagem multidisciplinar, a mais eficaz no sentido de permitir ao sujeito ter apoio para todas as eventuais dificuldades que lhe surjam pela presença dos acufenos, o que poderá constituir um novo desafio dentro desta problemática.

Bibliografia

- Aksoy, S., Firat, Y., & Alpar, R. (2006). The Tinnitus Handicap Inventory: A study of validity and reliability. In *Program & Abstracts of XVIII th International Congress of Audiology* (pp. 63-64). Innsbruck: International Society of Audiology.
- Andersson, G. (2000). Tinnitus and occupational status. *International Tinnitus Journal*, 6 (2), 127-129.
- Andersson, G. (2002a). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.

- Andersson, G. (2002b). A cognitive-affective theory for tinnitus: experiments and theoretical implications. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 197-200). Perth: University of Western Australia.
- Andersson, G., Baguley, D. M., McKenna, L., & McFerran, D. (2005). *Tinnitus: A multidisciplinary approach*. London: Whurr Publishers.
- Andersson, G., Kaldo-Sandström, V., Ström L., & Strömgren, T. (2003). Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 259-262.
- Andersson, G., & Lyttkens, L. (1996). Acupuncture for tinnitus: Time to stop? *Scandinavian Audiology*, 25, 273-275.
- Andersson, G., & Lyttkens, L., (1999). A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *British Journal of Audiology*, 33, 201-210.
- Andersson, G., Porsaeus, D., Wiklund, M., Kaldo, V., & Larsen, H. C. (2005). Treatment of tinnitus in the elderly: a controlled trial of cognitive behaviour therapy. *International Journal of Audiology*, 44, 671-675.
- Andersson, G., & Vretlab, P. (2000). Anxiety sensitivity in patients with chronic tinnitus. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29 (2), 57-64.
- Andersson, G., Vretlab, P., Larsen, H-C. & Lyttkens, L. (2001). Longitudinal follow-up of tinnitus complaints. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 127, 175-179.
- Araújo, P. E. S., & Escada, P. (2003). Acufenos. In J. L. Reis (Ed.), *Surdez: Diagnóstico e Reabilitação*. Lisboa: Servier Portugal
- Ballester, M., & Geoffray, B. (2001). Un peu d'Histoire..... In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 9-33). Paris ; Société Française d'Otorhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Bartnik, G., Rogowski, M., Fabijanska, A., Raj-Koziak D., & Borawska, B. (2002). DPOAE assessment of cochlear function in tinnitus patients with normal hearing. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed. pp. 45-47). Perth: University of Western Australia.
- Bauer, C. A. (2003). Animal models of tinnitus. In A. Sismanis

- (Ed.), Tinnitus: Advances in evaluation and management. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 267-285.
- Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G., & Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia - comparison of self-report and proxy assessments. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 397-401.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bess, F. H., Hedley-Williams, A., & Lichtenstein, M. J. (2001). Avaliação audiológica dos idosos. In F. E. Musieck e W. F. Rintelmann (Eds.), *Perspectivas atuais em avaliação auditiva* (D. Gil trad.). Barueri: Manole.
- Biap (1997). *Recommandation biap 02/1 bis. Classification audiométrique des déficiences auditives*. Consultado em Setembro de 2001 :
<http://www.biap.org/recom02-1.htm>
- Bizaguet, E., Ohresser, M., & Boschoff, H. (2000). La prise en charge prothétique du patient acouphénique. *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*, 10, 32-35.
- Bonfils, P., Lemoine, P., Londero, A., & Truy, E. (2001). Les traitements : Les médicaments. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 275-292). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Bonfils, P., Londero, A., & Truy, E. (2001). Les traitements : Les médecines parallèles. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 327-335). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Bowling, A. (2001). *Mesuring disease* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2005). *Mesuring health* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Brazier, J. E., Walters, S. J., Nicoll, J. P. & Kohler, B. (1996). Using the SF-36 and EuroQol on an Elderly population. *Quality of Life Research*, 5, 195-204.
- Brummett, R. (1989). Drugs for and against tinnitus. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy*, *The Hearing*

- Journal (Special Issue)*, 42 (11), 34-37.
- Budd, R., & Pugh, R. (1995). The relationship between locus of control, tinnitus severity, and emotional distress in a group of tinnitus sufferers. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (8), 1015-1018.
- Carona, C. (2005). Missão: Qualidade de Vida. *Revista Bipolar*, 27, 6-7.
- Chéry-Croze, S., & Dauman, R. (2001). Le modèle neurophysiologique selon Jastreboff. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 121-128). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- CIPQV (Comissão Independente População e Qualidade de Vida (1998). *Cuidar o futuro: Um programa radical para viver melhor*. Lisboa: Trinova Editora.
- Collet, L., Moussu, M. F., Disant, F., Ahami T., & Morgon, A. (1990). Minnesota Multiphasic Personality Inventory in Tinnitus disorders. *Audiology*, 29, 101-106.
- Courtat, P., Elbaz, P., François, M., Ohresser, M. & Leca, F. (1995). Exploration de la fonction auditive. In P. Courtat, C. Peytral & P. Elbaz (Eds.), *Explorations fonctionnelles en ORL* (pp. 1-57). Paris: Masson.
- Cunningham, W. E., Nakazono, T. T., Tsai, K. L., & Hays, R. D. (2003). Do differences in methods for constructing SF-36 physical and mental health summary change their associations with chronic medical conditions and utilization? *Quality of Life Research*, 12, 1029-1035.
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., Plinkert, P. K., & Delb, W. (2004). Akuter tinnitus. *HNO*, 52, 599-603.
- Dauman, R. (1997). Acouphènes: mecanismes et approche clinique. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie*, 20-180-A-10. Paris: Elsevier.
- Davis, A. C., & Roberts, H. (1996). Tinnitus and health status: SF36 profile and accident prevalence. In G. E. Reich & J. A. Vernon (Eds.), *Proceedings of the Fifth International Tinnitus Seminar* (pp. 257-265). Portland; American Tinnitus Association.
- Davis, C. G., Morgan, M., & Sirois, F. M (2002). *Coping with tinnitus: Severity, interpretations, and adjustments*. Summary Report. Ottawa: Carleton

University.

- De Ridder, D., Verlooy, J., & Van de Heyning, P. (2002). Brainstem and cortical stimulation for intractable tinnitus: a theoretical framework. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 56-61). Perth: University of Western Australia.
- Degive, C., Kos M-I., Archinard, M., & Guyot, J-P. (2000). Consultation conjointe médico-psychologique pour les patients souffrant d'acouphènes. *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*, 10, 25-27.
- Dobie, R. A. (2003). Depression and tinnitus. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management. The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 383-388.
- Eggermont, J. J., & Roberts, L. E. (2004). The neuroscience of tinnitus. *Neuroscience*, 27 (11), 676-682.
- El Rafaie, A., Davis, A., Kayan, A., Baskill, J.L., Lovell, E., Taylor, A., et al. (1999). Quality of family life of people who reported tinnitus. In J. Hazell (Ed.), *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar* (pp. 45-50). Cambridge: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.
- El Rafaie, A., Davis, A., Kayan, A., Baskill, J., Lovell, E., & Owen, V. (2004). A questionnaire study of the quality of life and quality of family life of individuals complaining of tinnitus pre- and post-attendance at a tinnitus clinic. *International Journal of Audiology*, 43, 410-416.
- Erlandsson, S. I. (1998). Psychological counselling in the medical setting - some clinical examples given by patients with tinnitus and Ménière's disease. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 20, 265-276.
- Erlandsson, S. I., & Hallberg, L. R-M. (2000). Prediction of quality of life in patients with tinnitus. *British Journal of Audiology*, 34 (1), 11-19.
- Eshagi, S-R., Ramezani, M. A., Shahsanaee, A., & Pooya, A. (2006). Validity of the Short Form- 36 Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population. *American Journal of Applied Sciences*, 3, 1763-1766.
- Feldmann, H. (1991). History of tinnitus research. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus:*

- Diagnosis/Treatment* (3-37). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Ferreira, P. E. A., Cunha, F., Onishi, E. T., Branco-Barreiro, F. C. A., & Ganança, F. F. (2005). Tinnitus Handicap Inventory: adaptação cultural para o Português Brasileiro. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17 (3), 303-310.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 33, 198-205
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Colectiva*, 5, 33-38.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37, 446-455.
- Folmer, R. L. (2002). *Long-term reduction in tinnitus severity*. Consultado em 21 de Novembro de 2005, em BMC Ear, Nose and Throat Disorders: <http://www.biomedcentral.com/1472-6815/2/3>
- Folmer, R. L., & Carroll, J. R. (2006). Long-term effectiveness of ear-level devices for tinnitus. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 134, 132-137.

- Folmer, R. L., & Griest, S. E. (2000). Tinnitus and insomnia. *American Journal of Otolaryngology*, 21 (5), 287-293.
- Folmer, R. L., Griest, S. E., & Martin W. H. (2001). Chronic tinnitus as phantom auditory pain. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 124, 4, 394-400.
- Folmer, R. L., Griest, S. E., & Martin W. H. (2002a). Characteristics of chronic tinnitus resulting from head or neck injuries. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar (2nd ed., pp. 92-98)*. Perth: University of Western Australia.
- Folmer, R. L., Griest, S. E., & Martin W. H. (2002b). Co-symptoms that contribute to the severity of tinnitus or pain. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar (2nd ed., pp. 208-213)*. Perth: University of Western Australia.
- Folmer, R. L., Stevenson, E. A., & Tran, A. (2002). Factors associated with long-term improvements in tinnitus severity. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar (2nd ed., pp. 115-123)*. Perth: University of Western Australia.
- Fonte, C., & Freire, T. (2006). Experiências ótimas (flow), qualidade de vida e bem-estar no desenvolvimento de indivíduos. *Actas do 6º Congresso de Psicologia da Saúde*, 7-13.
- Frachet, B., (2001). Évaluation des acouphènes : éléments pour la discussion des résultats des thérapeutiques. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 183-199). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Frachet, B., & Geoffray, B. (2001). Epidémiologie. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 35-45). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Frachet, B., Poncet-Wallet, C., & Truy, E. (2001). La première consultation ORL. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 205-214). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Frachet, B., Soued, I., & Truy, E. (2001). Les étiologies des acouphènes. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 227-247). Paris ; Société

- Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Gil, Z., Abergel, A., Spektor, S., Khafif, A., & Fliss, D. M. (2004). Patient, caregiver, and surgeon perception of quality of life following anterior skull base surgery. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 130 (11), 1276-1281.
- Goldstein, B. (1991). Psychophysical and psychoacoustic correlates of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (99-115). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Greimel, K. V., Leibtseder, M., & Unterrainer, J. (1999). The role psychological and social variables in predicting tinnitus impairments. In J. Hazell (Ed.), *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 381-383). Cambridge: The Tinnitus and Hiperacusis Centre.
- Guterres, M. C. M. M. R. B. & Ribeiro, J. L. P. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Consultado em 24 de Outubro de 2006, em Secretariado Nacional para a reabilitação de pessoas com deficiência: <http://www.snripd.pt/documento/livro20.rtf>
- Hallam, R. S., McKenna, L., & Shurlock, L. (2004). Tinnitus impairs cognitive efficiency. *International Journal of Audiology*, 43, 218-226.
- Harasymczuk, M. (2002). Hypnosis as an adjunct to tinnitus retraining therapy in the treatment of persistent tinnitus. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 269-271). Perth: University of Western Australia.
- Härter, M., Maurischat, C., Weske, G., Laszig R., & Berger M. (2004). Psychische belastungen und einschränkungen der lebens qualität bei patienten mit tinnitus. *HNO*, 52, 125.131.
- Hazell, J. W. P., Meerton, L. E. & Ryan, R. (1989). Electrical tinnitus suppression. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy*, *The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 25-33.
- Heller, A. J. (2003). Classification and epidemiology of tinnitus. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management*. *The*

- Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 239-248.
- Henry, J. L., Kangas, M., & Wilson, P. H. (2001). Development of the Psychological Impact of Tinnitus Interview: A clinician-administered measure of tinnitus-related distress. *International Tinnitus Journal*, 7 (1), 20-27.
- Herraiz, C., Hernandez-Calvin, J., Plaza, G., & De los Santos, G. (2002). Tinnitus and hyperacusis in a Spanish population sample. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 298-301). Perth: University of Western Australia.
- Herráiz, C., Hernández-Calvín, J., Plaza, G., Tapia, M. C., & de los Santos, G. (2001). Evaluación de la incapacidad en pacientes com acúfenos. *Acta Otorrinolaringologica Espanhola*, 52, 534-538.
- Hiller, W., & Goebel, G. (2004). Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology*, 43, 600-604.
- Hobson, J. P. & Meara, R. J. (1997). Is the SF-36 health survey questionnaire suitable as a self-report measure of the health status of older adults with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 6, 213-216.
- Holgers, K-M. (2003). Mechanisms and classification of tinnitus: A discussion paper. *Audiological Medicine*, 1, 238-241.
- Holgers, K-M., Barreñas, M-L., Svedlund, L., & Zöger, S. (2003). Clinical Evaluation of Tinnitus: a Review. *Audiological Medicine*, 2, 101-106.
- Holgers, K-M., Zöger S., & Svedlund, L. (2005). Predictive factors for development of severe tinnitus suffering-further characterization. *International Journal of Audiology*, 44, 584-592.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (2005). *Classificação nacional das profissões: Versão 1994*.
http://portal.iefp.pt/portal/page?_pageid=117,102201&_dad=gov_portal_iefp&_schema=GOV_PORTAL_IEFP
- Isaacson, J.E., Moyer, M. T., Schuler, H. G., & Blackall, G. F. (2003). Clinical associations between tinnitus and chronic pain. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 128 (5), 706-710.
- Jacoby, A., Baker, G. A., Steen, N., & Buck, D. (1999). The SF-36 as a health

- status measure for epilepsy: A psychometric assessment. *Quality of Life Research*, 8, 351-364.
- Jastreboff, P. J. (1990). Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neuroscience Research*, 8, 221-254.
- Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. P. (1993). A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. *British Journal of Audiology*, 27, 7-17.
- Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy*. Cambridge: University Press.
- Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. (2000). Tinnitus Retraining Therapy as a method for treatment of tinnitus and hyperacusis patients. *Journal of American Academy of Audiology*, 11, 162-167.
- Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. (2003). Tinnitus Retraining Therapy for patients with tinnitus and decreased sound tolerance. In A. Sismanis (Ed.), Tinnitus: Advances in evaluation and management. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 321-336.
- Job, A., Cian, C., Esquivié, D., Leiffen, D., Trousselard, M., Charles, C., & Nottet, J-B. (2004). Moderate variations of mood/emotional states related to alterations in cochlear otoacoustic emissions and tinnitus onset in young normal hearing subjects exposed to gun impulse noise. *Hearing Research*, 193, 31-38.
- Johnson, R., Griest, S., Press, L., Storter, K., & Lentz, B. (1989). A tinnitus masking program: Efficacy & safety. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy*, *The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 18-25.
- Joore, M. A., Potjewijd, J., Timmerman, A. A., & Anteunis, L. J. C. (2002). Response shift in the measurements of Quality of Life in hearing impaired adults after hearing aid fitting. *Quality of life research*, 11, 299-307.
- Kaldo-Sandstrom, V., & Andersson, G. (2002). CBT-based internet-administered self-help treatment of tinnitus. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 214-217). Perth: University of Western Australia.

- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- Kennedy, V., Chéry-Croze, S., Stephens, D., Kramer, S., Thai-Van, H., & Collet, L. (2005). Development of the International Tinnitus Inventory (ITI): A patient-directed problem questionnaire. *Audiological Medicine*, 3, 228-237.
- Langenbach, M., Olderog, M., Michel, O., Albus, C., & Köhle, K. (2005). Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. *General Hospital Psychiatry*, 27, 73-77.
- Legent, F., Bordure, P., Calais, C., & Ferri-Launay, M-L. (1998). *Manuel Pratique des Tests de l'Audition*. Paris: Masson.
- Levine, R. A., Abel, M., & Cheng, H. (2002). Somatic tinnitus in non-clinical subjects and the profoundly deaf. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 99-102). Perth: University of Western Australia.
- Lo Coco, G., Lo Coco, D., Cicero, V., Olivieri, A., Lo Verso, G., Piccoli, F., & La Bella, V. (2005). Individual and health-related quality of life assessment in amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers. *Journal of the Neurological Sciences*, 238, 11-17.
- Marciano, E., Carrabba, L., Giannini, P., Sementina, C., Verde, P., Bruno, C., et al, (2003). Psychiatric comorbidity in a population of outpatients affected by tinnitus. *International Journal of Audiology*, 42, 4-9.
- McCombe, A., Baguley, D., Coles, R., McKenna, L., McKinney, C., & Windle-Taylor, P. (2001). Guidelines for the grading of tinnitus severity: The results of a working group commissioned by the British Association of Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons. *Clinical Otolaryngology*, 26, 388-393.
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV (5), 13-24.
- Medrano, C. R. & Medrano, R. R. (2003). *Neurootofisiología y Audiología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Meikle, M. B., & Griest, S. E. (1989). Gender based differences in characteristics of

- tinnitus: The tinnitus data registry offers new perspective on possible significance of certain etiologic factors. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy, The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 68-76.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Meyer, B. (2001a). Définitions et classifications. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 3-7). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Meyer, B. (2001b). Les traitements : La stimulation électrique. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 293-299). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Meyer, B., & Soubielle, P. (2001). Le psychisme. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 265-272). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Mirz, F., Mortensen, M. V., Gjedde, A., & Pedersen, C. B. (2002). Positron emission tomography of tinnitus suppression by cochlear implantation. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar (2nd Ed.)* (pp. 136-140). Perth: University of Western Australia.
- Mirz, F., Pedersen, C. B., Ishizuk, K., Johannsen, P., Ovesen, T., Stodkilde-Jorgensen, H., & Gjedde, A. (1999). Positron emission tomography of cortical centres of tinnitus. *Hearing Research*, 134, 133-144.
- Miyamoto, R. T. & Bichey, B. G. (2003). Cochlear implantations for tinnitus suppression. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management. The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 345-352.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316, 542-545.
- Moller, A. R. (1989). Possible mechanisms of tinnitus. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus*

- 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy, *The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 65-67.
- Möller, A. R. (2003). Pathophysiology of tinnitus. In A. Sismanis (Ed.), Tinnitus: Advances in evaluation and management. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 249-266.
- Myint, P. K., Lubin, R. N., Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Welsh, A.A., Bingham, S. A., et al. (2006). Relation Between Self-Reported Physical Function Health and Chronic Mortality in Men and Women in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk): A Prospective Population Study. *Annals of Epidemiology*, 16 (6), 492-500.
- Newman, C. W., Jacobson, G. P., & Spitzer, J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngological Head and Neck Surgery*, 122, 143-148.
- Ohresser, M. & Jeannin, P. (2000). Réflexions sur notre prise en charge conjointe ORL et acupuncture sur le système nerveux végétatif et l'axe cervical chez les patients porteurs d'un acouphène chronique invalidant. *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*, 10, 36-39.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2006a). Qualidade de Vida/Estado de Saúde em sujeitos com queixas de acufenos: Comparação entre doentes e acompanhantes. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 127-132). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2006b). Versão Portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 819-823). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2006c). Avaliação da incapacidade resultante dos zumbidos: Versão Portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 251-255). Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Oliveira, A. V., & Trigueiros-Cunha, N. (2002). Avaliação Psicológica de doentes com acúfenos: Resultados de uma população de doentes de uma consulta de O.R.L.. *Revista Portuguesa de ORL*, 40 (3), 219-236.
- Park, J., White, A. R., & Ernst, E. (2000). Efficacy of Acupuncture as a treatment for tinnitus. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 126, 489-492.
- Peignard, P. (2001). Les traitements: Les thérapies cognitives et comportementales. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 309-318). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Perrin, E., Degive, C., Kos, I., & Archinard, M. (2000). Follow-up of a cohort of tinnitus patients attending a medical-psychological joint consultation. *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*, 10, 28-31.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pilgramm, M., Rychlick, R., Lebish, H., Siedentrop, H., Goebel, G., & Kirchoff, D. (1999). Tinnitus in Federal Republic Germany: A representative epidemiological study. In J. Hazell (Ed.), *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar* (pp. 64-67). Cambridge: The Tinnitus and Hiperacusis Centre.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em Psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Portmann, M., & Portmann, C. (1979). *Audiometria Clínica* (3ª Ed.). Barcelona: Toray-Masson.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rijken, M., Kerkhof, M., Dekker, J., & Schellevis, F. G. (2005). Comorbidity of chronic diseases: Effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Quality of Life Research*, 14, 45-55.
- Roberts, L. E., Moffat, G., & Bosnyak, D. J. (2005). Residual inhibition functions in

- relation to tinnitus spectra and auditory threshold shift. *Acta Oto-Laryngologica*, 126 (supl. 556), 27-33.
- Roeser, R. J., Buckley, K. A., & Stickney, G. S. (2000). Pure Tone Tests. In R. J. Roeser, M. Valente, & H. Hosford-Dunn (Eds.), *Audiology Diagnosis* (pp. 227-251). New York: Thieme.
- Roeser, R. J. & Clark, J. (2000). Clinical Masking. In R. J. Roeser, M. Valente, & H. Hosford-Dunn (Eds.), *Audiology Diagnosis* (pp. 253-279). New York: Thieme.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G., & Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor of analytical approach. *British Journal of Psychiatry*, 178, 268-275.
- Sandlin, R. E., & Olsson, R. T. (2000). Subjective tinnitus: Its mechanisms and treatment. In M. Valente, H. Hosford-Dunn, & R. J. Roeser (Eds.), *Audiology Treatment* (pp. 691-714). New York: Thieme.
- Schleuning, A. (1989). Medical aspects of tinnitus. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy*, *The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 12-15.
- Schoenbaum, M., Sherbourne, C., & Wells, K. (2005). Gender patterns in cost effectiveness of quality improvement for depression: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 87, 319-325.
- Schwaber, M. K. (2003). Medical evaluation of tinnitus. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management*. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 287-292.
- Searchfield, G. D., Muñoz, D. J. B., Towns, E. C., & Thorne, P. R. (2002). Ensemble spontaneous activity of the cochlear nerve: cochlear pathology and tinnitus. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar* (2nd ed., pp. 53-55). Perth: University of Western Australia.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588.
- Shulman, A. (1991a). Auditory Brain Stem Response and tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 138-183). Philadelphia; Lea &

Febiger.

- Shulman, A. (1991b). Classification of Tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 248-253). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Shulman, A. (1991c). Tinnitus evaluation. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 293-318). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Shulman, A. (1991d). Clinical types of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 323-341). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Shulman, A. (1991e). Medical evaluation. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 253-292). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Sindhusake, D., Mitchell, P., Newall, P., Golding, M., Rochtchina, E., & Rubin, G. (2003). Prevalence and characteristics of tinnitus in older adults: the Blue Mountains Hearing Study. *International Journal of Audiology, 42*, 289-294.
- Silva, I., Ribeiro, J. P., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica, 2*, 185-194.
- Snow, A. L., Dani, R., Soucek, J., Sullivan, G., Ashton, C. M., & Kunik, M. E. (2005). Comorbid psychosocial symptoms and quality of life in patients with dementia. *American Journal for Geriatric Psychiatry, 13*, 393-401.
- Solovieva, S., Santavirta, N., Santavirta, S. & Konttinen, Y. T. (2004). Assessing Quality of Life in individual with hereditary blood coagulation disorders. *Quality of Life Research, 13*, 987-1000.
- Stansfeld, S. A., Roberts, R., & Foot, S. P. (1997). Assessing the validity of the SF-36 General Health Survey. *Quality of Life Research, 6*, 217-224.
- Steenerson, R. L. & Cronin, G. W. (2003). Tinnitus reduction using transcutaneous electrical stimulation. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management. The Otolaryngologic Clinics of North America, 36* (2), 337-344.
- Stewart, A. L., Greenfield, S., Hayes, R. D., Wells, K. B., Rogers, W. H., Berry, S. H., et al. (1989). Functional status and Well-Being of patients with chronic conditions: Results from the Medical Outcomes Study. *The Journal of the American Medical Association, 262* (7), 907-913.
- Stobik, C., Weber, R. K., Münte, T. F., Walter M., & Frommer J. (2005). Evidence

- of psychosomatic influences in compensated and decompensated tinnitus. *International Journal of Audiology*, 44, 370-378.
- Svedlund, J., Zoger, S., & Holger, K-M. (2002). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) as a screening instrument in tinnitus. In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar*, 2nd Ed., (pp.243-246). Fremantle: University of Western Australia.
- Sweetow, R. W. (1989) Adjunctive approaches to tinnitus-patient management. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy*, *The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 38-43.
- Tonndorf, J. (1991). The origin of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 41-49). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Trail, M., Nelson, N. D., Van, J. N., Appel, S. H., & Lai, E. C. (2003). A study comparing patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers on measures of quality of life, depression, and their attitudes toward treatment options. *Journal of the Neurological Sciences*, 209, 79-85.
- Tucker, D. A., Phillips, S. L., Ruth, R. A., Clayton, W. A., Royster, E., & Todd, A. D. (2005). The effect of silence on tinnitus perception. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 132 (1), 20-24.
- Vallianatou, N. G., Christodoulou, P., Nestoros, J. & Helidonis, E. (2001). Audiological and Psychological profile of Greek patients with tinnitus – Preliminary findings. *American Journal of Otolaryngology*, 22, 33-37.
- Vernon, J. (1989). Tinnitus 1989: Introduction & comments. In J. Vernon (Ed.) *Tinnitus 1989 – A review of current knowledge and treatment therapy*, *The Hearing Journal (Special Issue)*, 42 (11), 7-11.
- Vernon, J. A. & Meikle, M. B. (2003a). Tinnitus: Clinical measurement. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management*. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 293-305.
- Vernon, J. A. & Meikle, M. B. (2003b). Masking devices and alprozalan treatment for tinnitus. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management*. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 307-320.

- Waltzman, S. B., & Shapiro, W. H. (2000). Cochlear implants in adults. In M. Valente, H. Hosford-Dunn, & R. J. Roeser (Eds.), *Audiology Treatment* (pp. 537-546). New York: Thieme.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001a). Interpreting SF-36 summary health measures: A response. *Quality of Life Research*, 10, 405-413.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001b). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1* (2nd Ed.). Lincoln; QualityMetric Incorporated.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Dewey, J. E. (2000). *How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey*. Lincoln; QualityMetric Incorporated.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Gandek, B. (2005). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Lincoln; QualityMetric Incorporated.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.
- Wilson, C., Lewis, P., & Stephens, D. (2002). The short form 36 (SF36) in a specialist tinnitus clinic. *International Journal of Audiology*, 41, 216-220.
- Wilson, K. A., Dowling, A. J., Abdoell, M., & Tannock, I. F. (2000). Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Quality of Life Research*, 9, 1041-1052.
- Yantis, P. A. (1999). Avaliação dos Limiães Auditivos por Via Aérea. In J. Katz (Ed.), *Tratado de Audiologia Clínica* (4ª Ed.) (pp. 97-108). São Paulo: Manole.
- Zachariae, R., Mirz, F., Johansen, L. V., Andersen, S. E., Bjerring, P., & Pedersen, C. B. (2000). Reliability and validity of a Danish adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory. *Scandinavian Audiology*, 29, 37-43.
- Zenner, H. P., & Pfister, M. (1999). Systematic classification of tinnitus. In J. Hazell (Ed.), *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar* (pp. 17-19).

Cambridge: The Tinnitus and Hiperacusis Centre.

Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K-M. (2001). Psychiatric disorders in Tinnitus patients without severe hearing impairment: 24 month follow-up of patients at an Audiological Clinic. *Audiology*, 40, 133-140.

Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K-M. (2002). Is there a relationship between depressive disorder and the severity of tinnitus? In R. Patuzzi (Ed.), *Proceedings of the Seventh International Tinnitus Seminar*, 2nd Ed., (pp.229-230). Fremantle: University of Western Australia.

Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K-M. (2004). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) as a screening instrument in tinnitus evaluation. *International Journal of Audiology*, 43, 458-464.

ANEXOS

ANEXO A

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Doente)

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil: (1) Casado(a)/União de facto (2) Divorciado/Separado(a)
(3) Solteiro(a) (4) Viúvo(a)

4. Profissão: _____

5. Situação profissional:

(1) Empregado a tempo inteiro (2) Empregado a tempo parcial

(3) Reforma antecipada (4) Reforma não antecipada

(5) Pensão de invalidez (6) Desempregado(a)

(7) Doméstica (8) Estudante (9) Trabalhador-estudante

6. Escolaridade: _____ anos (último nível de escolaridade que frequentou em anos)
7. Há quanto tempo sente os zumbidos? _____
8. Os zumbidos são permanentes? Sim (1) Não (2)
9. Onde sente os zumbidos: Ouvido Direito (1) Ouvido Esquerdo (2)
Nos dois ouvidos (3) Na cabeça (4)
10. Sente-se incomodado com ruídos fortes ou em ambientes ruidosos? Sim (1) Não (2)
11. Tem problemas de equilíbrio ou vertigens? Sim (1) Não (2)
12. Já teve algum problema nervoso (como depressão, ansiedade,...)? Sim (1) Não (2)
13. Se Sim:
- a) Acha que estava relacionado com os seus zumbidos? Sim (1) Não (2)
 - b) Esse problema nervoso mantém-se? Sim (1) Não (2)
 - c) Teve alguma consulta ou fez alguma medicação para esse problema nervoso?
Sim (1) Não (2)
 - d) Mantém a terapia para o problema nervoso (p.e. medicação)? Sim (1) Não (2)

ANEXO B

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Acompanhante)

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil: (1) Casado(a)/União de facto (2) Divorciado/Separado(a)
(3) Solteiro(a) (4) Viúvo(a)

4. Profissão: _____

5. Situação profissional:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| (1) Empregado a tempo inteiro | (2) Empregado a tempo parcial | |
| (3) Reforma antecipada | (4) Reforma não antecipada | |
| (5) Pensão de invalidez | (6) Desempregado(a) | |
| (7) Doméstica | (8) Estudante | (9) Trabalhador-estudante |

6. Escolaridade: _____ anos (último nível de escolaridade que frequentou em anos)

7. Afinidade com o doente: (1) Familiar Grau de parentesco _____
(2) Amigo(a)
(3) Vizinho(a)
(4) Outro _____

8. Quantas horas passa com o doente (por dia)? _____

ANEXO C

Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
------------	----------------	----------	---------------	------------

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5
-------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

ANEXO D

Tinnitus Handicap Inventory (THI)

1.	Because of your Tinnitus is it difficult for you to concentrate?	Yes	No	Sometimes
2.	Does the loudness of your Tinnitus make it difficult for you to hear people?	Yes	No	Sometimes
3.	Does your Tinnitus make you angry?	Yes	No	Sometimes
4.	Does your Tinnitus make you confused?	Yes	No	Sometimes
5.	Because of your Tinnitus are you desperate?	Yes	No	Sometimes
6.	Do you complain a great deal about your Tinnitus?	Yes	No	Sometimes
7.	Because of your tinnitus do you have trouble falling asleep at night?	Yes	No	Sometimes
8.	Do you feel as though you cannot escape from your Tinnitus?	Yes	No	Sometimes
9.	Does your Tinnitus interfere with your ability to enjoy social activities (such as going out to dinner, to the cinema)?	Yes	No	Sometimes
10.	Because of your Tinnitus do you feel frustrated?	Yes	No	Sometimes

11.	Because of your Tinnitus do you feel that you have a terrible disease?	Yes	No	Sometimes
12.	Does your Tinnitus make it difficult to enjoy life?	Yes	No	Sometimes
13.	Does your Tinnitus interfere with your job or household responsibilities?	Yes	No	Sometimes
14.	Because of your Tinnitus do you find that you are often irritable?	Yes	No	Sometimes
15.	Because of your Tinnitus is it difficult for you to read?	Yes	No	Sometimes
16.	Does your Tinnitus make you upset?	Yes	No	Sometimes
17.	Do you feel that your Tinnitus has placed stress on your relationships with members of your family and friends?	Yes	No	Sometimes
18.	Do you find it difficult to focus your attention away from your Tinnitus and on to other things?	Yes	No	Sometimes
19.	Do you feel that you have no control over your Tinnitus?	Yes	No	Sometimes
20.	Because of your Tinnitus do you often feel tired?	Yes	No	Sometimes
21.	Because of your Tinnitus do you feel depressed?	Yes	No	Sometimes
22.	Does your Tinnitus make you feel anxious?	Yes	No	Sometimes
23.	Do you feel you can no longer cope with your Tinnitus?	Yes	No	Sometimes
24.	Does your Tinnitus get worse when you are under stress?	Yes	No	Sometimes
25.	Does your Tinnitus make you feel insecure?	Yes	No	Sometimes

ANEXO E

Tinnitus Handicap Inventory (Versão Portuguesa)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS ZUMBIDOS

(Tinnitus Handicap Inventory) Newman et al, (1996)
Versão Portuguesa de Vasco Oliveira e Rute Meneses (2005)

Instruções: Este questionário pretende ajudar a identificar o grau de problemas que os seus zumbidos lhe possam estar a causar. Assinale as suas respostas ao lado de cada questão.
Não deixe nenhuma por responder.

	Sempre	Por vezes	Nunca
F-01 Tem dificuldade em concentrar-se por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
F-02 A intensidade dos zumbidos torna-lhe difícil ouvir as outras pessoas?	X	X	X
E-03 Os seus zumbidos fazem com que fique irritado(a)?	X	X	X
F-04 Os zumbidos fazem com que se sinta confuso(a)?	X	X	X
C-05 Sente-se desesperado(a) por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
E-06 Queixa-se muito dos seus zumbidos?	X	X	X
F-07 Tem dificuldade em adormecer à noite por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
C-08 Sente que não pode escapar aos seus zumbidos?	X	X	X
F-09 Os seus zumbidos perturbam o prazer que retira das actividades sociais (como jantar fora, ir ao cinema, ...)	X	X	X
E-10 Sente-se frustrado(a) por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
C-11 Acha que tem uma doença muito grave por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
F-12 Os seus zumbidos impedem-no(a) de gozar a vida?	X	X	X
F-13 Os zumbidos interferem com o trabalho e com as actividades domésticas?	X	X	X
E-14 Acha que está muitas vezes irritável por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
F-15 Tem dificuldade em ler por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
E-16 Fica preocupado(a) por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
E-17 Acha que há stress nas suas relações com familiares e amigos por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
F-18 É difícil deixar de pensar nos seus zumbidos e centrar-se noutras coisas?	X	X	X
C-19 Acha que não consegue controlar os seus zumbidos?	X	X	X
F-20 Devido aos seus zumbidos sente-se muitas vezes cansado(a)?	X	X	X
E-21 Sente-se deprimido(a) por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
E-22 Fica ansioso(a) por causa dos seus zumbidos?	X	X	X
C-23 Acha que já não consegue lidar com os seus zumbidos?	X	X	X
F-24 Os seus zumbidos pioram quando está sob stress?	X	X	X
E-25 Sente-se inseguro por causa dos seus zumbidos?	X	X	X

ANEXO F

Check-List e Audiograma

Qualidade de Vida de Indivíduos com Acúfenos

Checklist

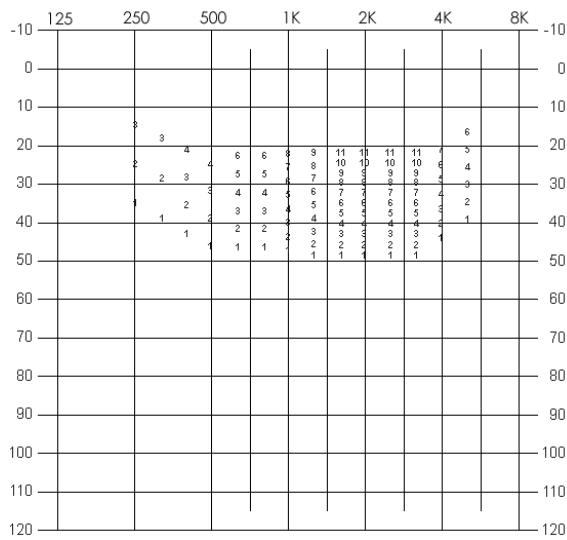
Código:

	Doente	Acompanhante
Consentimento informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questionário Sócio-Demográfico (e Clínico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SF-36v2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THI



Audiograma



Motivo de não participação/participação incompleta:

- Doente: _____
- Acompanhante: _____

Data ___ / ___ / _____

ANEXO G

Autorização Dr. Craig W. Newman (THI)
Autorização Prof. Pedro Lopes Ferreira (SF-36v2)



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 26 de Junho de 2007

Ex.mo Senhor Dr.:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Gostaria, no entanto, que me fornecesse uma cópia do relatório do seu trabalho logo que concluído.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre este instrumento de qualidade de vida, por favor não hesite em contactar-me. Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507

Data: Mon, 4 Apr 2005 09:14:22 -0400

De: "Newman, Craig" <NEWMANC@ccf.org>

Para: vascoo@ufro.pt

Assunto: THI

There is a Spanish version, however, I am not aware of a Portuguese translation. You have my permission to translate the Tinnitus Handicap Inventory into Portuguese for your research and clinical work.

Craig W. Newman, Ph.D.
Section Head, Audiology
Co-Director, Audiology Research Lab
Co-Director, Tinnitus Management Clinic
Professor, Department of Surgery, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University

Confidentiality Note: This message is intended for use only by the individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged, confidential, and exempt from disclosure under applicable law. If the reader of this message is not the intended recipient or the employee or agent responsible for delivering the message to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this communication is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please contact the sender immediately and destroy the material in its entirety, whether electronic or hard copy. Thank you.

Visit us online at our award-winning <http://www.clevelandclinic.org> for a complete listing of Cleveland Clinic services, staff and locations from one of the country's leading hospitals.
=====

Data: Mon, 4 Apr 2005 09:14:22 -0400

De: "Newman Craid" <NEWMANCR@ccf.org>

Para: vascoo@ufn.pt

Assunto: THI

There is a Spanish version, however. I am not aware of a Portuguese translation. You have my permission to translate the Tinnitus Handicap Inventory into Portuguese for your research and clinical work.

Craig W. Newman, Ph.D.
Section Head, Audiology
Co-Director, Audiology Research Lab
Co-Director, Tinnitus Management Clinic
Professor, Department of Surgery, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University

Confidentiality Note: This message is intended for use only by the individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged, confidential, and exempt from disclosure under applicable law. If the reader of this message is not the intended recipient or the employee or agent responsible for delivering the message to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this communication is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please contact the sender immediately and destroy the material in its entirety, whether electronic or hard copy. Thank you.

Visit us online at our award-winning <http://www.clevelandclinic.org> for a complete listing of Cleveland Clinic services, staff and locations from one of the country's leading hospitals.
=====

ANEXO H

Formulário de Consentimento Informado (Doente)
Formulário de Consentimento Informado (Acompanhante)

Estudo sobre a Qualidade de Vida de Indivíduos com Acúfenos

No âmbito de uma investigação sobre a Qualidade de Vida de indivíduos com acúfenos (zumbidos), vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe serão fornecidos.

Inicialmente, deverá preencher um Questionário Sócio-demográfico e Clínico que permitirá fazer uma caracterização pessoal (idade, sexo,...) e dos próprios acúfenos (zumbidos) que sente.

O Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) procura obter a sua opinião sobre a sua saúde.

Finalmente, o Questionário dos Zumbidos (THI) pretende identificar algumas dificuldades que possam existir na sua vida diária pelo facto de sentir esses acúfenos (zumbidos).

Além disto, é igualmente pedido o acesso aos níveis da sua audição, registados através do

exame de audiometria.

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, assinar a declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

Vasco Oliveira
Audiologista e Psicólogo

DECLARAÇÃO

Eu , abaixo-assinado, declaro que aceito participar num estudo da responsabilidade do Dr. Vasco Oliveira, no âmbito do mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considere importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Assinatura _____

Data ___/___/_____

Estudo sobre a Qualidade de Vida de Indivíduos com Acufenos (Acompanhante)
--

No âmbito de uma investigação sobre a Qualidade de Vida de indivíduos com acufenos (zumbidos), vimos pedir a sua colaboração.

Como acompanhante de um indivíduo com queixas de zumbidos, solicitamos que responda aos questionários que lhe irão ser entregues.

O Questionário Sócio-demográfico permitir-nos-á fazer uma caracterização pessoal de si (idade, sexo,...).

O Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) procura obter a **sua opinião** sobre a **saúde do indivíduo** que acompanha. Não deve responder de acordo com a sua saúde, mas sim com a

opinião que tem sobre a saúde do indivíduo que acompanha.

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, assinar a declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.

Vasco Oliveira

Audiologista e Psicólogo

DECLARAÇÃO

Eu , abaixo-assinado, declaro que aceito participar num estudo da responsabilidade do Dr. Vasco Oliveira, no âmbito do mestrado em Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária da Universidade Fernando Pessoa – Porto.

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim ou para o doente que acompanho.

Assinatura _____

Data ___/___/_____

Anexo I

Autorização para a recolha de dados



Centro Hospitalar
de
Vila Nova de Gaia



Ministério da Saúde
Administração Regional
de Saúde do Norte

Exmo. Senhor

Dr. Vasco Oliveira

Aluno do VI Mestrado de Psicologia da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Praça 9 de Abril, 349

4249-004 Porto

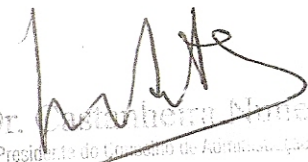
Sua Referência	Data	Nossa Referência	Data
	20/06/2005	C.A.	26/09/2005

Em resposta ao ofício enviado por V. Exa., relativo a autorização para realização de trabalho subordinado ao tema: “Qualidade de vida em doentes com Acúfenos Crónicos”, solicitamos o envio do consentimento informado e posteriormente a recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Nova de Gaia, 26 de Setembro de 2005

O Presidente do Conselho de Administração


Dr. António José Nunes
Presidente do Conselho de Administração





Ex.mo Senhor
Dr. Vasco Oliveira
Rua D. António Meireles, 35
4250-055 PORTO

Sua Referência

Sua Comunicação
22/04/2005

Nossa Referência

Data

ASSUNTO: "Qualidade de Vida em Doentes com Acúfenos Crónicos"

Em reunião da CES-HDF no dia 7 de Julho, após avaliação da documentação solicitada por esta Comissão em 22 de Abril de 2005 somos de parecer favorável à prossecução do estudo referido.

Com os nossos cumprimentos,

**A Comissão de Ética para a Saúde
Hospital Distrital de Faro**

Guilherme Guilherme

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.



Hospital em Ação

Exmo. Senhor
Vasco Oliveira
Aluno do VI Mestrado de Psicologia da
Saúde da Universidade Fernando Pessoa –
Porto
Praça 9 de Abril, nº 349
4249 - 004 PORTO

Sua Referência

Sua Comunicação
22-04-2005

Nossa Referência
Ofc.º Nº.4125/CA/AA

Data
16-12-2005


ASSUNTO: Estudo de Investigação

Na sequência da carta V. Exa., solicitando autorização para realização de um Estudo de Investigação subordinado ao tema “*Qualidade de Vida em Doentes com Acúfenos Crónicos*” informa-se que o estudo está autorizado nos termos definidos pela Comissão de Ética a qual passo a transcrever:

“Estudo foi autorizado desde que o requerente cumpra o que está definido quanto à publicação de dados.”

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clínico


(Dr. Joaquim Pinheiro)



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, SA



Porto, 20 de Junho de 2005

Ex.mo Sr. Dr. Valter Batista,
Director do Serviço de O.R.L. do Hospital Padre Américo – Penafiel

No âmbito da tese de mestrado em Psicologia da Saúde, a decorrer na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar uma investigação sobre o tema “Qualidade de Vida em Doentes com Acufenos Crónicos”, sob orientação da Prof^a. Dr^a Rute Meneses.

No sentido de obter o maior número possível de elementos para amostra do referido trabalho, e tornando-a o mais diversificada possível, venho solicitar a sua autorização para, com o apoio dos Audiologistas do seu Serviço, ministrar aos pacientes com queixas de acufenos crónicos, e sempre que possível ao familiar que o acompanha, dois questionários, o Tinnitus Handicap Inventory composto por 25 questões que procuram caracterizar o impacto dos acufenos na vida diária do paciente, traduzido para a língua portuguesa, e o Questionário de estado de saúde (SF-36v2), questionário composto por 36 questões sobre a qualidade de vida, destinado à área da saúde, traduzido e aferido para a população portuguesa. Ambos os questionários irão ser utilizados após autorização, do autor da versão original no caso do THI, e do autor da versão portuguesa no caso do SF-36v2.

Obviamente que será garantida a confidencialidade dos dados que forem recolhidos, e a sua utilização será unicamente para a realização desta investigação.

Agradecendo desde já a sua melhor atenção, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

Atentamente



Vasco Oliveira

Audiologista e Psicólogo

Aluno do VI Mestrado de Psicologia da Saúde da UFP - Porto

*Esta autorização é
de Valter Batista*

Porto, 20 de Junho de 2005

Ex.mo Sr. Dr. Alcides Lima,

Director do Serviço de O.R.L. do Geral de S.to António - Porto

No âmbito da tese de mestrado em Psicologia da Saúde, a decorrer na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar uma investigação sobre o tema "Qualidade de Vida em Doentes com Acufenos Crónicos", sob orientação da Profª. Drª Rute Meneses.

No sentido de obter o maior número possível de elementos para amostra do referido trabalho, e tornando-a o mais diversificada possível, venho solicitar a sua autorização para, com o apoio dos Audiologistas do seu Serviço, ministrar aos pacientes com queixas de acufenos crónicos, e sempre que possível ao familiar que o acompanha, dois questionários, o Tinnitus Handicap Inventory composto por 25 questões que procuram caracterizar o impacto dos acufenos na vida diária do paciente, traduzido para a língua portuguesa, e o Questionário de estado de saúde (SF-36v2), questionário composto por 36 questões sobre a qualidade de vida, destinado à área da saúde, traduzido e aferido para a população portuguesa. Ambos os questionários irão ser utilizados após autorização, do autor da versão original no caso do THI, e do autor da versão portuguesa no caso do SF-36v2.

Obviamente que será garantida a confidencialidade dos dados que forem recolhidos, e a sua utilização será unicamente para a realização desta investigação.

Agradecendo desde já a sua melhor atenção, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.


Atentamente



Vasco Oliveira

Audiologista e Psicólogo

Aluno do VI Mestrado de Psicologia da Saúde da UFP - Porto

Autorizado


Porto, 28 de Junho de 2005

Ex.mo Sr. Dr. Osório de Castro,
Director do Hospital Militar Regional N°1

F. L. L. L.

T. L. L.
29/06/2005

No âmbito da tese de mestrado em Psicologia da Saúde, a decorrer na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, estou a realizar uma investigação sobre o tema "Qualidade de Vida em Doentes com Acufenos Crónicos", sob orientação da Profª. Drª Rute Meneses.

No sentido de obter o maior número possível de elementos para a nossa amostra, e tornando-a o mais diversificada possível, venho solicitar a sua autorização para ministrar aos pacientes da Consulta de ORL, que apresentam queixas de acufenos crónicos, dois questionários de auto-administração, o Tinnitus Handicap Inventory, composto por 25 questões que procuram caracterizar o impacto dos acufenos na vida diária do paciente, traduzido para a língua portuguesa, e o Short-Form 36, questionário composto por 36 questões sobre a qualidade de vida, destinado à área da saúde, traduzido e aferido para a população portuguesa.

O Chefe do Serviço, Cap./Médico Dr. Carlos de Freitas, foi previamente informado, tendo aceite colaborar no referido trabalho.

Obviamente que será garantida a confidencialidade dos dados que forem recolhidos, e que a sua utilização será unicamente para a realização desta investigação.

Agradecendo desde já a sua melhor atenção, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

Atentamente



Vasco Oliveira

Audiologista e Psicólogo

Aluno do VI Mestrado de Psicologia da Saúde da UFP - Porto

Porto, 02 de Julho de 2005

Ex.mo Sr. Dr. Manuel Filipe Rodrigues,
Director do Serviço de O.R.L. do Centro Hospitalar de Coimbra

No âmbito da tese de mestrado em Psicologia da Saúde, a decorrer na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa, pretendo realizar uma investigação sobre o tema "Qualidade de Vida em Doentes com Acúfenos Crónicos", sob orientação da Profª. Drª Rute Meneses.

No sentido de obter o maior número possível de elementos para amostra do referido trabalho, e tornando-a o mais diversificada possível, venho solicitar a sua autorização para, com o apoio dos Audiologistas do seu Serviço, ministrar aos pacientes com queixas de acúfenos crónicos, e sempre que possível ao familiar que o acompanha, dois questionários, o Tinnitus Handicap Inventory composto por 25 questões que procuram caracterizar o impacto dos acúfenos na vida diária do paciente, traduzido para a língua portuguesa, e o Questionário de estado de saúde (SF-36v2), questionário composto por 36 questões sobre a qualidade de vida, destinado à área da saúde, traduzido e aferido para a população portuguesa. Ambos os questionários irão ser utilizados após autorização, do autor da versão original no caso do THI, e do autor da versão portuguesa no caso do SF-36v2.

Obviamente que será garantida a confidencialidade dos dados que forem recolhidos, e a sua utilização será unicamente para a realização desta investigação.

Agradecendo desde já a sua melhor atenção, apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

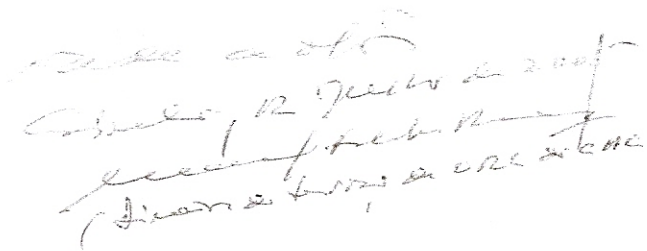
Atentamente



Vasco Oliveira

Audiologista e Psicólogo

Aluno do VI Mestrado de Psicologia da Saúde da UFP - Porto



Vasco Oliveira
12 de Julho de 2005
(Diretor do Serviço de O.R.L. do CHC)

Anexo J

Directrizes de preenchimento do SF-36 para os Audiologistas responsáveis pela recolha de dados

Directrizes de preenchimento do SF-36

Factores de exclusão:

- Illetacia
- Patologia psiquiátrica prévia à instalação crónica dos acufenos
- Patologia do ouvido médio

Por favor, confirmar se todas as perguntas foram respondidas.

No SF-36, caso o sujeito não esteja no activo profissionalmente, as tarefas referentes à actividade profissional devem ser entendidas como actividades diárias, do tipo ir às compras, ir buscar os netos,...

Atenção à pergunta 4 do SF-36. Refere-se a uma diminuição da actividade do sujeito, referente ao estado de saúde física, que o impediu de realizar as tarefas programadas.

Na pergunta 5 refere-se ao mesmo tipo de situação, mas relativo a aspectos emocionais.

Em caso de dúvida sobre o conceito de deprimido, pode-se dar a ideia de andar triste, e o conceito de ansiedade comparar com a existência de algum nervosismo.

Não esquecer de colocar o consentimento informado num envelope separado.

Obrigado pela ajuda.

Vasco de Oliveira

Anexo L

Recomendações BIAP 02/1 bis

Recomendación biap 02/1

CLASIFICACIÓN AUDIOMÉTRICA DE LAS DEFICIENCIAS AUDITIVAS.

Las deficiencias auditivas están en gran medida ligadas a una pérdida de la percepción de los sonidos y del habla en particular que contiene sonidos agudos y sonidos graves cuya potencia acústica es variable: ésta no puede ser reducida a un nivel acústico medio. Después de un examen clínico la medición audiométrica se realiza en condiciones acústicas satisfactorias. Hace aparecer una pérdida en decibelios en relación con el oído normal (dB H.L) en referencia con las normas ISO.

Una pérdida tonal media se calcula a partir de la pérdida en dB en las frecuencias 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz y 4000 Hz.

Toda frecuencia no percibida es anotada a 120 dB de pérdida. La suma se divide por 4 y se redondea a la unidad superior.

En el caso de sordera asimétrica, el nivel medio de la pérdida en dB se multiplica por 7 para el oído mejor y por 3 para el oído peor. La suma se divide por 10.

I. Audición infranormal.

La pérdida tonal media no sobrepasa 20 dB. Se trata eventualmente de una pérdida tonal ligera sin incidencia social.

II. Deficiencia auditiva ligera.

La pérdida tonal media está comprendida entre 21 dB y 40 dB. El habla con voz normal es percibida, sin embargo se percibe difícilmente con voz baja o lejana. La mayoría de los ruidos familiares son percibidos.

III. Deficiencia auditiva mediana.

Primer grado: La pérdida tonal media está entre 41 y 55 dB.

Segundo grado: La pérdida tonal media está entre 56 y 70 dB.

El habla es percibida si se eleva un poco la voz. El sujeto entiende mejor si mira cuando le hablan. Se perciben aún algunos ruidos familiares.

IV. Deficiencia auditiva severa.

Primer grado: La pérdida tonal media está entre 71 y 80 dB.

Segundo grado: La pérdida tonal media está entre 81 y 90 dB.

El habla es percibida con voz fuerte cerca del oído. Los ruidos fuertes son percibidos .

V. Deficiencia auditiva profunda.

Primer grado: La pérdida tonal media está entre 91 y 100 dB.

Segundo grado: La pérdida tonal media está entre 101 y 110 dB.

Tercer grado: La pérdida tonal media está entre 111 y 119 dB. Ninguna percepción de la palabra . Solo los ruidos muy potentes son percibidos.

VI. Deficiencia auditiva total - cofosis.

La pérdida tonal media es de 120 dB.

No se percibe nada

Lisboa 1997

Anexo M

Distribuição dos elementos da amostra clínica,
relativamente à Profissão
(Classificação Nacional de Profissões)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Quadros superiores	3	4,1	4,1	4,1
Profissões intelectuais e científicas	4	5,4	5,4	9,5
Técnicos intermédios	6	8,1	8,1	17,6
Pessoal administrativo	3	4,1	4,1	21,6

Vendedores e agentes de segurança	11	14,9	14,9	36,5
Agricultores e pesca	2	2,7	2,7	39,2
Operários	10	13,5	13,5	52,7
Operadores de máquinas	3	4,1	4,1	56,8
Trabalhadores não qualificados	1	1,4	1,4	58,1
77 Domésticas	20	27,0	27,0	85,1
88 Missing	11	14,9	14,9	100,0
Total	74	100,0	100,0	

Distribuição das actividades profissionais dos elementos da amostra clínica, segundo a Classificação Nacional de Profissões (Instituto do Emprego e Formação Profissional – Versão 1994)

Anexo N

Distribuição dos elementos da amostra de acompanhantes,
relativamente à Profissão
(Classificação Nacional de Profissões)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Profissões intelectuais e científicas	2	2,7	10,5	10,5
Técnicos intermédios	1	1,4	5,3	15,8

Pessoal administrativo	4	5,4	21,1	36,8
Vendedores	6	8,1	31,6	68,4
Agricultores e pesca	1	1,4	5,3	73,7
77 Domésticas	2	2,7	10,5	84,2
88 Missing	3	4,1	15,8	100,0
Total	19	25,7	100,0	
Missing 0	55	74,3		
Total	74	100,0		

Distribuição das actividades profissionais dos elementos da amostra clínica, segundo a Classificação Nacional de Profissões (Instituto do Emprego e Formação Profissional – Versão 1994)